



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI İLE HASTA GÜVENLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aysun AKBULUT

Doktora Tezi

Ankara, 2025

REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI İLE HASTA GÜVENLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aysun AKBULUT

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2025

KABUL VE ONAY

Aysun AKBULUT tarafından hazırlanan “Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki” başlıklı bu çalışma, 14.01.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK (Başkan)

Prof. Dr. Oğuz IŞIK (Danışman)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Üye)

Doç. Dr. Mevlüt KARADAĞ (Üye)

Doç. Dr. Seda AYDAN (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

14/01/2025

Aysun AKBULUT

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danişmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danişmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danişmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Oğuz IŞIK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Aysun AKBULUT

TEŞEKKÜR

Okuduğum her eserde, teşekkür sayfasını merakla okudum. Yazarın, yoluna ışık tutan herkesi eksiksiz anma çabası beni her zaman heyecanlandırırdı. Gün gelip benim de bir teşekkür sayfam olduğunda, minnettarlığı ifade etmek için kelimelerin nasıl yetersiz kaldığını anladım. Yine de bu teşekkürü kabul etmenizi içtenlikle diliyorum.

Öncelikle yeterlik sınavına hazırlanırken bilimsel destek veren ardından tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşarak sabırla rehberlik eden değerli danışmanım Prof. Dr. Oğuz IŞIK'a en derin şükranlarımı sunarım. Kendisinin yol gösterici tavsiyeleri, disiplinli ve titiz yaklaşımı, tükenmek bilmeyen sabrı ve anlayışı sayesinde bu çalışmayı gerçekleştirebildim. Hocamın çalışmama ilişkin her tavsiyesi, benim için yalnızca akademik bir rehber değil, aynı zamanda disiplinli bir çalışmanın temel prensipleri oldu. Beni daha iyiye ulaşmaya teşvik eden yüksek standartları ve bilimsel mükemmeliyete olan bağlılığı, bu çalışmayı şekillendiren temel taşlar arasında yer aldı. Eşsiz çalışma disiplini, bu sürecin en değerli kazançlarından biri olarak hafızamda her zaman yer alacaktır.

Tez izleme komitesinde yer alan, yalnızca akademik süreçte değil, iş hayatımda da yıllardır bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU ve Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK'e bu çalışmayı daha güçlü ve anlamlı kılmak adına yaptıkları kıymetli katkılar için teşekkür ederim. Eleştirileri ve önerileri sayesinde, daha derin bir akademik bakış açısına sahip olduğuma inanıyorum.

Jüri üyelerinden değerli hocalarım Doç. Dr. Seda AYDAN ve Doç. Dr. Mevlüt KARADAĞ'a değerli görüş ve önerileri için teşekkür ederim.

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na bana olan güveni ve desteği çok için çok teşekkür ederim.

Çalışma süreci boyunca sunduğu rehberlik ve destekleri ile sadece akademik anlamda değil, insani anlamda da benim için son derece değerli olan, bu tezi bitirmem için gerekli tüm koşulları sunan değerli hocam ve koordinatörüm Doç. Dr. Ruhtan YALÇINER'e teşekkürü bir borç bilirim. Hocamın desteği olmasaydı, bu çalışmayı zamanında tamamlamam mümkün olmayabilirdi.

Değerli katkıları, görüş ve önerileri için Prof.Dr. Serdar ATAV'a, Doç.Dr. Carola ORREGA'ya ve Dr. Duygu KIRGIN TOPRAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma verilerini toplama imkânı sunan değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Göktuğ ERTEM'e, tüm Bilkent Şehir Hastanesi Etik Kurul çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden değerli hasta ve refakatçilerine teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana koşulsuz destek veren ve bu süreçte de yanımda olan, eğitime, bilgiye, bilime ve çalışmaya son derece kıymet veren annem ve babama minnettarlığımı ifade etmek isterim. Canım ablalarım, hayatımın her döneminde verdikleri destek için, uzak mesafelerde olsalar bile her zaman çok yakınımda oldukları için teşekkür ederim. Canım eşim Mete AKBULUT'a, bana sağladığı her türlü kolaylık, anlayış ve çalışabilmem için sunduğu zaman için çok teşekkür ederim. Ailemin her bir üyesinin varlığı, bana cesaret veren en güçlü dayanağım oldu.

Sevgili çocuklarım Teoman Kaan ve İpek'in sabırlı bekleyişleri ve anlayışları en zorlu anlarda dahi gücümü toplamama yardımcı oldu. Her ikinize de ayrı ayrı teşekkür ederim. Bu çalışma sayesinde içinizde her daim var olan araştırma, sorgulama ve merak duygusuna bir nebze de ben katkıda bulunabildiysem ne mutlu bana.

Son olarak, bu akademik yolculuğumda bana destek olan tüm dostlarıma, meslektaşlarıma ve bende emeği olan tüm hocalarıma teşekkür ederim. Bu tez, yalnızca benim değil, çevremdeki değerli insanların da emeğiyle hazırlanmıştır. Herkese sonsuz teşekkürlerimle.

ÖZET

AKBULUT, Aysun. *Refakatçi Davranışları İle Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki*, Doktora Tezi, Ankara, 2025.

Bu çalışma, hastane ortamında refakatçi rollerinin hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemektedir. Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan 209 hasta ve 209 refakatçiden elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanması için dört bölümden oluşan, hasta ve refakatçiler için düzenlenmiş anket formu kullanılmıştır. Anket, sosyo-demografik özellikler ve refakatçi rolleri ile hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmeye yönelik ifadelerden oluşturularak; ulusal ve uluslararası literatür taraması, hasta güvenliği standartları ve uzman görüşleri doğrultusunda geliştirilmiştir. Araştırmada anket yoluyla toplanan verilerin analizi iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiş; ilk aşamada tek değişkenli analizlerle (t-testi, ANOVA) gruplar arasındaki farklar incelenmiş, anlamlı değişkenler ikinci aşamada çok değişkenli analizlere dahil edilerek refakatçi rolleri ve hasta güvenliği uygulamalarını etkileyen faktörler belirlenmiştir. Bulgular, refakatçilerin “savunucu-arabulucu,” “savunucu-destekçi,” “pasif katılımcı” ve “muhalif” olmak üzere dört farklı rol üstlenebildiklerini göstermektedir. Savunucu-arabulucu rolünün eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi ve hasta ile yakınlık derecesinden etkilendiği; ortaöğretim ve üzerinde bir eğitimin, belirli düzeyde sağlık bilgisi ile çocuğu veya kardeşi olmak gibi yakın aile bağına sahip olmanın bu rolü güçlendirdiği belirlenmiştir. Savunucu-destekçi rolünde de benzer şekilde eğitimin yüksekliği ve sağlık bakım bilgisi rolü olumlu etkilemiştir. Pasif katılımcı rolü ise yaş, eğitim düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi ve refakat süresinden etkilenmiştir. Genç ve üniversite mezunu refakatçilerin daha az pasif davranış sergilediği, ancak 5 gün ve üzeri uzun refakat sürelerinin pasif katılımcı rolünü artırdığı gözlemlenmiştir. Muhalif rol ise cinsiyet, düşük sağlık bakım bilgisi ve hastanın ekipman kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Hasta güvenliği faktörleri olarak belirlenen uygulama deneyimi, kayıt/iletişim, düşme riski ve güvenli transfer değişkenlerinde savunucu-destekçi ve pasif katılımcı roller olumlu katkı sağlarken, muhalif rolün olumsuz etki yaptığı ortaya konulmuştur. Kadın refakatçiler genellikle daha dikkatli ve hasta odaklı davranarak güvenli transfer deneyimini iyileştirirken, sağlık bakım bilgisi olan refakatçiler bilinçli uygulamalarla hasta güvenliğini desteklemiştir. Öte yandan, uzun süreli refakatçilik yorgunluk ve dikkat kaybına yol açarak hasta güvenliği uygulamalarını zayıflatmıştır. Bulgular, refakatçi rolleri, cinsiyet, sağlık bakım bilgisi düzeyi ve refakat süresinin hasta güvenliği açısından kritik belirleyiciler olduğunu ortaya koymaktadır. Refakatçi rollerinin, cinsiyetin, sağlık bakım bilgisi düzeyinin ve refakat süresinin hasta güvenliği açısından kritik belirleyiciler olduğu göz önünde bulundurularak, bu unsurlara yönelik bilinçlendirme ve eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler

Refakatçi Roller, Hasta Güvenliği, Hastane, Savunucu, Pasif Katılımcı, Muhalif

ABSTRACT

AKBULUT, Aysun. *Relationship Between Accompanying Behavior and Patient Safety*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2025.

This study examines the effects of companion roles on patient safety in a hospital setting. The research was conducted using data collected from 209 inpatients and 209 companions staying in the Cardiology Department of Ankara Bilkent City Hospital, Ministry of Health, Turkey. For data collection, a questionnaire with four sections, designed for patients and companions was used. The questionnaire was developed based on a review of national and international literature, patient safety standards, and expert opinions, evaluating socio-demographic characteristics, companion roles, and patient safety practices.

The analysis of the data collected through the questionnaire was carried out in two stages: in the first stage, univariate analyses (t-test, ANOVA) were used to examine differences between groups, and significant variables were included in multivariate analyses in the second stage to identify factors affecting companion roles and patient safety practices. The findings show that companions can take on four different roles: "advocate-mediator," "advocate-supporter," "passive participant," and "antagonist." The advocate-mediator role was found to be influenced by education level, healthcare knowledge, and the degree of closeness to the patient. It was determined that having at least a high school education, healthcare knowledge, and being a close family member (such as a child or sibling) strengthened this role. Similarly, the advocate-supporter role was positively influenced by higher education and healthcare knowledge. The passive participant role was influenced by age, education level, the degree of closeness to the patient, and the length of the companion's stay. Younger and university-educated companions exhibited fewer passive behaviors, although longer stays (5 days or more) increased the passive participant role. The antagonist role was associated with gender, low healthcare knowledge, and patient's use of equipment. The roles of advocate-supporter and passive participant contributed positively to variables such as practice experience, record-keeping/communication, fall risk, and safe transfer, which are determined to be patient safety factors, while the antagonist role had a negative impact. Female companions generally exhibited more cautious and patient-centered behaviors, improving the safe transfer experience, while companions with healthcare knowledge supported patient safety through informed practices. On the other hand, long-term companionship led to fatigue and decreased attention, weakening patient safety practices. Overall, these findings indicate that companion roles, gender, healthcare knowledge, and the length of companionship are critical determinants of patient safety. Given the importance of these factors, it is recommended to develop awareness and education programs targeting companion roles, gender, healthcare knowledge, and the length of the companion's stay.

Keywords

Roles of Companion, Patient Safety, Hospital, Advocate, Passive Participant, Antagonist.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: REFAKATÇİ KAVRAMI.....	5
1.1. REFAKATÇİ KAVRAMI VE TANIMI	5
1.2. REFAKAT SİSTEMİ ve ÖZELLİKLERİ	8
1.2.1. Refakatçi Olma Nedenleri.....	14
1.2.2. Refakatçilerin Tedavi Sürecine Etkisi	16
1.3. REFAKATÇİLERİN ROLLERİ.....	21
1.3.1. Savunucu	26
1.3.2. Pasif Katılımcı	27
1.3.3. Muhalif.....	28
2. BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ.....	30
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI	30
2.1.1. Hasta Güvenliği Konusunda Oluşturulan Ulusal Ve Uluslararası Programlar.....	36
2.1.2. Hastanın Zararına Neden Olabilecek Faktörler	42

2.1.3. Hasta Güvenliğine İlişkin Önlenebilir Tıbbi Hatalar.....	43
2.1.4. Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesinde Refakatçilerin Rolü	46
3. BÖLÜM: REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ İLİŞKİSİ	51
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	59
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	59
4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER	61
4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	63
4.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	64
4.5. ETİK BEYAN	65
4.6. VERİ TOPLAMA ARACININ UYGULANMASI VE ANALİZİ	65
4.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	67
4.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	68
5. BÖLÜM: BULGULAR	69
5.1. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZİ.....	69
5.1.1. Refakatçi Rollerine İlişkin Ölçme Aracının Geçerlik Analizi	71
5.1.2. Hasta Güvenliği Uygulamaları Ölçme Aracının Geçerlik Analizi	75
5.1.3. Ölçme Araçlarına Yönelik Güvenilirlik Analiz Bulguları	78
5.2. TANIMLAYICI BULGULAR.....	79
5.2.1. Araştırma Kapsamında Hasta ve Refakatçilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	79
5.2.2. Araştırma Kapsamında Refakat Edilen Hastaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	82
5.2.3. Katılımcıların Refakatçi Roller ve Hasta Güvenliği için Refakatçi Uygulamalarına İlişkin Bulgular	83
5.3. HİPOZETLERE İLİŞKİN BULGULAR	84
5.3.1. Tek Değişkenli Analiz Bulguları	84
5.3.2. Çok Değişkenli Analiz Bulguları.....	89

6. BÖLÜM: TARTIŞMA	107
6.1. TANIMLAYICI BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER	107
6.1.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Değerlendirmeler	107
6.1.2. Refakatçi Rolü ve Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeler	113
6.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	115
6.2.1. Refakatçi Rollerini Üzerinde Etkili Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeler	115
6.2.2. Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamalar Üzerinde Etkili Olan Refakatçi Özelliklerinin Değerlendirilmesi	122
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	131
KAYNAKÇA	144
EK-1. REFAKATÇİ ROLLERİNE İLİŞKİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR	176
EK-2. MADDELER İÇİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR.....	176
EK- 3. ALT BOYUTLAR ARASINDA STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR	177
EK-4. MADDELER İÇİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR.....	177
EK-5. ANKET FORMU	178
EK-6.ETİK KURUL UYGUNLUK ONAYI	186
EK-7. ETİK KURUL SÜRE UZATIM ONAYI (1)	187
EK-8. ETİK KURUL SÜRE UZATIM ONAYI (2)	188
EK-9. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ ETİK KURUL ONAYI.....	189
EK-10.ORJİNALLİK RAPORU.....	190

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABS	: Australian Bureau of Statistics (Avustralya İstatistik Bürosu)
ACSQHC	: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu)
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CMIN/DF	: Chi-Square/Degree of Freedom (Ki-Kare/Serbestlik Derecesi)
CPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Index (Uygum İyiliği İndeksi)
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
HGİ	: Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı
HSRS	: Hasta ve Çalışan Güvenliği Raporlama Sistemi
HK	: Hasta Koruyucu
IFI	: Incremental Fit Index (Artımsal Uyum İndeksi)
IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
MOHT	: Taiwan Ministry of Health and Welfare
NFI	: Normed Fit Index (Normalize Edilmiş Uyum İndeksi)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
RMR	: Root Mean Square Residual (Kök Ortalama Kare Hata)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşım Hatasının Kök Ortalama Kare Hatası)
SAS	: Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
TDK	: Türk Dil Kurumu
TLI	: Trucker-Lewis Index (Trucker-Lewis İndeksi)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Refakatçi Rollerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	72
Tablo 2. Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulama Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	76
Tablo 3. Kullanılan Ölçme Aracına İlişkin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	78
Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri.....	80
Tablo 5. Hasta ve refakatçilerine ilişkin bilgiler	81
Tablo 6. Çalışma Kapsamındaki Refakat Edilen Hastaya İlişkin Özellikler	82
Tablo 7. Çalışma Kapsamındaki Refakatçi Roller ve Hasta Güvenliğine İlişkin Refakatçi Uygulamaları	83
Tablo 8. Katılımcıların Refakatçi Rolü/Davranışı ile İlgili Değerlendirmelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	87
Tablo 9. Refakatçi Rollerinden Savunucu-Arbulucu Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	90
Tablo 10. Refakatçi Rollerinden Savunucu Destekçi Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	91
Tablo 11. Refakatçi Rollerinden Pasif Katılımcı Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	93
Tablo 12. Refakatçi Rollerinden Muhalif Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	94
Tablo 13. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Uygulama Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları...	97
Tablo 14. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Kayıt/İletişim Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	99
Tablo 15. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Düşme Riskine Karşı Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	102

Tablo 16. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Güvenli Transfer Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları ...	104
Tablo 17. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar	106



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Terapötük Üçgen	18
Şekil 2 Araştırma Modeli	63
Şekil 3 Refakatçi Roller Ölçme Aracına İlişkin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları.....	74
Şekil 4 Hasta Güvenli Uygulamaları Ölçme Aracına İlişkin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları	78



GİRİŞ

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakım anlayışı güçlenmiştir. Bu anlayış, hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini ve değerlerini dikkate almayı temel alır ve sağlık çalışanlarının, hastaları karar alma süreçlerine dahil etmelerini gerektirir. Bu süreç, klinik kararların hastaların hedeflerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına uygun şekilde alınmasını içerir ve paylaşımlı karar verme önemli bir bileşen olarak öne çıkar. Ayrıca, refakatçilerin hasta bakımındaki rolü giderek artmış, hasta bakımının kalitesine olumlu katkılar sağlamıştır. Bu yaklaşım, hastaların bakım hakkındaki algılarını iyileştirmekte ve sağlık hizmeti sonuçlarını desteklemektedir (Kirk, 2020). Bu çerçevede, hasta bakımında refakatçilerin rolü de giderek artan bir öneme sahip olmuştur.

Refakatçiler sıklıkla hastalara eşlik etmekte, duygusal, bilgilendirme veya pratik destek sağlamakta (Wolff ve Roter, 2008) ve tıbbi karar verme süreçlerine katılmaktadırlar (Clayman vd., 2005). Hasta ve refakatçiler arasındaki etkili iletişimin hastanın tedavi sürecinde yaşayabileceği olumsuzlukları azaltarak hasta güvenliğini artıracakı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar, hastaya refakat eden aile üyelerinin tıbbi süreçlere aktif olarak dahil edilmesinin, hastanın tedaviye uyumunu artırdığını, yüksek kaliteli sağlık hizmeti sağladığını (DiGioia III, Greenhouse, ve Levison, 2007, s. 13) ve hasta güvenliği ile ilişkili olarak daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağladığını göstermektedir (Kohn, Corrigan, ve Donaldson, 2000).

Literatürde sıklıkla hekim-hasta ilişkisini inceleyen araştırma sonuçlarının doktor ve hasta arasındaki ilişkinin (Adelman, Greene, ve Ory, 2000, s. 1; Ishikawa H., 2003, s. 1) hasta uyumu, hasta memnuniyeti ve hasta sağlık durumu üzerinde önemli etkisi olduğunu ortaya koyduğu, ancak üçlü etkileşimleri (hekim-hasta-refakatçi) inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunduğu bildirilmiştir (Keeling, Laing, ve Ruter, 2018; Tran, Mendoza, Saini, ve Sweeny, 2022)..

Türkiye’de yatan hastalara sıklıkla bir refakatçi eşlik etmektedir (Elibol ve Doğan, 1997; Resmî Gazete, 23420, 1998). Refakatçilerin sağlık hizmet sunumunda hastalarının yanında olmaları, hasta güvenliğini tehdit edici olumsuz olayları önlemeye yardımcı olabilir. Refakatçilerin hastalara eşlik etmelerini artırmaya yönelik uygulamalar tasarlamadan önce, refakatçilerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını belirlemek gereklidir.

"Önce zarar verme" tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olmakla birlikte, bu ifade, bir doktorun veya sağlık profesyonelinin hastaya zarar vermekten kaçınması gerektiğini vurgular ve dolayısıyla refakatçiliğin temel unsuru olarak da kabul edilmektedir. Literatür, zarar önlemenin mortalite oranını, rehabilitasyon süresini ve hastaların yaşam kalitesini kritik bir şekilde etkilediğini vurgulamaktadır (Panagioti vd., 2019).

Refakatçi kavramı kültürlerarası farklılıklar gösteren bir kavramdır. Ishikawa (2003) hasta-doktor ilişkileriyle ilgili sosyal ve kültürel yaşamın birçok yönünün Batı ve Asya ülkeleri arasında farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Batı ülkelerinde yapılan önceki refakatçi rolleri ve hasta güvenliği çalışmaları ile geliştirilen teori ve kavram aktarılırken, Türkiye’deki refakatçi rolleri ve hasta güvenliği ilişkisini keşfetmek ve bunların batı ülkelerindekilerden olası farklılıklarını göz önünde bulundurmak gereklidir. Türkiye’de refakatçi rolleri ve hasta güvenliği bağlamında bir değerlendirme, hasta, refakatçi ve sağlık hizmet sunucu arasındaki etkileşimin kültürel unsurlar tarafından nasıl şekillendiğini anlamak açısından önemli olabilir.

Franklin ve arkadaşları (1996), Senegal’de Thiaroye Ruh Hastalıkları Hastanesi’ne ilk ziyaretlerini yapan hastalara refakat eden kişileri incelemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, hastalara refakat eden kişilerin özellikleri, Senegal toplumundaki toplumsal değerleri ortaya koymaktadır. Veriler, sosyal izolasyonun Senegal’de neredeyse bilinmediğini ve bu nedenle çoğu hastanın yalnız gelmediğini göstermektedir.

Türkiye'de refakatçi, özellikle hastanelerde hastanın bakımını destekleyen önemli bir rol üstlenir. Bu durum, Türk kültüründe aile bağlarının güçlü olması ve hastalara yakınlık gösterme anlayışıyla ilişkilidir. Refakatçilerin bu aktif rolü, hastane ortamında hasta güvenliğine hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratabilir. Türkiye'de refakatçiler, hastalara günlük bakım, ilaç takibi, yemek yeme gibi konularda yardımcı olur (Kızılcı vd., 2013). Bu durum, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayabilir. Ancak, refakatçilerin hastane protokollerine yeterince hâkim olmaması veya tıbbi süreçleri tam anlamıyla bilmemesi hasta güvenliğini riske sokabilir.

Refakatçilerin, hasta ve sağlık hizmet sunucu arasında aracı bir rol üstlenmesi iletişimin daha etkin olmasına katkı sağlayabilir. Ancak, bu iletişimin etkinliği, refakatçilerin kendi ihtiyaç, değer ve inançlarına göre şekillenebilir. Özellikle tıbbi bilgilere yaklaşım ve sağlık personeli ile iletişimde kültürel normlar öne çıkabilir. Örneğin, bazı refakatçiler doktorun otoritesine daha fazla saygı gösterirken, diğerleri hastanın haklarını savunmaya daha yatkın olabilir.

Batı ülkelerinde yatan hastalar için refakatçi bulundurmamak yaygın değildir ve hasta güvenliği büyük oranda profesyonel sağlık personeline bırakılır (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2021). Türkiye'de ise refakatçilerin rolü hasta bakımı ile ilişkili süreçlerin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Refakatçilerin hasta güvenliğine katkı sunabilmesi için hasta güvenliği konusunda eğitilmesi önemlidir. Türkiye'de refakatçilerin rollerinin daha sistematik bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun eğitim programları geliştirilmesi, hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etki yaratabilir.

Hasta güvenliği ve refakatçiler her ikisi de ayrı ayrı önemli konular olmasına rağmen, sağlık hizmet sunumunda refakatçi rolleri ile ilişkili hasta güvenliği olaylarına yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı, refakatçi davranışlarını dikkate alarak refakatçi rollerini belirlemek ve belirlenen refakatçi rollerinin hasta güvenliğine ilişkin etkilerini incelemektir. Daha özel olarak, bu çalışma aşağıdaki amaçlara odaklanmaktadır:

- Hastalar tarafından beklenen ve refakatçiler tarafından amaçlanan şekilde, refakat sırasında refakatçinin rolünü belirlemek
- Refakatçi rollerinin, hasta güvenliği üzerindeki etkisini incelemek ve ayrıca refakatçi rolleri üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi alt amaç olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın önemi, refakatçilerin hastalarının yanında bulundukları sürede sergiledikleri refakatçi rollerinin, hastalarının zarar görmesini önlemeye yönelik hasta güvenliği konusundaki deneyimlerine ve anlayışına odaklanmasıdır.

Bu çalışma açıklanan amaca yönelik olarak yedi bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde refakatçi kavramı ve tanımına yer verilmiştir. Genel olarak refakatçilerin özellikleri ve yatan hastalar için refakatçilerin önemine değinilmiştir. Literatürde tanımlanan refakatçi rollerinden bahsedilmiş ve detaylı açıklamaları yapılmıştır. İkinci bölümde, hasta güvenliği hakkında bilgiler yer almaktadır. Hasta güvenliği kavramından bahsedilerek, hastaya zarar verecek faktörler ele alınmıştır. Ardından yatan hastaların yatışları sırasında hasta güvenliği gözetilerek eşlik eden refakatçilerin önemine değinilmiştir. Ardından ulusal ve uluslararası hasta güvenliği programlarının amacı ve öneminden bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde çalışmanın konusu olan hasta güvenliğinde refakatçilerin rolüne yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın amacı ve önemi, modeli, araştırmanın evren ve örnekleme tanımlanmıştır. Aynı bölümde çalışmada kullanılan veri toplama aracı, veri toplama aracının uygulanması ve analizi açıklanmıştır. Bu bölümün sonunda ise araştırmanın sınırlılıklarından ve varsayımlarından bahsedilmiştir. Beşinci bölümde, toplanan veriler üzerinde yapılan analizlere ilişkin elde edilen bulgular sunulmuştur. Altıncı bölüm olan tartışma bölümünde ise elde edilen bulgular ile literatürde yer alan benzer çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır. Son bölümde ise araştırmaya ilişkin sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM

REFAKATÇİ KAVRAMI

Bu bölümde refakatçi kavramı ele alınarak; refakatçi tanımı, refakat sistemi ve özellikleri, refakatçilerin tedavi sürecine etkisi, refakatçi davranışları ile ilişkili refakatçi rollerine yönelik bilgiler sunulmuştur.

1.1. REFAKATÇİ KAVRAMI VE TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization [WHO]) (2020) tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda, bireylerin sağlık durumu üzerinde toplumsal yapının doğrudan etkisi olduğu söylenebilir. “Tıp sosyolojisi, tıbbi davranışların organizasyonu, rol ilişkileri, normları, değerleri ve inançları gibi bir faktördür” (Ekizer, 2020, s. 2). İnsan-kültür-hastalık etkileşiminden doğan tıbbi sosyoloji, hastalıkların yalnızca mikroorganizmalar değil, aynı zamanda toplumsal faktörler tarafından da etkilendiğini savunmaktadır. Aile toplumun temel taşı ve çekirdeğidir (Kır, 2011, s. 382). Kişiler arasındaki ilişkinin, bireylerin sosyal destek sistemlerinin merkezinde yer aldığı kabul edilmektedir. Bakım veren bireylerin ise, bu sistemin yükünü taşıma eğiliminde olduğu ifade edilebilir. Aile, bireyin yaşamındaki en temel ilişkilerin ve deneyimlerin yaşandığı yer olduğu için, sağlık konusunda da doğal bir çerçeve oluşturmaktadır. Cigoli ve Binda (1993) ailenin, bireylerin sağlığı için vazgeçilmez bir kurum olduğunu, sağlık sistemlerinin, aileleri sağlık süreçlerine daha fazla dahil ederek daha etkili sonuçlar elde edebileceklerini önermektedir.

Hasta, “tıbbi bakım alan kişidir; bu, tedavi, müdahale, işlem ve tanısal testler ile sağlık durumunun sürekli izlenmesini ve hastalığın belirtilerinin zamanla gözlemlenmesini içerir. Bu durum, birincil ve ayakta tedavi ortamını ayırt edici kılar. Hasta terimi ayrıca, hastanın bakımında yer alan ve etkilenen ailenin,

bakıcıların veya diğer vekillerin de dahil olduğu kişileri kapsar” (Auraaen, Slawomirski, ve Klazinga, 2018, s. 15).

En basit tanımı ile refakatçi, hastanın tıbbi hizmet alımı sırasında, hastaya eşlik eden kişi olarak ifade edilebilir. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde refakatçi kavramı “hastanelerde hastanın yanında kalan, hastaya yardımcı olan kimse” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2020). Refakatçi, aileden veya sosyal çevreden biri olabilir; örneğin eş, arkadaş ya da akraba veya topluluk lideri ya da toplum sağlığı çalışanı gibi bir topluluk üyesi de refakatçi olabilir (WHO, 2020, s. 3).

Hastalığı olan, sağlık sorunu yaşayan veya fiziksel bir kısıtlılığı bulunan bireylere eşlik eden ya da onların ihtiyaçlarını karşılayan kişiler, "refakatçi" olarak tanımlanmaktadır (Fatigante, Zuccheromaglio, ve Alby, 2021). Literatürde refakatçilerin tanımlanmasında kullanılan çeşitli ifadeler yer verilmiştir. Örneğin;

Schilling ve arkadaşları (2002) tıbbi görüşmelere refakatçileri ile birlikte giden hasta refakatçilerinin, sağlık hizmet sunucu ile hasta arasındaki iletişimi ve anlayışı artırarak etkileşimi geliştirdiğini bildirmektedir.

Reen (2009), refakatçiyi sağlık hizmet sunucusunun hastaya sorular sorduğu anda, hastanın şikâyeti ile ilgili öyküsünü dinlerken ya da hastayı muayene ederken yanında bulunan aile üyesi, arkadaş, kamu ya da özel hizmet sağlayıcıları tarafından görevlendirilen kişiler olarak tanımlar.

Berk ve arkadaşları (2013, s. 3) refakatçiyi hastaya eşlik eden bir bakıcı olarak ele alarak; ücretli veya ücretsiz olarak, kişinin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olan, kişinin sosyal ağının bir üyesi olarak değerlendirmiştir.

Turabian ve arkadaşları (2017, s. 2) refakatçi olan kişiyi; “muayene odasında hastaya eşlik eden veya hasta yerine sağlık profesyonellerine danışan kişi olarak” tanımlar.

Özetle, refakatçiler; fiziksel, psikolojik, ruhsal ve duygusal alanları kapsayan destek görevleri sağlamaktadırlar. Refakatçiler temel olarak, sağlık hizmet sunucularının sunduğu tıbbi bakımı sağlamazlar, ancak Fredman ve Daly'nin (1993, s. 1427) önerdiği gibi “hasta bakımında bir ortak” olarak düşünülebilirler.

Literatür incelemesi sırasında refakatçi ve bakıcı terimlerinin farklı bakım hizmetlerini ifade ettiği de belirlenmiştir. Bakıcı ve refakatçi kavramları arasındaki fark; bakıcı, bakım hizmetlerini kapsayan genel bir terim olarak ifade edilirken, refakatçi ise hastaya eşlik ederken bakım hizmetlerine ek olarak duygusal destek ve arkadaşlık da sağlayan kişi olarak ifade edilmektedir (Ellingson, 2002).

Reinhard ve arkadaşları (2008, s. 1) “aile bakıcısını, yani yatışı sırasında hastaya eşlik eden ve bakım veren aile üyesini, banyo yapma, giyinme ve ilaç alma gibi çeşitli görevlerini yönetmek için yardıma ihtiyaç duyan bir kişiye bakım sağlayan ücretli olmayan bir aile üyesi, arkadaş veya komşu” olduğunu ifade etmektedir.

Avustralya İstatistik Bürosu (Australian Bureau of Statistics [ABS], 2024) hastaya eşlik eden bakıcıları “herhangi bir yaştan, engelli veya uzun süreli rahatsızlığı olan kişilere veya 60 yaş ve üzeri yaşlı kişilere yardım veya gözetim açısından herhangi bir gayri resmi yardım sağlayan kişi” olarak tanımlamıştır.

Gwaza ve Msiska (2022), akut bakım hastanesi ortamlarında yatan hastaların bakımına aile üyelerinin, genellikle hasta koruyucuları (HK) olarak bilinen kişilerin dahil olmasına dair yaptıkları literatür taramalarını içeren bir inceleme sunmaktadır. HK'yi, bir aile üyesi veya arkadaş olup, gönüllü olarak yatan hastanın yanında kalmayı teklif eden ve hastanede yatış süresince ya da bir kısmında fiziksel, psikososyal veya ruhsal bakım sağlayan kişi olarak

tanımlamışlardır. Farklı yazarlar tarafından HK'yi tanımlamak için farklı terimler de kullanılmıştır; bunlardan bazıları gayri resmi bakıcı (Ambrosi vd., 2017, s. 2) ve aile üyesi (Liput, Kane-Gill, Seybert, ve Smithburger, 2016) gibi farklı terimler de kullanılmıştır.

Hasta refakatçisinin, poliklinik ve klinik uygulamalarda oldukça yaygın olduğu bildirilmiştir (Herndon, 1984, s. 2926). Yapılan çalışmalar, özellikle yaşlı yetişkinlerde tıbbi karşılaşmaların %20-57'sinin bir refakatçiyi içerdiğini göstermektedir. Diğer yandan değişen demografik yapı ile birlikte bu oranın daha da artacağı açıkça görülmektedir (Glasser, Prohaska, ve Roska, 1992; Ishikawa vd., 2005; Prohaska ve Glasser, 2005).

Refakatçilerin varlığı ve akut hastalıkları olan yetişkin hastaların bakımına dahil olmaları, Afrika ülkelerinde, Orta Doğu'da ve Asya'da yaygın bir uygulamadır. Avrupa'da ise, kronik hastalık yükünün artması ve yaşam beklentisinin uzamasıyla birlikte akut bakım hastanelerinde refakatçilerin varlığı giderek daha belirgin hale gelmektedir. Refakatçiler kültürel beklentiler ve sağlık hizmeti sunum sistemindeki personel eksikliği nedeniyle akut hastalıkları olan yetişkin hastaların bakımına dahil olmaktadır (Gwaza ve Msiska, 2022, s. 1).

Görüldüğü gibi literatürde refakatçi kavramına ilişkin farklı görüş ve tanımlara yer verilmektedir. Çalışma kapsamında kullanılan refakatçi kavramı; yatarak sağlık hizmeti alan hastaların tedavi süreci boyunca klinikte hastaya eşlik eden kişiyi ifade etmektedir. Bu kişi hastanın herhangi bir yakını (eşi, çocuğu, torunu vb.) olabileceği gibi hiçbir akrabalık bağı bulunmayan arkadaşı veya ücretli profesyonel bir bakıcı da olabilir.

1.2. REFAKAT SİSTEMİ ve ÖZELLİKLERİ

Sağlık sistemi; kanıta dayalı, hasta merkezli ve sistem odaklı bakım sağlarken, hastalar ve aileleri için de yeni roller ve sorumluluklar önermelidir. Hasta ve eşlik

eden refakatçilerinin ihtiyaçlarını karşılayan bir bakım sisteminde bireyler daha bilinçli, daha katılımcı ve daha talepkâr hale gelmelidir. Böylelikle tüm paydaşlar, sağlık sistemindeki hastalık, yaralanma ve engellilik yükünü azaltma amacı etrafında birleşmelidir (Institute of Medicine [IOM], 2001).

Sağlık hizmetlerinde refakat sistemi, hasta bakımında önemli rol oynayan ve farklı kültürlerde; kültürel değerler, inanç sistemleri ve iletişim biçimleri gibi farklı faktörlerden etkilenen bir kavram olarak görülmektedir. Bu faktörlerin tümü birbirleriyle ilişkilidir ve hastanın tedaviye ilişkin sonuçlarını etkileyebilir. Diğer bir ifadeyle hasta tedavi sürecinde kimin (eş, oğul, kız, gelin vb.) hastaya refakat etme olasılığının daha yüksek olduğunu ve refakat eden kişinin tedavi sürecinde hangi rolü üstleneceğini ya da nasıl bir iletişimde bulunacağını kültürel farklılıkların etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada; bireycilik ve toplulukçuluk, düşük bağlam ve yüksek bağlamli iletişim ve inanç sistemi öne çıkan kültürel farklılıklar olarak değerlendirilmiştir (Ishikawa, 2003, s. 9).

Bireycilik ve Toplulukçuluk

Hollandalı psikolog Geert Hofstede'nin kültürel boyutlar teorisi, farklı kültürlerdeki bu farklılıkları anlamada önemli bir araç sağlamaktadır. Hofstede, 1960'lar ve 1970'lerde IBM çalışanlarıyla yaptığı kapsamlı anket çalışmaları sonucunda, kültürel farklılıkları açıklayan altı temel boyut belirlemiştir: bireycilik-toplulukçuluk, güç mesafesi, belirsizlikten kaçınma, erkeklik-kadınlık, uzun vadeye dönüklük-kısa vadeye dönüklük ve heves (Hofstede, 1980).

Toplulukçuluk bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bir etkiye sahiptir. Markus ve Kitayama (1991) kültür ve benlik üzerine yaptıkları çalışmada toplulukçuluğu, bireyin kendisini bağımsız bir varlık olarak değil, daha geniş bir sosyal grubun parçası olarak tanımladığı bir benlik anlayışı çerçevesinde ele almışlardır. Yazarlara göre toplulukçu kültürlerde birey, kendini diğerleriyle

ilişkiler içinde konumlandırır; başkalarına uyum sağlamak, sosyal bağları korumak ve grup içi uyumu sürdürmek önemlidir.

Bireyci kültürlerde ise, bireylerin hedeflerine vurgu yapılır ve bireyler yalnızca kendileri için sorumluluk üstlenirler. Asya kültürlerinin çoğunda, bireylerin birbirine temel bir bağlılık içinde olduğu fikrine dayanan özgün bireysellik anlayışları vardır. Bu kültürlerde diğer insanlara özen göstermek, uyum sağlamak ve onlarla uyumlu bir karşılıklı bağımlılık önemlidir. Amerikan kültürü ise bireyler arasında böyle belirgin bir bağlılığı varsaymaz ya da değer vermez. Aksine, bireyler kendilerine odaklanarak ve benzersiz içsel niteliklerini keşfederek, ifade ederek başkalarından bağımsızlıklarını korumaya çalışır. Bağımsız benlik görüşü, en net şekilde Amerikan kültürünün önemli bir kesiminde ve birçok Batı Avrupa kültüründe gözlemlenir. Bağımlı benlik görüşü ise Japon kültüründe ve diğer Asya kültürlerinde olduğu gibi, aynı zamanda Afrika kültürleri, Latin Amerika kültürleri ve birçok Güney Avrupa kültüründe de yaygındır (Markus ve Kitayama, 1991, s. 225).

Bu sosyal ve kültürel norm nedeniyle, birçok Batı ülkesinde tercih edilen hasta özerkliği modelinin Türkiye'deki hasta-hekim ilişkilerine tam olarak uymayabileceği konusunda bir endişe oluşmuştur. Ancak aynı ülkedeki bireylerin kültürel eğilimlerinin birbirinden farklılık gösterebileceğini ve bu durum çeşitli göçmen ulusları barındıran kalkınmış ülkelerde olduğu gibi Türkiye gibi hızlı değişim yaşayan, geçiş sürecindeki toplumlarda da söz konusu olabileceği unutulmamalıdır (Wasti ve Erdil, 2007, s. 4).

Ishikawa (2003, s. 9) Japon hastalar ve hekimlerin klinik karar alma sürecinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki meslektaşlarına kıyasla aile görüşlerine daha fazla, hasta özerkliğine ise daha az güvenme eğiliminde olduklarını bildirmiştir. Bu tür aile odaklı bir modelde, bireysel üyelerin özerkliğinden ziyade ailenin uyumlu işleyişine daha yüksek bir değer verilebilir. Ancak bu, hasta özerkliği modelinin aksine bir durumdur.

Bireyci kültürlerde, bireysellik ön plandadır ve refakatçi genellikle hastanın en yakın arkadaşı veya eşidir. Kararlar genellikle hasta tarafından alınır ve refakatçi daha çok duygusal destek sağlar. Toplulukçu kültürlerde ise aile bağları çok güçlüdür ve kararlar genellikle aile büyükleri veya tüm aile tarafından birlikte alınır. Refakatçi, genellikle aileden biri olup hastanın tüm ihtiyaçlarını karşılamakla sorumludur.

Hofstede'nin kültürel boyutlar teorisi, hasta-hekim ilişkilerini ve refakatçilerin rollerini anlamada önemli bir çerçeve sunarak, farklı kültürel bağlamlarda sağlık hizmetlerinin nasıl şekillendiğini analiz etmeye yardımcı olmaktadır.

Düşük Bağlam ve Yüksek Bağlamlı İletişim

Erdem ve Günlü'ye göre (2006, s. 179) iletişim, insan yaşamının her yönünü etkileyen temel bir unsurdur. Bir toplumdaki bireylerin birbirleriyle iletişim kurma şekilleri kültürden kültüre farklılık gösterir. Etkili iletişim kurabilmek için, o toplumun kültürel alışkanlıklarını ve eğilimlerini bilmek büyük fayda sağlar. Özellikle farklı kültürlerden gelen kişiler için, karşıdaki kişinin kültürel iletişim tarzını anlamak, doğru mesajları iletebilmek ve anlamak açısından önemlidir. Kültürel farklılıkları göz ardı ederek yapılan iletişim, yanlış anlamalara yol açabilir ve iletişimin etkinliğini düşürebilir. Batı kültürlerinde doğrudan ve açık iletişim tercih edilir. Refakatçi, doktorla açıkça iletişim kurar ve hastanın ihtiyaçlarını dile getirir. Doğu kültürlerinde ise dolaylı iletişim daha yaygındır. Refakatçi, hastanın ihtiyaçlarını ima edebilir veya yüz ifadeleriyle iletişim kurabilir.

Hall'ın (1959) geliştirdiği yüksek bağlam ve düşük bağlam ayırımı, toplumların iletişim tarzlarını incelemek için yaygın olarak kullanılan bir modeldir. Hall, kültürleri iletişim biçimlerine göre değerlendirirken, düşük bağlamı bir uçta, yüksek bağlamı ise diğer uçta konumlandırır. Yüksek bağlamlı kültürlerde mesajın bağlamı, eylemleri yapılandırmada büyük öneme sahiptir ve iletişim daha dolaylıdır. Düşük bağlamda ise iletişim açık, doğrudan ve ayrıntılıdır çünkü

bireylerin birbirlerinin geçmiş bilgilerine sahip olmaları beklenmez ve iletişim, uzun süreli ilişkiler tarafından şekillendirilmez.

Erdem ve Günlü (2006, s. 193) tarafından Türkiye’de Hall’ın iletişimde yüksek bağlam-düşük bağlam modeli çerçevesinde, üç farklı ildeki hastanelerde çalışan 421 kişinin iletişim eğilimleri incelenmiş ve hastane çalışanları arasında yüksek bağlamlı iletişimin düşük bağlamlı iletişime göre daha fazla tercih edildiği sonucuna varılmıştır. Bu bulgu Türkiye’nin kültürel olarak yüksek bağlamlı iletişimi tercih ettiği gözlemini desteklemektedir. Dolayısıyla etkili iletişim için sadece mesaj değil, diğer faktörlere de (söylenme biçimi, jest ve mimikler, vurgular vb.) dikkat etmek önemlidir.

İnanç Sistemleri

Batı kültürlerinde hastalık, tedavi edilebilecek bir sorun olarak görülür ve ölüm kaçınılması gereken bir durum olarak değerlendirilir. Doğu kültürlerinde hastalık, yaşam döngüsünün doğal bir parçası olarak kabul edilir ve ölüm, yeniden doğuşun bir parçası olarak görülür. Ishikawa (2003, s. 12) Konfüçyüsçülüğü, destek, uyum, itaat ve yaşlılara saygıyı erdem olarak gördüğünü ifade ederken, Hristiyanlığın dostluk ve eşitlikçi ilişkilere daha fazla değer verdiğini ifade etmektedir. Geleneksel olarak, Japonya’daki hasta-hekim ilişkisinin Batı ülkelerine kıyasla daha hiyerarşi odaklı ve korumacı bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir. Japon hastaların ise, hekimin otoritesine meydan okumaktan veya 'uyumlu' ilişkilerine zarar vermekten korktukları için hekimlerine soru sormaktan çekindikleri ifade edilmektedir (Ishikawa & Yamazaki, 2005, s. 84). Hasta-hekim ilişkisindeki asimetrik güç farklılığı Batı kültürlerinde de yaygın olarak kabul edilmekle birlikte, Japonya’daki hasta-hekim ilişkisinin daha hiyerarşik bir yapıya sahip olduğu ve bu durumun, kaliteli bakım için temel bir unsur olan açık iletişimi engellediği değerlendirilmektedir.

Batı kültürlerinde sağlık, genellikle biyolojik bir süreç olarak görülür ve tedaviye odaklanılır. Refakatçi, hastanın tıbbi bilgiye erişmesine yardımcı olur. Doğu

kültürlerinde ise sağlık, fiziksel ve ruhsal dengenin birleşimi olarak görülür. Tedavide doğal yöntemler ve geleneksel şifa yöntemleri daha yaygın olarak kullanılır. Refakatçi, hastanın duygusal ve ruhsal sağlığına odaklanır (Ishikawa ve Yamazaki, 2005).

Her kültürün kendi özgün özellikleri ve nüansları vardır. Bu nedenle, her bir hasta ve refakatçi ile bireysel olarak ilgilenmek ve onların ihtiyaçlarını anlamak önemlidir. Çin Halk Cumhuriyeti'nde yapılan bir çalışmada, hastaların poliklinik görüşmelerine düzenli olarak refakatçilerle katıldığı bildirilmiştir (Zhang vd., 2023). Yapılan araştırmalar, Batı tıbbi ortamlarında birincil bakıma başvuran daha genç (18-60 yaş) ve daha yaşlı (>60 yaş) yetişkin hastaların refakatçi oranlarının sırasıyla %16–25 ve %36–57'ye ulaşabildiğini (Laidsaar-Powell vd., 2013; Wolff ve Roter, 2011), Çinli yetişkin hastaların (18-60 yaş) tıbbi görüşmelere katılırken refakatçi oranlarının ise %47,5'e kadar çıkabildiğini göstermektedir.

Yapılan çalışmalar refakatçi sistemi veya uygulamasına ilişkin özelliklerin hasta ve/veya hastalığa ilişkin özelliklere göre değişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin daha yaşlı, daha az eğitilmiş ve sağlık durumları daha fazla tıbbi veya sosyal karmaşıklığa sahip olan hastaların muayene odasında bir refakatçi bulundurma olasılığının daha yüksek olduğu (Schilling, ve diğerleri, 2002, s. 689), refakatçilerin eşler, oğullar, kızlar, gelinler ve kız kardeşler de dahil olmak üzere hastanın aile üyelerinden oluştuğu (Ishikawa, 2003, s. 55) yapılan çalışmalarda bulunmuştur.

Tayvan Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın 2018 verilerine göre, bağımlı yaşlıların %67'sinden fazlası aile üyeleri tarafından bakım almaktadır. Kadınlar, birincil aile bakıcılarının %60,9'unu oluşturarak, ortalama günde 11,1 saat bakım yaparak ortalama 7,8 yıl bakım süresi harcamaktadır (Taiwan Ministry of Health and Welfare [MOHW], 2019).

Turabian ve arkadaşları (2017, s. 47) refakatçilerin genellikle kadınlardan oluştuğu ve gayri resmi olarak sağlık hizmetinin bir parçası olduklarını ifade ederek, refakatçilerde cinsiyet yanlılığı olduğunu; orta yaşlı, evli, sağlığı kötü, düşük sosyal sınıftan, ev hanımı veya işçi olan bir kadının, orta sınıf bir hasta, erkek veya öğrenciye eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

1.2.1. Refakatçi Olma Nedenleri

Yapılan literatür incelemesi sonucunda, refakatçi olma nedenlerinden birisinin tıbbi bakıma ilişkin gereksinimlere yönelik nedenler, bir diğerinin ise sosyokültürel nedenler olduğu sonucuna varılmıştır. Refakatçilerin daha yaşlı ve daha az eğitilmiş hastaların yanı sıra sağlık durumu kötü olan erkek hastalara eşlik etme eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir. Refakat etme eğilimini artıran diğer bir özellik ise fiziksel sağlığın daha kötü olma durumu olarak bulunmuştur (Ishikawa vd., 2005, s. 2313).

Sosyokültürel nedenlerin ise ülkenin alışa gelmiş gelenekleri ile ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin Tayvan'da refakatçi olma daha çok Konfüçyüsçülük değerleri ile ilişkilidir. Tayvan'da, ailelerin genellikle hastanede yatan yakınları ile birlikte günde yirmi dört saat hastanede kalmalarına izin verildiğine dair uzun süredir devam eden bir gelenek vardır. Tayvan, Japonya, Kore ve Çin Halk Cumhuriyeti gibi Asya'daki diğer ülkeler de benzer şekilde aile üyelerinden oluşan refakatçi sisteminin yaygın olduğu görülmektedir (Tzeng ve Yin, 2008).

Hastaya eşlik etme ve refakatçi olma nedenleri “tıbbi personelin talebi üzerine, hastanın kendi isteği üzerine, gönüllü olarak yardım etmek amaçlı, ebeveynin bağlılığını göstermek, çocuğuna iyilik ve sevgi göstermek, bunun kendi sorumluluğu olduğunu düşünmek, hastaya eşlik edecek bir aile üyesi gelmezse, hastanın uygun bakımı alamayacağından korkmak ve sosyal baskı” olarak sınıflandırılmıştır (Tzeng ve Yin, 2008, s. 304).

Önceki araştırmalar, refakat edilmesinin yaygın nedenlerinin ulaşım konusunda yardım sağlama, eşlik etme ve duygusal ve fiziksel destek verme olduğunu göstermiştir (Prohaska ve Glasser, 1996; Schilling, vd., 2002). Ayrıca, birçok hasta ve refakatçi, doktorla iletişimle ilgili nedenler belirtmiştir; bunlar arasında hastanın endişelerini doktora iletmeye yardım etme, doktorun tavsiye ve talimatlarını hatırlamaya yardımcı olma ve hastanın doktorla ilgili endişelerini ifade etme yer almaktadır (Ishikawa, 2003, s. 17).

Hastaya sunulan sosyal desteğin neredeyse evrensel olarak doktorlar gibi profesyonellerden değil, aileden ve arkadaşlardan geldiği görülmektedir. Hekimin sağlığı geliştirmedeki rolünün sosyal olmaktan daha çok tıbbi olması ve refakatçilerin sunduğu sosyal destekten dolayı Haug (1996, s. 44), yeni bir doktor/hasta ilişkisi olarak doktor/gizli hasta yapısını ortaya koymaktadır.

Diğer yandan hastalar bir aile üyesinin varlığıyla kendilerini daha güvende hissederek ve yanlarında aileden birilerinin kalmasını isterler ve doğrudan bakıma dahil olmanın hakları olduğuna inanırlar. Ayrıca ailelerin bakım ekibinin üyeleri olarak bakım sürecine dahil edilmesi, hizmet sağlayıcıların hastanın tıbbi geçmişi, tercihleri ve esenliği hakkındaki bilgilerinden yararlanmalarını sağlar (Wyskiel, Weeks, ve Marsteller, 2015, s. 44).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalar, Asya kültüründe görülen geleneksel nedenlerden bağımsız olarak, aile katılımının hasta bakımına önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalar, sağlık profesyonelleri ve hasta bakımına yeterince katılım göstermeyen aileler için sınırlı kaynakların, hasta bakım kalitesini olumsuz etkileyerek hastanede yatış süresinin uzamasına, daha yüksek kaynak kullanımına ve bakım sağlayanlar arasında memnuniyetsizlik ile iş gücü kaybına yol açabileceğini göstermektedir. (Wyskiel vd., 2015).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada refakatçi olma nedenleri; sosyokültürel nedenler ve hastane hizmetlerinin yetersizliği olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Hasta yakınlarının çoğunun tıbbi bakım, fiziksel ve psikolojik destek, personel tutum ve

davranışları, iletişim ve bilgilendirme konularında hastanelere karşı genel bir güvensizlik içinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %83,9' u diğer faktörlerin yanı sıra kendisi refakatçi kalmayı istemiş, bunların %56,9'u görevleri olduğunu belirtmişlerdir. Refakatçilerin %53,1'i her durumda refakatçi kalacağını belirtirken, %91,5'i psikolojik destek sağladıklarını, %40,8'i tıbbi bakıma yardımcı olduklarını belirtmiş ancak tamamı tıbbi bakımı sağlık personelinin yapması gereken görevler arasında saymıştır (Öner, Güldal, ve Şemin, 2001, s. 21).

1.2.2. Refakatçilerin Tedavi Sürecine Etkisi

Tıp çevresi için, hasta-refakatçi eşliğinde gerçekleştirilen klinik ziyaretlerin klinik bakım sürecine önemli katkılar sağladığı değerlendirilmektedir. Genel olarak refakatçilerin hasta muayenesine eşlik ettiği, duygusal, bilgi ve pratik destek sağladığı ve tıbbi karar verme süreçlerine katıldığı ifade edilmektedir (Laidsaar-Powell, vd., 2013). Bu görüşe dayanarak refakatçilerin muayene dinamiklerini değiştirebileceği, hastanın doktorla olan ilişkisini etkileyebileceği söylenebilir. Wolff ve Roter (2011, s. 829) bir refakatçinin varlığının tıbbi ziyaretlerin süresi ve yapısı üzerinde etkisi olduğunu ve tıbbi görüşmede bir refakatçi mevcut olduğunda, sağlık hizmet sağlayıcılarının daha fazla tıbbi bilgi verdiğini bildirmektedir.

Tzeng ve Yin (2008) tıbbi karşılaşmada üçüncü kişinin varlığının; hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki etkileşimi önemli ölçüde etkilediğini belirtmiştir. Herndon'a (1984) göre hasta refakatçisi, poliklinik ve klinik uygulamalarda oldukça yaygındır ve hasta muayenesinin güvenilirliği açısından belirleyici ve önemlidir.

Refakatçiler, tıbbi görüşme sırasında doktorla bilgi paylaşarak, sorular sorarak ve hastanın konuşmasına yardımcı olarak iletişime önemli katkı sağlamaktadır. Refakatçinin iletişimi, sadece hastanın değil, aynı zamanda doktorun iletişimini de etkilemektedir. Hastanın, ziyaret sırasında yanındaki kişinin rolüne dair beklentileri ile yanındaki kişinin kendi rolüyle ilgili niyetleri genellikle birbirleriyle

ilişkilidir ve ziyaret sırasında yanındaki kişinin gerçek davranışıyla olumlu bir ilişki göstermektedir. Bununla birlikte, yanındaki kişiler, hastaların kendilerinden beklediğinden daha doğrudan bir iletişim rolü, özellikle bilgi sağlama ve soru sorma gibi görevler üstlenmeyi beklemektedirler (Ishikawa vd., 2005). Ayrıca hasta ve refakatçi arasındaki başarılı iş birliği, hasta ve hekim arasındaki güç farkını azaltabilmekte, refakatçinin hasta ile ilgili endişeleri ve soruları desteklemesi ve vurgulaması durumunda ise hekimlerin hastanın endişelerine ve sorularına daha fazla dikkat etmeleri mümkün olmaktadır (Ishikawa, 2003, s. 27).

Refakatçiler hasta ve hekim arasında bir köprü görevi görerek, hasta-hekim iletişimini iyileştirebilir. Yaşlı hastalarla iletişimdeki zorlukların kısmen duyuşal eksiklikler ve bilişsel bozukluklardan (Adelman vd., 2000) ve pasif hasta rolünü tercih etme eğilimlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Pointer Smith vd., 1988, s. 6).

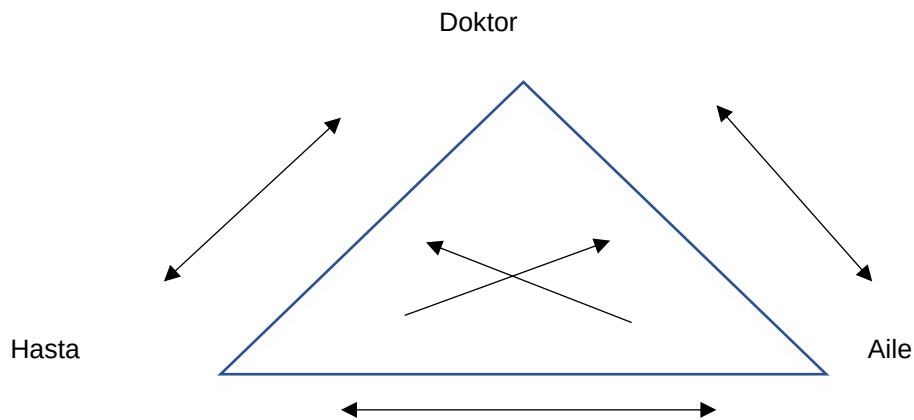
Hasta, doktor ve refakatçi arasındaki etkileşimlere ilişkin yapılan bir çalışmada, toplam etkileşimin %56,9'unun hasta ve doktor arasında, %37,8'inin doktor ve refakatçi arasında, %5,2'sinin ise hasta ve refakatçi arasında gerçekleştiği tespit edilmiştir (Beisecker, 1989). Bununla birlikte, refakatçinin varlığının, görüşme süresini önemli ölçüde etkilemediği bulunmuştur. Refakatçilerin konuşmalara katılması, hastanın doktorla geçirdiği süreyi azaltarak, hasta-doktor etkileşim süresini kısaltabilir. Diğer yandan, başka bir çalışmada üçlü görüşmelerin, iki kişilik görüşmelere kıyasla biraz daha uzun sürdüğü (36,2 dakikaya karşı 30,3 dakika) görülmüştür (Greene , Adelman, Friedmann , ve Charon , 1994). Ancak, üçlü görüşmelerde hastalar daha az konu açmakta, daha az tepkisel davranmakta ve kendilerini ifade etme konusunda daha az özgüvenli görünmektedir. Ayrıca bu görüşmelerde, doktor ile hasta arasında ortak karar alma ve gülme paylaşımları daha sınırlı olurken, hastalar sık sık konuşmalardan dışlanmaktadır (Ishikawa H., 2003, s. 18).

Tedavi sürecinde eşlik eden kişinin varlığı, hastanın tercihleri ve beklentilerine bağlı olarak hasta sonuçlarını farklı şekilde etkileyebilmektedir. Kanser

hastalarıyla yapılan bir araştırma, üçüncü kişinin varlığının hasta yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını göstermiştir (Labrecque vd., 1991, s. 1255). Çalışma, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin doğrudan eşlik eden kişinin varlığıyla ilişkili olmadığını, ancak daha kötü bir performans durumunun, hastanın aile tarafından eşlik edilme olasılığını artırdığını öne sürmüştür.

Beisecker'e (1989) göre yaşlı hastalar genellikle aile üyelerinden oluşan refakatçilerle birlikte doktora giderler. Bu refakatçiler hastanın sağlık durumunu açıklayabilir, doktorun önerilerini hastaya iletebilir, hastanın bakımını üstlenebilirler ve bu nedenlerden dolayı doktor-hasta etkileşiminde önemli bir rol oynarlar. Cigoli ve Binda (1993, s. 6) ailenin rolünün; aile üyelerini sağlıklı tutmada ve onları hastalıktan korumada önemli olduğu kadar, hastalık sırasında tedavi, rehabilitasyon ve yardım söz konusu olduğunda da önemli olduğunu ifade etmiştir. Her tedavi yönteminin başarısının ailenin desteğine bağlı olduğunu savunmuşlardır.

Hasta, aile ve sağlık sistemi arasındaki iş birliği "terapötik üçgen" olarak adlandırılır ve üç tarafın karşılıklı etkisini yansıtır (Şekil 1). Aile bireyleri tedaviyi desteklediğinde sağlığı teşvik eden bir iş birliği sağlanabilir; aksi takdirde, olumsuz bir dayanışma sorunun çözümünü engelleyebilir (Cigoli ve Binda, 1993).



Şekil 1 Terapötik Üçgen (Turabian J. vd., 2017)

Dolayısıyla tedavi sürecini iyileştirmek için hastanın yanında bir aile üyesinin olması istenen bir durumdur (Nunley, 1998, s. 332). Hasta ailesinin hastaya eşlik etmesi, ilaç uyumunu artırır ve hastanın birinin ona baktığını hissetmesini sağlar. Bu faydanın yanı sıra refakatçilerin birçok olumlu katkıları sıralanmıştır. Bunlar; (1) bakımın daha ekonomik bir şekilde sağlanması, (2) hekimlerin hasta hakkında daha iyi bilgiye sahip olması, (3) ailelerin hastanın hastalığını daha iyi anlaması, (4) hasta ile daha fazla etkileşim ve sosyal destek sağlanması, (5) benzer sorunları olan diğer insanlarla ailelerin tanışması, (6) hastanın hastanede bir savunucusunun bulunması, (7) taburcu olduktan sonra bakımın sürekliliği ve (8) terapötik rejimlere daha fazla bağlılık ve uyum (Nunley, 1998, s. 339).

Refakatçilerin hasta bakımına katılımının, belirli avantajlar sağlamanın yanı sıra bazı dezavantajlara da yol açabileceği değerlendirilmektedir. Özellikle, hasta merkezli bakım süreçlerinin bu durumdan olumsuz etkilenebileceği ifade edilmektedir (Ishikawa H., 2003; Adelman vd., 1987). Duyusal zorlukları bulunan hastaların refakatçilerinin yer aldığı tıbbi görüşmelerde, iletişimin yalnızca hekim ve refakatçi arasında sürdüğü ve hastanın sürece dahil edilmediği değerlendirilmektedir. Bu tür durumlarda, hastanın görüşlerinin göz ardı edilmesi ve tedavi planlarının yalnızca hekim ile refakatçi arasındaki anlaşmaya dayanarak oluşturulması riski ortaya çıkmaktadır (Adelman vd., 1987). Refakatçinin, hasta ile benzer bir bakış açısını paylaşarak hasta adına savunucu bir rol üstlenmesi durumunda dahi, bazı endişeler geçerliliğini korumaktadır. Özellikle, bu durumun hastanın refakatçiye bağımlılığını artırabileceği, öz-yeterlilik algısını zayıflatabileceği ve öz bakım becerilerinde gerilemeye yol açabileceği yönünde kaygılar bulunmaktadır (Beisecker, 1989; Adelman vd., 1987).

Hastaların rutin sağlık bakım ziyaretlerinde aile katılımına ilişkin davranış ve tercihlerini değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada aile üyelerinin, sağlık hizmetinden faydalanırken, genellikle birbirlerine eşlik ettiği (Botelho, Lue, ve Fiscella, 1996) ancak söz konusu refakat sırasında aileler ve sağlık

profesyonelleri arasında çatışmanın da meydana gelebileceği ifade edilmiştir (Levine ve Zuckerman, 1999, s. 150).

Refakatçi varlığının avantajları; hastaları desteklemek ve teşvik etmek, karar vermede yardımcı olmak, hastalara kendilerini ifade etmelerinde yardımcı olmak, soru sormalarına ve kaygılarını dile getirmelerine yardımcı olmak, doktora bilgi sağlamak ve hasta için bilgileri yorumlamak olarak sıralanabilir. Diğer yandan doktorlar, refakatçi varlığının dezavantajları olduğuna da değinmişlerdir. Refakatçiler hastalardan ziyade kendi korkularını ifade etmekte, durumu veya hastayı manipüle etmekte, kendi gündemleri olabilmekte ve davranışları muhalif veya çekişmeli olabilmektedir (Beisecker ve Moore, 1994).

Araştırmalar, aile bakımının stresli olabileceğini ortaya koymuştur. Bu stres hem refakatçiyi hem de bakım alan kişiyi olumsuz etkileyebilir. Reinhard ve arkadaşları (2008) refakatçilerin iyi niyetli olmalarına rağmen, yaşadıkları stres nedeniyle eşlik ettikleri hastalarına zarar verebilecekleri riskini vurgulamaktadır. Refakatçilerin yeterli eğitim almadan hastaya eşlik etmeleri, gerekli durumlarda bakım vermeleri, hastalarda, enfeksiyon gibi ciddi sağlık riskleri doğurabileceğini ve refakatçilerin yaşadığı stresin, özellikle bilişsel bozukluğu olan hastalara yönelik, ihmal ve şiddet gibi olumsuz davranışlara neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Son olarak refakatçilerin önemine yönelik yapılan literatür taramasında; İspirli'nin (2016, s. 37) refakatçi varlığı ve bununla ilişkili değerlendirilen baş çevirme işaretinin bilişsel yetersizliği saptamadaki önemini değerlendirmeyi amaçlayan çalışması incelenmiştir. Refakatçi, geriatrik hasta ve doktorla birlikte muayene odasında yer almakta ve hastanın arkasında oturtulmaktadır. Hastaya başvurusu ile ilişkili olarak sorulan sorular sırasında, hastanın başını çevirip yakınından yardım almaya çalışması ve başını çevirmemesine yönelik tıbbi değerlendirme yapıldığı aktarılmıştır. Özetle refakatçi varlığı ile ilişkili olan işaretin geriatrik hastalarda bilişsel yetersizliği saptamadaki rolüne değinilen bu çalışmada, tanı koymada refakatçi varlığı ve buna bağlı baş çevirme işaretinin geriatrik

hastalarda bilişsel yetersizliği tespit etmede basit, etkili ve kısa zaman alan önemli bir gösterge olduğu sonucuna varılmıştır.

1.3. REFAKATÇİLERİN ROLLERİ

Tıbbi görüşmelere sıklıkla refakatçi katılımını göz önünde bulundurarak, refakatçilerin tıbbi ziyaret etkileşimine katkılarını farklı açılardan inceleyen çalışmalar (Adelman vd., 1987; Ellingson, 2002; Laidsaar-Powell vd., 2013; Turabian vd., 2017) refakatçilerin refakat süreci içerisinde farklı roller/davranışlar sergilediğini ortaya koymuştur.

Refakatçilerin rollerini tanımlamadan önce, tıbbi görüşmenin karakteristik özelliklerinin açıklanması önemlidir. Tıbbi görüşme, genellikle hasta ve hekimin oluşturduğu iki kişilik bir etkileşimle başlar ve bu tür bir ilişki İngilizcede “dyad” olarak adlandırılır. Ancak, pratikte üçüncü bir kişinin de sıklıkla görüşmeye katıldığı ve hastaya eşlik ettiği görülür. Bu tür üç kişilik etkileşimler ise İngilizcede “triad” olarak ifade edilir. “Dyad” ve “triad” terimleri yalnızca tıbbi görüşmeler için değil, genel olarak insan ilişkilerindeki grup dinamiklerini tanımlamak için de kullanılmaktadır.

Konu ile ilgili olarak literatürde ikili ve üçlü grupların yapısı hakkında sosyolog Georg Simmel’in çalışmaları referans gösterilmekte olup, bu çalışmalarında Simmel grup büyüklüğünün işlevini analiz etmiş ve iki kişiden oluşan bir grubun, üç kişiden oluşan bir grup haline geldiğinde meydana gelen önemli yapısal ve işlevsel değişiklikleri olduğunu ortaya koymuştur (Wolff K. , 1964). Yaptığı çalışmalar sonucunda, gruba dahil olan üçüncü kişinin sergilediği üç tür rol tanımlamıştır. Belirlenen rollerinden biri; grupta yer alan diğer iki üye arasında eşit olarak anlaşma sağlamaya çalışan bir arabulucu olarak tanımlanmaktadır. İkincisi; latince bir ifade olan “tertius gaudens”, faydalanan üçüncü kişi anlamına gelen bir terimdir. Diğer iki kişi anlaşmazlık içinde olduğunda üçüncü bir tarafın bu durumdan fayda sağlayacağı anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, “tertius gaudens”, bir tarafın diğer iki kişi arasındaki çatışmadan yararlandığı bir durumu

ifade etmektedir. Üçüncü rol ise; kendi amaçlarına ulaşmak ve hâkim bir konum elde etmek için çatışma yaratan kişi böl ve yönet sürecini kullanan özellikle diğer insanlara aynı hakları vermeyerek haksız bir şekilde davranan bir zalim karakter olarak tanımlanmıştır.

Refakatçilerin hastanın tıbbi görüşme sırasındaki etkileri ve refakatçilerin rolleri 1960'ların ortasında araştırılmaya başlanmıştır. İlk olarak "refakatçinin rolü nedir" sorusu Bloch ve arkadaşları (1968, s. 516) tarafından yapılan bir çalışmada ele alınmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların refakatçi davranışlarını belirlemeye yönelik ilk bulgular olduğu söylenebilir. Bu bulgulara göre hastaların, refakatçileri "gereklilik (onsuz olmazdı), kolaylık sağlayıcı (arabayla buraya kadar getirdi) ve ego yapıcı (yalnız olmadığını biliyordu, yanında birisi vardı, moral destek)" olarak kategorize ettikleri görülmüştür.

Hasta ve sağlık sunucu arasındaki iletişimde hastanın rollerini araştıran bir çalışmada, veri toplama aşamasında potansiyel olarak önemli bir değişken olarak refakatçilerin ön plana çıktığı bildirilmektedir. Hastayı görüşme sırasında destekleyici bir refakatçinin varlığının, hastanın doktorla iletişim davranışını etkileyebileceği öne sürülmüştür (Burns Beisecker, 1986, s. 45). Araştırmacılar, refakatçinin potansiyel olarak önemli bir değişken olarak tanımlanmasının, tesadüfen elde edilen bir bulgu olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarından biri, "bir refakatçi varlığının, doktorla etkileşim halindeki bir hastanın iletişim davranışını etkileyebileceği" olarak ifade edilmektedir (Burns Beisecker, 1986, s. 199).

Beisecker (1986), tıbbi karşılaşmalar sırasında refakatçilerin iletişim sürecine ne ölçüde katıldıklarını araştırırken tıbbi görüşmeyi; hasta öyküsü alımı, fiziksel muayene ve geri bildirim olarak üç bölüme ayırmış ve refakatçi faaliyetlerinin özellikle hasta öyküsü alımı ve geri bildirim aşamalarında gerçekleştiğini ortaya koymuştur.

Konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçları, refakatçi rolleri olarak ifade edilen tedavi süreci boyunca refakatçilerin farklı davranışlar sergilediğini ortaya koymuştur. Refakatçi rolleri olarak ifade edilen bu davranışlar, hekim-hasta-refakatçi üçlüsüne göre farklı şekilde yorumlanabilmektedir. Brown ve arkadaşları (1998) refakatçi rollerini hastanın doktoru gözünden değerlendirdiği çalışmasında; destekleyici, engelleyici, şefkatli, saygılı ve öfkeli olarak tanımlamıştır. Bunlardan en sık görülen rolün hasta savunucusu (destekleyici) olduğu, ancak refakatçi kişi hastanın çocuğu ise rolü gözlemci olarak tanımlanmıştır.

Chin-Yen ve arkadaşları (2004, s. 259) yaptıkları araştırma sonucunda refakatçi rollerini destekleyici, eleştirmen, sözcü, gözlemci olarak dört grupta ve refakatçilerin sergiledikleri tutumlar ise olumlu, negatif ve nötr olarak üç grupta tanımlamıştır.

Tayvan’da yatan hastalara, aile üyelerinin eşlik etme rollerini ve motivasyonlarını ortaya koymak amacı ile yürütülen bir başka çalışmada ise refakatçilere hastalarının yatış süresince eşlik ederken üstlendikleri roller ve bakım aktiviteleri; “hastaya fiziksel bakım sağlamak, psikolojik destek sunmak, hastanın durumu hakkında hekim ve hemşirelerle iletişim kurmak, hastanın tıbbi durumunu öğrenmek ve hastaneden taburcu olduktan sonra hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için evde bakım eğitimi almak” şeklinde beş gruba ayrılmıştır (Tzeng ve Yin, 2008, s. 304).

Refakatçi rollerini belirlemeye yönelik olarak yürütülen, refakatçilerin doktor ve yaşlı hasta etkileşimi üzerindeki etkisini ortaya koyan bir çalışmada refakatçilere yönelik üç farklı rol türü (gözetmen refakatçi, önemli kişi ve vekil hasta) tanımlanmıştır (Beisecker, 1989). Gözetmen refakatçilerin; sağlık hizmet sunucusuna hasta ile ilgili bilgi sunan ve hasta tarafından sunulan bilgilerin üzerinde ayrıntılı bilgi veren, doktordan gelen bilgileri hastaya açıklayan, hasta tarafından doktora verilen bilgilerin doğruluğunu sorgulayan refakatçi olarak tanımlanmıştır. Tıbbi değerlendirme sürecinde, gözetmen refakatçilerin hastaların davranışlarını etkileyerek, hastaların gerçekleri daha açık ifade etmelerini teşvik

ettiği belirlenmiştir. Gözetmen refakatçi rolü, Adelman'ın savunucu rolü ile benzer tanımlanmaktadır. Ancak, gözetmen refakatçilerin Adelman'ın tanımladığı rollerden muhalif olarak da görülebilir, çünkü bazen hastanın söylediklerine aykırı bir şekilde hekime bilgi verdiği öne sürülmüştür. Önemli kişi rolündeki refakatçi, doktora kendi rol davranışı hakkında geri bildirim sağlamıştır ve doktorun hastaya hitap etmesi yerine, yorumları refakatçiye yönlendirmesine, hasta üçüncü şahıs olarak, doktor ve refakatçi tarafından tartışılmaktadır. Refakatçi, doktor için “önemli kişi” haline gelmektedir ve doktor, refakatçi varlığını kabul ederek iletişim davranışını değiştirmektedir. Bazı refakatçiler vekil hasta rolü üstlenerek hastanın rolünü devralmışlar, hasta yerine soruları cevaplamışlar ve hastanın sağlık durumu ya da duyguları ile ilgili olarak talep edilmeyen bilgileri sunmuşlardır. Böylece refakatçi hastanın sesi ya da savunucusu gibi davranmıştır (Beisecker, 1989).

Ellingson (2002) hastalar ve disiplinler arası geriatrik onkoloji ekibi üyeleri arasındaki etkileşimlerde refakatçilerin rollerini incelediği çalışmasında refakatçi rollerini; anımsatıcı, duygusal destek, bilgi aktarıcı, karar vermede yardımcı, hastaya eşlik eden, konuları detaylandırıcı, hasta haklarını savunucu ve iletişimde arabulucu olarak sınıflandırmıştır.

Ishikawa (2003, s. 62) tarafından yapılan bir başka çalışma sonucunda refakatçi rolleri direkt ve direkt olmayan roller olarak iki gruba ayrılmıştır. Direkt olan roller; tıbbi bilgi sağlamak, psiko-sosyal bilgi sağlamak ve soru sormak olarak tanımlanırken, direkt olmayan roller ise doktorun dediklerini hatırlamak, doktorun dediklerini hasta için açıklığa kavuşturmak ve hastanın konuşmasını desteklemek olarak tanımlanmıştır.

McCluskey (2000)'in, yürüttüğü çalışma sonucunda ücretli refakatçilere ilişkin beş rol belirlenmiştir. Belirlenen bu roller; refakatçi, koruyucu, arkadaş, koç ve müzakereci olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya göre bu roller, yaşam sonu karar alma süreçlerini etkileyen önemli dinamikleri ortaya koymaktadır.

Quinn ve arkadaşları (2012) yürüttüğü çalışmada yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) yaşam sonu karar verme süreçlerinde, aile üyelerinin sekiz gayri resmi rolünü tanımlamıştır. Bu roller; birincil bakım veren, birincil karar verici, aile sözcüsü, şehir dışından gelen, hastanın istekleri uzmanı, koruyucu, savunmasız üye ve sağlık uzmanı olarak ifade edilmektedir. Birincil bakım veren, genellikle hastanın YBÜ öncesindeki bakımını üstlenen kişidir. Ancak bu kişi, hızla birincil karar verici rolüne geçebilir ve bu geçiş, karar verme yükü nedeniyle zorlu olabilir. Aile sözcüsü, ailenin bilgi ihtiyacını karşılamak ve karar süreçlerini kolaylaştırmak için klinisyenler tarafından tercih edilen bir rol oynar. Şehir dışından gelen üyeler, genellikle YBÜ sürecine sonradan katılır ve farklı bir bakış açısı getirerek karar verme sürecini karmaşık hale getirebilir. Hastanın istekleri uzmanı, hastanın isteklerini doğru şekilde anladığını savunan bir rol üstlenirken, koruyucu aile üyesi, savunmasız bir aile bireyini (örneğin yaşlı bir eş) duygusal yükten korumayı amaçlar. Bazı durumlarda, hasta karar verme kapasitesine sahip olsa bile koruyucu aile üyesi, süreci kontrol edebilir ve hasta bilgilerinin paylaşımını sınırlayabilir. Sağlık uzmanı, genellikle bir sağlık geçmişine sahip olan ve aile içinde rehberlik sağlayarak karar süreçlerini etkileyen bir rol üstlenir.

Bu çalışma kapsamındaki refakatçi rollerinin belirlenmesinde temel alınan bir diğer sınıflama, Adelman ve arkadaşları (1987, s. 731) tarafından yapılmıştır. Adelman ve arkadaşları, refakatçilerin rollerini ve etkilerini incelemek için kavramsal bir çerçeve geliştirmiştir. Buna göre ilk varsayım, üçüncü kişinin yani refakatçinin hekim ve hasta arasında güvene dayalı bir ilişkinin gelişmesini kolaylaştırabilir veya engelleyebilir olmasıdır. İkinci varsayım, refakatçinin tıbbi karşılaşma sırasında çok sayıda rol oynaması ve bu rolün her bir tıbbi karşılaşmadan diğerine değişmesidir. Üçüncü varsayım, tıbbi karşılaşma sırasında refakatçinin varlığı ve etkisi ne kadar asgari düzeyde olursa olsun, refakatçinin varlığı temel hekim-hasta ilişkisini değiştirecektir. Bu varsayımlar üçüncü kişi için üç ana rol (savunucu, pasif katılımcı ve muhalif) olduğunu göstermektedir. Yazarlar tarafından ortaya konan bu refakatçi rolleri hastanın bakış açısından tanımlanmakta olup, rollere ilişkin açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

1.3.1. Savunucu

Hasta Güvenliği Ağı Konseyi tarafından tanımlandığı şekliyle bir hasta savunucusu, hasta veya ailesi tarafından hastanın ihtiyaçlarını, bakımını ve güvenliğini denetlemeye yardımcı olmak için özel olarak belirlenmiş eğitilmiş bir bireydir (PULSE, 2023). Savunucu, hastanın ihtiyaçlarını, bakımını ve güvenliğini denetlemeye yardımcı olan, hasta ve/veya ailesi tarafından belirlenmiş eğitilmiş bir birey olarak tanımlanır (Corina ve Shapiro, 2007, s. 5).

Savunucu rolündeki refakatçinin "hastayı destekleyen, hastanın sesi olarak hareket eden ve hekim ile hasta arasındaki boşluğu dolduran bir arabulucu" rolünü üstlendiği ve aynı zamanda savunucunun, hasta için destekleyici rol oynadığı ve üç farklı alt tipte görüldüğü öne sürülmektedir (Adelman vd., s. 731):

- Birinci alt tip, üçüncü kişinin hastayı cesaretlendirdiği ve güçlendirdiği hasta aktivisti olarak tanımlanmaktadır. Bu rol hastayı ve hastanın tıbbi karşılaşmadaki gündemini oldukça destekleyici özelliklerdedir.
- İkinci alt tip, üçüncü bireyin yani refakatçinin, hastanın sesi olarak hareket ettiği ve bir bilgi sağlayıcı rolünü yerine getirdiği, iletişimi hastanın perspektifinden geliştirdiği bir hasta destekleyicisidir. Bu kişi hasta hekime cevap vermekte yetersiz olduğu durumlarda bir çevirmen olarak hareket edebilir ve birincil bilgi sağlayıcıdır. Hasta destekleyicisi hala hasta için bir savunucudur, ancak hastanın ziyareti için gündemini desteklemede hasta destekçisi kadar aktif değildir.
- Tanımlanan üçüncü savunucu refakatçi tipi ise, etkili bir ilişkiyi teşvik etmek için hasta ve hekim arasındaki arabulucudur. Arabulucu alt tipinde, refakatçi hem hekimi hem de hastayı destekler. Hasta ve doktor arasında bir köprü görevi vardır. Arabulucu etkili hasta-doktor ilişkisini destekler ve cesaretlendirir. Destekleyiciden farklı olarak, arabulucunun hem doktor hem de hasta için çalıştığı ifade edilmektedir (Adelman vd., 1987).

Ishikawa (2003, s. 78) yaşı hastalar ve refakatçilerine yönelik yaptığı çalışma sonucunda Adelman ve arkadaşları (1987) tarafından önerilen refakatçinin üç rolü; savunucu, pasif katılımcı ve muhalif rollerinin çalışma sonucunda gözlemlendiğini bildirmiştir. Savunucu rolündeki refakatçilerin, hastanın bilgi vermesini desteklediğini, konuşmasını kolaylaştırdığını, hastanın sesi olarak hekimlere bilgi vererek, soru sorarak, hekimin konuşmasını tekrarlayarak ve netleştirerek, hastanın konuşmasını hekim için tekrarlayarak hastanın gündemini desteklediği sonucuna ulaşmıştır.

Khan, ve arkadaşları. (2017, s. 377) bilgilendirilmiş ve güçlendirilmiş aile üyelerinin hastaları için “savunucu” rolü üstlenebileceğini, onları önlenabilir tıbbi hatalardan koruyabileceklerini ifade etmişlerdir.

Levine ve Zuckerman (1999, s. 148) “aile üyeleri, hasta adına savunucu olarak hareket edebilir, bakım sağlayabilir veya yönetebilir, hastalık ve ölüm yolculuğunda güvenilir birer yol arkadaşı olabilir ve yetkisiz bir hasta adına kararlar alabilirler” şeklinde refakatçinin savunucu rolünü ifade etmektedirler.

1.3.2. Pasif Katılımcı

Pasif katılımcı, tıbbi görüşme sırasında hastanın yanında bulunur ancak en az düzeyde görüşmeye katılım sağlamaktadır. Pasif katılımcı, hasta hakkında çok fazla bilgi sahibi olmayabilir. Genellikle hasta ve sağlık sunucu arasındaki etkileşim dinamiklerinden kopuktur. Pasif katılımcı, hastanın kıyafetlerinin değişimine ve doktor muayenesi için hazırlanmasına yardımcı olabilir ancak görüşmeye çok az katkıda bulunur veya hiç katkıda bulunmaz (Adelman vd., 1987).

Ellingson (2002) çalışmasında literatürde yer alan refakatçi davranışlarına ek olarak, refakatçi rollerinin değişkenliğine özgü paternler olduğunu ortaya koymuştur. Göreceli olarak pasif refakatçilerin doktorla daha aktif rol sergilediği,

nispeten aktif refakatçilerin doktorla pasif rol sergilediği ve nispeten pasif refakatçilerin takım disiplini ne olursa olsun, belirli konular gündeme geldiğinde daha aktif rol aldığını belirtmiştir.

Ishikawa (2003, s. 78) tarafından yaşlı hasta ve refakatçileri üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda refakatçilerden nadiren konuşan ve iletişime minimum düzeyde katılan katılımcıların bulunduğu belirtilerek, bunların pasif katılımcı rolünde refakatçi olarak tanımlandığı görülmüştür.

1.3.3. Muhalif

Adelman ve arkadaşları (1987) muhalif olarak dilimize çevirdiğimiz ancak kendilerinin antagonist olarak adlandırdığı üçüncü bir refakatçi rolünden bahsetmektedir. Antagonist, Türk Dil Kurumu'na (2024) göre "kişiler, gruplar, kurumlar, öğreti veya ideolojiler arasında gizliden gizliye var olan çelişki veya karşıtlığı ustaca yöneten" kişi olarak tanımlanmaktadır.

Muhalif rolündeki refakatçi, tıbbi görüşme sırasında, hastanın menfi durumuna karşı çalışan bir sabotajcı ve hasta ve/veya sağlık hizmet sunucusundan faydalanmaya çalışan bir fırsatçı olarak tanımlanmıştır. Muhalif rolünün sabotajcı/baltalayıcı ve fırsatçı olmak üzere iki alt tipi vardır. Sabotajcı/baltalayıcı, hasta aleyhine açık veya gizli düzeyde çalışan üçüncü bir kişidir. Bu kişi, hastaya karşı açıkça düşmanca ve kaba olabilir. Hastanın gündemini ya önemsenmez ya da göz ardı eder ve hastaya hiçbir destek sağlamaz.

Muhalif rolünün ikinci alt tipi olan fırsatçı ise hastadan, sağlık hizmet sunucusundan ya da her ikisinden kendi menfaatine yönelik faydalanmaya çalışır. Bu kişi, ziyarette kendi kişisel gündemine sahiptir ve kendi sağlık sorunlarının ve endişelerinin ele alınması için görüşmeyi kendi lehine çevirmeye çalışır.

Ishikawa (2003, s. 78) tarafından yapılan çalışma sonuçlarında da muhalif rolündeki refakatçinin, hastaya hakaret ederek, doktorun otoritesini kullanarak hastayı ikna etmeye çalıştığını ve kendi sağlık sorunlarıyla ilgili olarak doktora danışarak hastanın aleyhine çalıştığı ortaya konmuştur.



2. BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ile ilişkili olarak; hasta güvenliği konusunda oluşturulan ulusal ve uluslararası hasta güvenliği programları, hastanın zararına neden olabilecek faktörler, önlenabilir tıbbi hatalar ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde refakatçilerin rolü sunulmuştur.

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

DSÖ (2024)'ne göre hasta güvenliği, "bir hastaya yönelik önlenabilir zararların olmaması ve sağlık hizmetleriyle ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir en düşük seviyeye indirilmesi" olarak tanımlanır. DSÖ daha geniş sağlık sistemi bağlamında ise, "riskleri sürekli ve sürdürülebilir bir şekilde azaltan, önlenabilir zararların oluşumunu azaltan, hataların olasılığını düşüren ve zarar meydana geldiğinde etkisini azaltan sağlık hizmetlerinde kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan düzenli etkinliklerin bir çerçevesi" olarak tanımlamaktadır (2024).

Wale ve Moon (2005, s. 86)'a göre hasta güvenliği, "bakım süreçlerinde potansiyel risklerin ne ölçüde önlendiğini ve istenmeyen zararların ne ölçüde azaltıldığını" ifade etmektedir. Hasta bakış açıları, sağlık sistemlerini daha güvenli ve insan odaklı hale getirmek için hayati öneme sahiptir. Tıbbi hatalarla ilgili deneyim bildiren hasta oranı, 2020'de yaklaşık %6'dan %10'un üzerine kadar değişiklik göstermiştir. Hastaneye yatırılan hastalar arasında, hastanede kalışları sırasında hasta güvenliği olayları yaşayan yetişkin hasta oranı %4 ile %17 arasında değişmektedir (OECD, 2024).

2005 yılında DSÖ, "Hastalar için Hasta Güvenliği" programını başlatmıştır. Programın temel vizyonu, hastaları ve ailelerini sağlık hizmetleri süreçlerine etkin bir şekilde dahil etmek, bu süreçlerde güçlendirmek, teşvik etmek ve katkılarını kolaylaştırmaktır. Programın amacı, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarla iş birliği içinde çalışarak sağlık hizmetlerini daha güvenli, daha entegre ve insan odaklı bir yapıya dönüştürmektir (WHO, 2013).

Hasta güvenliği konusunda DSÖ (2006) bünyesinde bir grup tarafından hazırlanan Londra Deklarasyonu hazırlanmıştır. Londra Deklarasyonu, hasta güvenliği konusunda küresel bir hareketin temel taşlarından biri olarak hasta sesini merkezine alır. Geçmişte zarar görmüş, engelli hale gelmiş bireyler ve geleceğin çocukları için daha güvenli bir sağlık hizmeti sunma hedefini taşır. Bu deklarasyon, sağlık sistemlerini daha güvenli ve insan odaklı hale getirme yolunda bir ortaklık taahhüdü olarak değerlendirilmektedir. Londra Deklarasyonu dört ana eylem alanını içermektedir:

1. Hasta güvenliği ve hasta güçlendirilmesine yönelik programlar geliştirmek ve yaygınlaştırmak,
2. Hasta güvenliği ile ilgili tüm paydaşlarla yapıcı bir diyalog geliştirmek,
3. Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararın bildirilmesi ve ele alınması için küresel sistemler oluşturmak,
4. Tüm türlerde sağlık zararlarının yönetimi için en iyi uygulamaları tanımlamak ve bu uygulamaları dünya çapında yaygınlaştırmak.

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin birincil hedefi olmuştur. Amerikan Tıp Enstitüsünün "To Err Is Human- Hata İnsana Mahsustur" raporu, her yıl en az 44.000 Amerikalının önlenebilir tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiğini ve bu sayının 98.000'e kadar çıkabileceğini tahmin etmektedir (Kohn vd., 2000). Tıp Enstitüsü'nün bu raporunun yayınlanması, modern hasta güvenliği hareketinin başlangıcı olarak düşünülmektedir. Raporun ana fikri, tıbbi hata sorununu çözmek için sağlık hizmet sunucularını suçlamak yerine sistemlerin

güvenliğini artırmaya odaklanılması gerektiğidir. Söz konusu raporun yayımlanmasının ardından, hasta güvenliği alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Hem hastanelerde hem de diğer sağlık hizmeti sunulan ortamlarda hasta güvenliğini artırmaya yönelik kapsamlı çabalar gösterilmiştir. Raporda sunulan bulgular, tıbbi hatalar ve olumsuz olayların nedenlerine ilişkin daha derin bir anlayış sağlamış ve bu doğrultuda hastalara verilen zararları önlemeye yönelik daha etkili stratejilerin geliştirilmesine olanak tanımıştır. Hasta güvenliği alanında sürekli olarak yeni bilgiler elde edilmekte, bu bilgiler ışığında uygulamalar iyileştirilmekte ve geliştirilmektedir.

Son 25 yılda, politika yapıcılar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, geri ödeme kurumları ve sağlık hizmetinden faydalananlar, giderek artan bir şekilde hasta güvenliğine odaklanmıştır. “Güvenlik,” hastalara yardımcı olması amaçlanan bakımdan kaynaklanan zararlardan kaçınmak olarak tanımlanabilir. Bu, sağlık hizmetlerinde ihmal veya yanlış uygulamalardan kaynaklanan zararların önlenmesini ve hafifletilmesini, ayrıca hataların olasılığını en aza indiren ve meydana geldiklerinde bunları yakalama olasılığını en üst düzeye çıkaran operasyonel sistemlerin ve süreçlerin kurulmasını içerir (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2018).

De Bienassis ve Klazinga (2024, s. 3), hasta güvenliğini, sağlık hizmeti kalitesinin temel bir boyutu olduğunu, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD/ Organisation for Economic Co-Operation and Development) ülkelerinde hasta güvenliği kültürünün ölçümünün ve hasta güvenliğini izlemenin, sağlık sistemi performans değerlendirmesine katkıda bulunduğunu ifade etmektedir. Olumlu bir hasta güvenliği kültürünün, daha iyi sağlık sonuçları ve hasta deneyimleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının hizmet sunumunda hasta güvenliğini öncelikli bir hedef olarak benimsemesi, hastaların zarar görme olasılığını en aza indiren bir ortam oluşturulmasına katkı sağlayabileceği değerlendirilmektedir.

Bir hata, planlanan bir eylemi istenildiği gibi yerine getirmemek veya bir hedefe ulaşmak için yanlış bir plan uygulamak anlamına gelir; bu ya yanlış bir şey

yapmak ya da doğru olanı yapmamak diğer bir şekli ile ihmal olarak ortaya çıkabilir (Kohn vd., 2000). Hataların, genellikle sağlık hizmetinin planlama, izleme veya uygulama aşamasında meydana geldiği değerlendirilmektedir.

Tıbbi hata, mortalite, morbidite veya hastanede uzun süre kalış nedeniyle sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olan önemli bir hasta güvenliği sorunudur. Tıbbi hatalar arasında sistem arızaları, insan faktörleri, karmaşık teknolojiler, güçlü ilaçlar, uzun süreli hastanede kalışlar ve maliyet azaltma önlemleri sayılabilir (AK , 2018).

Sağlık hizmeti alan bireyler, bu hizmetlerin klinik olarak etkili, güvenli ve ihtiyaçlarına duyarlı olmasını beklemektedir. Bununla birlikte, hastalar sıklıkla istemeden zarara maruz kalabilmektedir. Pek çok sağlık sistemi önlenebilir hataların azaltılmasına yönelik çalışmalar yürütmekte olsa da hasta güvenliğini artırmak adına daha kapsamlı önlemlerin alınması gerektiği değerlendirilmektedir. Son yıllarda, hasta güvenliğiyle ilgili hasta tarafından bildirilen deneyimlerin izlenmesine yönelik çabalar ülkeler arasında yaygınlaşmıştır. Bunun temel nedeni, hasta, aile, bakım verenler ve toplulukların bakış açılarına verilen önemdir; bu perspektifler hasta güvenliği olaylarının yaygınlığını anlamada kritik bir rol oynamaktadır. Hastanelerde bakım ile ilgili hasta zararlarının maliyeti oldukça yüksektir; hastane faaliyetleri ve harcamalarının %15'inin doğrudan hasta zararına bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Slawomirski, Auraaen, ve Klazinga, 2017).

Hasta zararı, sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan veya bu hizmetlerin zarara katkıda bulunduğu, istenmeyen ve gereksiz olayları ifade eder; bu durum, gerekli tıbbi tedavinin eksikliğini de kapsamaktadır. Hasta zararları, genellikle bakım sürecinde meydana gelen olumsuz olaylardan kaynaklanır. Bu olaylar arasında ilaç hataları, yanlış veya gecikmiş tanı ve sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar yer almaktadır (Auraaen vd., 2018). DSÖ (2024) önlenebilir hasta zararına yol açabilecek yaygın tıbbi hatalar arasında ilaç hataları, güvensiz cerrahi işlemler, sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar, tanı hataları, hasta

düşmeleri, bası yaraları, hasta kimlik bilgilerinin yanlış tanımlaması, güvensiz kan transfüzyonu ve venöz tromboembolizm bulunduğunu raporlamıştır.

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında gereksiz riskleri mümkün olan en düşük seviyeye indirmek anlamına gelir. Bu strateji, sağlık hizmeti uygulamalarında ortaya çıkan advers olayların sonuçlarını önlemeyi, azaltmayı ve en aza indirmeyi amaçlar (WHO, 2021). Advers olaylar, sağlık çalışanlarının sağladığı bakım sırasında hastanın asıl hastalığı ile ilgili olmayan zararı içerir. Bu olaylar, hastanede kalış süresini uzatabilir veya başlangıçta önerilen tedaviyi değiştirebilir.

Wegner ve arkadaşları (2012, s. 430), ailelerin bakım verenleri/refakatçileri ve sağlık çalışanlarının bakım koşulları bağlamında advers olayları nasıl algıladıklarını analiz etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, tanımladıkları refakatçi davranışlarını incelemişlerdir. Bu davranışlar, verilen örneklerle göre üç kategoriye ayrılmıştır:

- İlk kategori, "Hastanede Yatan Çocuğun Refakatçisi Tarafından Belirlenen Bakım Koşullarındaki Advers Olaylar" olarak adlandırıldı. Bu kategori, annelerin çocuklarının hastanede yatışı sırasında tespit ettiği temel aksaklıkları tanımlamaktadır. Annelerin özellikle ilaç tedavisi konusunda büyük bir endişe duyduğu gözlemlenmiştir. İlaç tedavisindeki aksaklıklar, iyileşme sürecini engelleme ve sağlık durumunu daha da kötüleştirme potansiyeline sahiptir. Refakatçiler ilaç tedavisi dışında ayrıca aşağıdaki durumları da advers olaylar olarak değerlendirmiştir: yetersiz iletişim, yanlış tıbbi tanı, invaziv prosedürler, prosedürlerden sonra çocukların durumunun kötüleşmesi, yüzeysel fiziksel değerlendirmeler, çalışanlar aracılığıyla çocukların kontaminasyonu, personel yetersizliği, çocukların yanlış tanımlanması, refakatçilerin aslında sağlık çalışanlarının yetkinliği ve sorumluluğu dahilindeki bakım eylemlerini gerçekleştirmesi, çocukların refakatçilerinin tükenmişlik/yorgunluğu.

- İkinci kategori, hastanede yatan çocuğun refakatçisinin perspektifinden güvenli sağlık hizmeti sağlamak için stratejileri listelemiştir. Sağlık hizmetleri alanında yumuşak teknolojiler merkezi bir unsur olmuştur, ancak yumuşak-sert teknolojiler hasta güvenliğini tamamlamakta ve güçlendirmektedir. Sağlık çalışanlarının iyi niyetleri ile etkili iletişim, hastanede yatan çocuklara sağlanan bakımın kalitesinde temel öneme sahiptir. Benzer şekilde, bireysel bakım, çocuğun sağlık durumu hakkında bilgilere erişim ve bu bilgilerin anlaşılması, müdahalelerin kaliteli ve zamanında uygulanması, titiz el yıkama ve ekipman sterilizasyonu, eleştirel bir bakış açısıyla ekip çalışması ve sağduyu, refakatçilerin görüşüne göre güvenli sağlık hizmetinin sunumunda belirleyici unsurlardır.
- Üçüncü kategori, hastanede yatan çocukların güvenliğinde refakatçilerin rolü, refakatçilere atanması gereken sorumlulukları belirler ve bakım sunumunun gözetimi ve izlenmesi onların temel rolü olarak vurgulanır. Hemşirelik personelinin gözetimi ve rehberliği altında çocuğa hijyen, konfor sağlama veya beslenme gibi birincil bakımın paylaşılması, çocuklarının bakımına dahil olmak ve bu süreçte katılmak isteyen annelerin talebidir. Ancak, hemşirelik personeli, bu sorumluluklardan kurtulamaz veya muaf tutulamaz. Bir anne, hastanede yatış süresince çocuğa eşlik eden aile bakım vereninin temel rolünün gözetim olduğunu vurgulamaktadır.

Çocuklarını gözlemleme, koruma ve destekleme yeteneği ile meraklı olma, annelerin çalışanlarla iletişim sürecinde sergilediği proaktif tutumlardır. Refakatçi/bakım verenin varlığı, tanımlanan tüm bu roller nedeniyle çocuk hastanesi bağlamında hasta güvenliği odaklı bir kültürün geliştirilmesi için bir gereklilik olarak kabul edilmiştir.

2.1.1. Hasta Güvenliği Konusunda Oluşturulan Ulusal Ve Uluslararası Programlar

Sağlık hizmet sunumunda “önce zarar verme” ilkesinden hareketle hastaları sağlık hizmetinden kaynaklı risklerden korumak ve sağlık hizmetinin en güvenli ve nitelikli şekilde sunulmasını sağlamak amacı ile sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması ile bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Bugüne kadar gerçekleştirilen ve halihazırda sağlık kurumlarında yürütülen çalışmaların, uluslararası bilimsel literatür ve DSÖ çalışmaları rehberliğinde daha da geliştirilmesi ve güçlendirilmesi amacı ile “Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri” güncellenerek zenginleştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022). Ayrıca “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon” bileşeni kapsamında “Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi” geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023). Bu sistemin geliştirilmesindeki amaç Türkiye’de sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda geliştirilen rehberler arasında ilaç güvenliği ve hasta güvenliği serileri de yer almaktadır.

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI/Joint Commission International) standartları, bir hastanenin JCI tarafından akredite edilmesi için bulunması gereken performans beklentilerini, yapılarını ve işlevlerini tanımlar. Bu kapsamda standartlar hasta odaklı standartlar ve organizasyon odaklı standartlar olarak temelde iki ana gruba ayrılmıştır. Hasta odaklı standartlar; uluslararası hasta güvenliği hedefleri, bakım erişim ve bakımın sürekliliği, hasta merkezli bakım, hastaların değerlendirilmesi, hastaların bakımı, anestezi ve cerrahi bakım, ilaç yönetimi ve kullanımı olarak 7 başlıkta incelenmektedir. Organizasyon odaklı

bakım ise; kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, yönetim, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışanların niteliği ve eğitimi, iletişim ve bilgi yönetimi başlıklarından oluşmaktadır (Joint Commission International [JCI], 2017).

Joint Commission International (JCI), sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan uluslararası bir akreditasyon kuruluşudur. JCI, sağlık kuruluşlarının dünya standartlarında hizmet sunmasını sağlamak için bağımsız değerlendirme, eğitim ve rehberlik hizmetleri sunmaktadır. JCI'nın Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri, hasta güvenliğini sağlamak için belirlenmiş altı ana başlıktan oluşmaktadır. Bu hedefler, hasta kimliğinin doğru şekilde tanımlanmasını, etkili iletişimin sağlanmasını, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin artırılmasını, doğru cerrahinin doğru hasta ve bölgede gerçekleştirilmesini, hastane enfeksiyonlarının önlenmesini ve hasta düşmelerinin engellenmesini kapsamaktadır. Bu hedefler, sağlık kuruluşlarında güvenlik standartlarını uygulamak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için rehberlik etmektedir. JCI, bu hedeflere yönelik olarak kurumlara düzenli denetimler ve eğitimler sunarak, dünya genelinde hasta güvenliği kültürünün gelişimine önemli katkılarda bulunmaktadır (JCI, 2024).

Hasta merkezli bakım başlığında; hastane, bakım sürecinde hasta ve aile haklarını destekleyen süreçleri sağlamakla sorumludur. Hastane yönetimi, hastanenin hastalara nasıl davranacağı konusunda birincil sorumluluğa sahiptir. Bu nedenle, yönetim hasta ve aile haklarını ve hastanenin yasalar ve yönetmeliklerce belirlenen sorumluluklarını bilmeli ve anlamalıdır. Hasta haklarını etkin bir şekilde korumak ve geliştirmek için yönetim, hastanenin hizmet verdiği toplumla ilgili sorumluluklarını anlamak için çalışır ve çaba gösterir. Genellikle hasta, bakım kararlarına ailesinin katılmasını ister, ancak aileyi geleneksel aile tanımından farklı tanımlayabilir. Hasta, ailesi olarak kabul ettiği kişileri tanımlama ve onların bakımına dahil olmalarını sağlama hakkına sahiptir. Ailelerin katılım sağlayabilmesi için, hastanede bulunmalarına izin verilmelidir. Hasta yeterli durumda olduğunda, ailenin hangi ölçüde bakım sürecine katılmasını istediğine,

bakımı ile ilgili hangi bilgilerin aileye veya başkalarına verileceğine ve hangi koşullarda bu bilgilerin paylaşılacağına karar verme fırsatı tanınır. Örneğin, hasta teşhisin aile ile paylaşılmasını istemeyebilir veya aile, hastanın teşhisi öğrenmesini istemeyebilir (JCI, 2017).

Hasta ve ailesinin hakları, hastane personeli, hastalar ve aileler arasındaki tüm ilişkilerin temel bir unsurudur. Hastane, personelin hastanede hasta ve ailelerle etkileşimlerinde ve bakımlarında, hasta ve aile hakları konularına duyarlı olmalarını sağlayan süreçler geliştirir ve uygular. Hastane, politika ve prosedürleri geliştirmek için iş birliği içinde ve kapsayıcı bir süreç kullanır ve bu sürece hastalar ve aileleri de dahil eder (Resmî Gazete, 1998, 23420).

Hasta merkezli bakım başlığı altında değerlendirilen hasta haklarına ilişkin standart; hizmetlere erişim ve hizmet sunumunda fiziksel, dil, kültür ve diğer engelleri azaltmayı amaçlar ve hasta ile ailelerine anlayabilecekleri bir dilde ve şekilde bilgi ve eğitim sağlanmasına yönelik tavsiyelerde bulunur. Hasta mahremiyetini ve bakım ile bilgilerin gizliliğini sağlamak için bir süreç oluşturulması ve mevcut yasa ve kültür bağlamında hastalara sağlık bilgilerine erişim hakkı tanınmasını önerir (JCI, 2007).

Hasta merkezli bakım başlığında, klinik görüşmeler, muayeneler, işlemler/tedaviler ve hasta nakli sırasında hasta mahremiyeti önemlidir. Hastalar, diğer personelden, diğer hastalardan ve hatta aile üyelerinden veya hastanın belirlediği diğer kişilerden gizlilik talep edebilir. Tüm hastalar için gizlilik sağlamak adına bazı genel yaklaşımlar bulunsa da, bireysel hastalar durumlarına göre farklı veya ek gizlilik beklenti ve ihtiyaçlarına sahip olabilir ve bu beklenti ve ihtiyaçlar zamanla değişebilir. Bu nedenle, personel, hasta bakım ve hizmeti sunarken, hastanın bu bakım veya hizmetle ilgili gizlilik ihtiyaç ve beklentilerini sorgular. Personel ile hasta arasındaki bu iletişim, güven ve açık bir iletişim oluşturur ve özellikle hasta farklı veya ek gizlilik beklentileri dile getirdiğinde, hasta bakım planına kaydedilebilir.

Hasta merkezli bakım için bir diğer unsur tıbbi ve diğer hasta bilgileridir. Tıbbi ve diğer sağlık bilgileri, belgelendiğinde ve toplandığında, hastayı ve ihtiyaçlarını anlamak ve uzun vadede bakım ve hizmet sağlamak için önemlidir. Bu bilgiler kâğıt, elektronik formda veya ikisinin bir kombinasyonu şeklinde olabilir. Hastane, bu bilgileri gizli olarak kabul eder ve bilgilerin kaybını veya kötüye kullanımını önlemek için politikalar ve prosedürler uygulamaya koymuştur. Bu politikalar ve prosedürler, yasalar ve yönetmeliklerin gerektirdiği şekilde açıklanması gereken bilgileri yansıtır.

Hastalar ve aileler, tıbbi bakım ve tedavilerinin tüm yönlerinde eğitim ve bakım ile tedavi kararları ile süreçlerine katılım yoluyla yer alırlar. Hastalar ve aileler, bakım hakkında kararlar vererek, bakım hakkında sorular sorarak, ikinci bir görüş isteyerek ve hatta tanısal işlemleri ve tedavileri reddederek sağlık süreçlerine katılırlar. Hastaların ve ailelerin bakım kararlarına katılabilmeleri için, değerlendirme sırasında tespit edilen tıbbi durumlar hakkında, kesin tanımlar da dahil olmak üzere temel bilgilere ihtiyaçları vardır ve önerilen bakım ile tedavi hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir. Her hastaya ve gerektiğinde hastanın ailesine, bakım kararlarına katılabilmeleri için gerekli eğitimin sunulması amaçlanarak eğitim planlanmaktadır; ayrıca, hastaların taburcu olduktan sonra kendilerine bakım yapabilmeleri için de gereken eğitim sağlanır. Hastalarla karar verme sürecinde etkileşimde bulunarak, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastanın sağlığıyla ilgili daha iyi kararlar almak için iş birliği yapabilir ve bu da hasta sonuçlarının iyileşmesine yol açabilir.

Türkiye’de hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için öncelikli bir konu olarak ele alınmaktadır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı, hasta güvenliği standartlarını belirleyerek Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) çerçevesinde uygulamalar geliştirmiştir. Bu standartlar, ilaç güvenliği, enfeksiyon kontrolü, hasta kimlik doğrulama gibi önemli unsurları içermekte ve sağlık hizmetlerinde ortak bir yaklaşım sağlamayı hedeflemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda uygulanan Hasta Güvenliği Dostu Hastane Programı, hastanelerde güvenlik kültürünü geliştirmek için önemli bir adım olmuştur. Sağlık Bakanlığı ayrıca ilaç güvenliğini artırmak ve yanlış ilaç kullanımı kaynaklı olayları azaltmak için Akılcı İlaç Kullanımı Programını başlatmıştır. Bu programla, ilaçların doğru dozda ve gereksiz kullanılmasının önüne geçilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2024).

Hasta ve Çalışan Güvenliği Raporlama Sistemi (HSRS) gibi mekanizmalar oluşturularak, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği raporlaması teşvik edilmektedir. Bu sistem, düşme, ilaç hatası ve enfeksiyon gibi olayların analiz edilmesini ve iyileştirme süreçlerinin uygulanmasını sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki farkındalığını artırmak amacıyla düzenlenen eğitim programları, hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasını desteklemektedir. Bunun yanı sıra, dijital sağlık teknolojileri hasta güvenliğini güçlendirmek için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) ve e-Nabız platformu, hasta verilerinin dijital olarak izlenmesine ve süreçlerin iyileştirilmesine katkı sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2024).

Hastaların ve ailelerin tedavi süreçlerine aktif katılımı, hasta güvenliği uygulamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Hastane danışma kurulları gibi yapıların kullanılması, hasta ve ailelerin süreçlere dahil edilmesine olanak tanımaktadır.

Cerrahi müdahalelerde güvenliği sağlamak için Dünya Sağlık Örgütü'nün Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi kullanılmaktadır (WHO, 2008). Bu uygulama, doğru hasta, doğru prosedür ve doğru cerrahi alan doğrulamalarını içermektedir. Ayrıca, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için standart prosedürler geliştirilmiş ve el hijyeninin yaygınlaştırılması amacıyla kampanyalar düzenlenmiştir.

Son olarak, Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) uygulanarak, sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi ve hasta güvenliği standartlarının karşılanması hedeflenmiştir. Türkiye, hasta güvenliği politikalarını ulusal düzeyde güçlendirerek ve modern teknolojileri entegre ederek sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Uluslararası hasta güvenliği programları, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararları en aza indirmek için oluşturulan küresel girişimlerdir. Bu programlar, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek ve sağlık kuruluşlarını güvenli uygulamalar benimsemeye teşvik etmek amacıyla rehberlik sağlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Dünya Hasta Güvenliği Programı, küresel sağlık sistemlerinde hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan kapsamlı bir girişimdir (WHO, 2021). Bu program, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye ve sağlık sistemlerinde hataların önlenmesine odaklanır. Hasta güvenliği, tıbbi hataların, enfeksiyonların, ilaç yan etkilerinin ve diğer önlenebilir zararlı olayların en aza indirgenmesi ile ilgilidir. DSÖ, hasta güvenliği konusunu, temel bir insan hakkı ve evrensel sağlık kapsayıcılığının ayrılmaz bir parçası olarak görmektedir. Dünya Hasta Güvenliği Programı'nın ana amaçları hataların önlenmesi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, çalışanlarına hasta güvenliği konusunda eğitim vermek ve toplumda bu konuda farkındalık yaratmak, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini artırmaya yönelik standartlar ve politikalar oluşturmak ve hasta güvenliği ile ilgili verileri toplamak, analiz etmek ve buna dayalı olarak stratejiler geliştirmektir.

Dünya Hasta Güvenliği Programı kapsamında çeşitli alanlarda çalışmalar yürütölmektedir. DSÖ, cerrahi komplikasyonları önlemek için "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"ni geliştirmiştir. Bu liste, ameliyat sırasında temel güvenlik önlemlerini sağlamaya yöneliktir. Yanlış ilaç kullanımını ve ilaç etkileşimlerini azaltmak amacıyla ilaç yönetimi sistemlerinin iyileştirilmesi diğer bir hedeftir. Enfeksiyon önleme ve kontrol politikaları geliştirilerek hastane kaynaklı enfeksiyonların azaltılması sağlanır. Hamilelik, doğum ve yenidoğan bakımında

güvenliğin artırılmasına yönelik önlemler alınır. Hastaların kendi sağlık süreçlerine aktif olarak katılımını teşvik etmek, güvenlik kültürünün önemli bir parçası olarak görülür. Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Hasta Güvenliği Programı, sağlık sistemlerinin hasta merkezli ve güvenli bir şekilde çalışmasını sağlamayı hedefleyen önemli bir küresel girişimdir. Bu program, yalnızca sağlık hizmetlerini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğini artırır. Hasta güvenliği, evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için temel bir gereklilik olarak görülmekte ve DSÖ tarafından tüm dünyada güçlü bir şekilde desteklenmektedir (WHO, 2021).

2.1.2. Hastanın Zararına Neden Olabilecek Faktörler

Hata yapmak insana mahsus olmakla birlikte yapılan hatalardan ders almak ve sistemi yeniden şekillendirmek son derece önemlidir. Çünkü zarara yol açan hatalar sadece bir veya bir grup sağlık bakım çalışanının uygulamalarından kaynaklanmaz; aksine, bu sağlık çalışanlarının hata yapmasına yol açan sistem veya süreç hatalarından kaynaklanma olasılığı oldukça yüksektir.

Hastanın zararına yol açabilecek birden fazla ve birbiriyle bağlantılı faktör bulunmaktadır ve genellikle herhangi bir hasta güvenliği olayında birden fazla faktör rol oynayabilmektedir. Bu faktörler sistem/organizasyonel, teknolojik, insana bağlı/davranışsal, hasta ile ilgili ve dışsal faktörler olarak sınıflandırılabilir (WHO, 2024):

- **Sistem ve organizasyonel faktörler:** Tıbbi müdahale karmaşıklığı, yetersiz prosedür ve süreç tanımları, iş akışındaki kesintiler, bakım sırasında koordinasyon sorunları, kaynak kısıtlamaları, personel sayısındaki yetersizlik ve yeterlilik geliştirmede sorunlar yaşanması nedeni ile olabilmektedir.

- **Teknolojik faktörler:** Elektronik sağlık kayıtları veya ilaç uygulama sistemleri gibi sağlık bilgi sistemleriyle ilgili sorunlar ve teknolojinin yanlış kullanımı ele alınabilir.
- **İnsana bağlı faktörler ve davranışlar:** Sağlık çalışanları arasında, sağlık ekipleri içinde, hastalar ve aileleriyle iletişim kopuklukları, etkisiz ekip çalışması, yorgunluk, tükenmişlik ve bilişsel önyargılar yaşanması olasıdır.
- **Hasta ile ilgili faktörler:** Hasta ile ilgili faktörlerden biri, sınırlı sağlık okuryazarlığıdır. Diğer önemli faktörler arasında, bakım süreçlerine ve tedavi protokollerine katılım eksikliği ile tedaviye uyumsuzluk yer almaktadır.
- **Dışsal faktörler:** Sağlık kurumlarının tam kontrolü altında olmayan faktörler arasında, politika eksiklikleri, tutarsız düzenlemeler, ekonomik ve finansal baskılar ile doğal çevreye ilişkin zorluklar yer almaktadır.

Kalite iyileştirme ve olumsuz olayların önlenmesine yönelik öneriler genellikle sağlık hizmeti ekipleri tarafından geliştirilmekte ve bu ekipleri hedef almaktadır. Ancak, hasta güvenliğini artırmaya yönelik müdahalelere hastaların doğrudan dahil edilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu yaklaşımın, hasta güvenliğine ilişkin zarar yükünü azaltmada etkili olabileceği değerlendirilmektedir (Emanuel vd., 2008).

Auraaen ve arkadaşları (2018, s. 45) tıbbi hataların önlenebilirliğine ilişkin tahminlerin, zararın türüne bağlı olarak %23 ile %85 arasında büyük farklılıklar gösterdiğini bildirmişlerdir. Ancak, Panagioti ve arkadaşları (2019) tarafından da önerildiği gibi, belirli bir zamanda mevcut bilgi ve teknoloji göz önüne alındığında, zararların en az %50'sinin önlenabilir olduğu genel olarak varsayılabilir.

2.1.3. Hasta Güvenliğine İlişkin Önlenebilir Tıbbi Hatalar

Temel olarak hasta güvenliği, tıbbi bakımın neden olduğu kazara veya önlenbilir yaralanmalardan korunma anlamına gelir. Bu nedenle, hasta güvenliğini artıran

uygulamalar veya müdahaleler, önlenabilir advers olayların oluşumunu azaltan uygulamalar olarak tanımlanmıştır (AHRQ, 2018).

Dünyada, hasta güvenliğinin artırılması; hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerine katılımında, politika oluşturmada, araştırmalarda, sağlık yönetimi ve uygulama alanlarında artan bir ilgi alanı haline gelmiştir (Schildmeijer vd., 2018, s. 1).

Sağlık hizmetinin en temel ilkesi olan “önce zarar verme” prensibinden hareketle hiç kimse sağlık hizmeti alırken zarar görmemelidir. Ancak sağlık sistemlerinde önlenabilir hasta zararlarının olduğuna yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Panagioti ve arkadaşları (2019, s. 6) önlenabilir hataların yarısının ilaç hataları olduğunu, kalıcı engelliliğe veya ölüme yol açan ciddi önlenabilir hasta zararı oranının ise %12 olduğunu ortaya koymuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her 10 hastadan yaklaşık 1'i sağlık hizmetlerinde zarar görmekte ve güvensiz bakım nedeniyle her yıl 3 milyondan fazla ölüm gerçekleşmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, 100 kişiden 4'ü güvensiz bakım nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2024). Diğer taraftan önlenabilir hatalar arasında ilaç hatalarının yanı sıra, düşmeler, kimlik bilgisi ve cerrahi işlemlere bağlı hatalar da ön plana çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından "bir kişinin istemeden yere, zemin veya başka bir alt seviyeye düşmesiyle sonuçlanan olaylar" olarak tanımlanan düşmeler, dünyada kazara veya istemeden gerçekleşen ölümlerin ikinci en yaygın nedenidir. Hastane içi düşme oranlarının 1000 hasta-gün başına 1,3 ila 16,9 arasında değiştiği bildirilmiştir ve bu durum, artan ölüm oranları, hastanede kalış süresi ve kabul maliyetleri ile birlikte sağlık sistemleri üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır; ayrıca yaşam kalitesinin de düşmesine yol açmaktadır. Hastane ortamlarında düşmelerin bildirilmesi, dünya çapında bir önleme stratejisi olarak kabul edilmektedir. Olaylar, çeşitli ülkelerde kurum tabanlı veya ulusal hasta güvenliği olay bildirim sistemleri aracılığıyla rapor edilmektedir. Bu sistemlerin amacı, olayın kendisini düzeltmek değil, gelecekteki olayları önlemek için gerçekten uygun düzeltici eylemler tasarlama yeteneği olmalıdır. Ancak,

düşmeler muhtemelen yeterince bildirilmediğinden, çoğu tahminin düşük olduğu düşünülmektedir.

Ailelerin hasta güvenliği üzerindeki etkileri, literatürde hem olumlu hem de olumsuz yönleriyle ele alınmıştır. Correia ve arkadaşları (2023), hemşirelerin ifadelerine dayanarak, yatan hastaların güvenliğine ilişkin olarak ailelerin rolünü analiz etmiş ve bu bağlamda "aile, güvenlik hatalarını artıran bir faktör" kategorisi altında yedi ana başlık belirlemiştir: sağlık çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi, enfeksiyon riski, bakımı bozan aile, hemşirelik önerilerine uymayan aile, boğulma ve aspirasyon riski, düşme riski ve bilgi eksikliği olan aile. Çalışmada, ailelerin hasta güvenliğinde hem potansiyel bir güvenlik bariyeri hem de güvenlik sorunlarının kaynağı olarak algılandığı ifade edilmiştir.

Benzer şekilde, Correia, ve arkadaşları. (2021), hasta merkezli ve aile merkezli bakım modelleri çerçevesinde ailelerin hastanede yatan hastaların güvenliği üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışmada, ailelerin güvenlik süreçlerine katılımının potansiyel faydaları ve zorlukları ele alınmıştır. İncelenen 33 çalışmadan 13'ü analiz edilmiştir ve bu çalışmaların çoğunluğunda nitel yöntemler kullanmıştır. Çalışma, ailelerin enfeksiyon önleme, bası yaralarını önleme ve ilaç yönetimi gibi görevlerde aktif rol oynayabildiğini, ancak bilgi ve rehberlik eksikliğinin hasta güvenliği risklerini artırabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, ailelerin sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmayı tercih ettiği, bu ortaklığın ilaç doğrulama ve kimlik kontrolü gibi süreçlerde fayda sağladığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, sağlık profesyonelleri, aile katılımının zaman alıcı ve denetleyici bir etkisi olabileceğini ifade etmiştir.

Her iki çalışma, ailelerin hasta güvenliğine önemli bir katkı sağlama potansiyeline sahip olduğunu, ancak bu süreçte bilgi ve rehberlik eksikliğinin risk oluşturduğunu vurgulamaktadır. Hasta güvenliğini artırmak için ailelerin sağlık profesyonelleriyle işbirliğini güçlendiren, yapılandırılmış rehberlik ve eğitim stratejilerinin uygulanması gerektiği önerilmektedir. Bu bağlamda, ailelerin hasta güvenliğine

katkısını en üst düzeye çıkarmak ve potansiyel riskleri en aza indirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Hasta ve yakınlarının farklı eğilimleri olup olmadığını belirlemek ve bir eğitim programının etkisini ölçmek amacı ile yürütülen bir çalışmada; hasta ve refakatçilerine bir eğitim verilmiş, eğitimden sonra, hasta ve yakınlarının el hijyenine yönelik meydan okuyan bir tutum sergilemiş olduğu ve bu konuda hem refakatçilerin hem de hastaların çok benzer istekliliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitimden sonra katılımcılar güvenli uygulamalar konusundaki bilgilerine güvenerek meydan okuyan tutumlarını artırmışlardır (Rodrigo-Rincon vd., 2022, s. 47).

Abietar ve arkadaşları (2023) hastaları ve refakatçilerini hasta güvenliği ile ilişkili olarak ilaç izleme süreçlerine dahil etmenin; bası yaralarını, hasta düşmelerini ve cerrahi enfeksiyonlar gibi önlenabilir tıbbi olayları azaltabileceğine dair kanıtlar bulunduğunu belirtmiştir.

2.1.4. Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesinde Refakatçilerin Rolü

Hasta katılımı ve güçlendirilmesi, hasta güvenliğini iyileştirmek için en etkili yaklaşımlardan biridir. Hastalar, aileler ve diğer bakım sağlayıcılar, doğrudan deneyimlerinden kaynaklanan ve yalnızca onların sağlayabileceği değerli bilgiler sunar. Özellikle zarar gören hastalar, sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik önemli geri bildirimler sağlayabilir. Hastalar ve aileler, hastanın durumu üzerinde dikkatle gözlem yaparak, değişiklikleri sağlık çalışanlarına bildirebilir ve böylece potansiyel sorunların erken fark edilmesine yardımcı olabilir. Bunun için, doğru bilgiye erişimleri sağlanmalıdır.

Ancak, birçok ülke, özellikle düşük ve orta gelirli olanlar hasta güvenliği iyileştirmelerine yeterince hasta katılımını sağlayamamaktadır. Bu eksikliğin

nedenleri arasında kültürel engeller, hasta savunucularının eksikliği, liderlik yetersizlikleri, örgütsel altyapı eksiklikleri ve finansman sorunları yer almaktadır.

DSÖ, 2005 yılından bu yana "Hasta Güvenliği için Hastalar" adlı bir program yürütmektedir (WHO, 2013). Bu program, zarar gören hastalar veya güvensiz bakım nedeniyle bir yakını kaybetmiş bireylerden oluşan bir ağ aracılığıyla hasta haklarını, şeffaflığı ve sağlık çalışanlarıyla ortaklıkları teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Programın temel hedefi, hastaların hasta güvenliğindeki rolünü güçlendirmektir.

Hastaların sağlık sistemine katılımı, sistemin iyileştirilmesi için güçlü bir temel sağlar. Hastalar, sistemin genel işleyişine dair daha bütünsel bir bakış açısına sahiptir ve aldıkları bakımın sonuçlarını doğrudan deneyimleyen nihai kullanıcılar olarak önemli katkılar sunabilir. Hasta güvenliğinin artırılmasında hastaların bu perspektiflerinden yararlanmak, sağlık sistemlerini daha güvenli ve etkili hale getirmek için bir fırsattır (WHO, 2021).

Hastaneye yatış sırasında güvenliğe yönelik hasta katılımı, hasta güçlendirilmesi ve hastanede daha proaktif bir hasta rolünün teşvik edilmesini sağlayan kültürün önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Bu iki unsur, hastaların hastanede yatış sırasında yaşadıkları deneyimlerin sorulması gibi basit bir yöntemle desteklenebilir. Ancak, hasta katılımını artırmadan önce, kültürel arka plan, sosyoekonomik durum, cinsiyet ve yaş gibi hasta özelliklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir; çünkü bu faktörler katılıma yönelik tutumları etkileyebilir. Hasta güvenliğinin hastaların bakış açısından incelenmesi, ortak tasarım olasılıklarını değerlendirmek için kritik bir gerekliliktir.

JCI (2007) ın Hedef 13'de belirttiği "hasta güvenliği stratejisi olarak hastaların ve ailelerinin hasta bakımına aktif katılımının teşvik edilmesinin sağlanması" ifadesi hasta bakımında aile katılımına vurgu yapmaktadır. Bunu sağlamak için hastaların ve ailelerinin güvenlikle ilgili endişelerini bildirmeleri için araçların tanımlanması ve teşvik edilmesini sağlık hizmet sunucularına önermektedir.

Aile bakımı becerisinin kavramsal gelişimi, günümüz sağlık hizmetleri çağında esastır. Aileler, ciddi şekilde hasta olan üyelerin bakımından giderek daha fazla sorumlu hale geldikçe, onlara yardımcı olmak için müdahalelerin sağlam bir teorik temele sahip olması gerekir (Schumacher vd., 2000).

Hastalar ve ailelerin, tıbbi hataları ve olumsuz olayları belirlemede önemli bir rol oynama potansiyeli bulunmaktadır (Khan vd., 2016). Bir çalışmada, ankete katılanların %23'ü, kendisinin veya kendisine yakın birinin son 5 yılda tıbbi bir hata yaşadığını bildirmiştir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında gerçekleşen tıbbi hata ve olumsuz olayların hasta ve aileleri tarafından tespitine ilişkin verilerin sınırlı olduğu belirtilmiştir. Özellikle, hastanede yatan pediatrik hastalar için ebeveynlerin, hasta güvenliği olayları özellikle önlenabilir advers olaylar konusunda değerli ve tamamlayıcı bir veri kaynağı olabileceği ifade edilmektedir (Khan vd., 2016).

Abietar ve arkadaşları (2023) hastaların ve refakatçilerinin hastane ortamında hasta güvenliğine ilişkin bilgi, algı ve tutumlarını; ayrıca hasta güvenliğini artırmaya yönelik önerilerini araştırmıştır. Çalışmada, katılımcıların özelliklerinden bağımsız olarak hasta güvenliği için önemli faktörlerin, sağlık profesyonellerinin şeffaf, anlaşılır ve saygılı bir iletişim kurması ile sakin bir ortam sağlanması olduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliğine yönelik katılımı etkileyen faktörler şu şekilde sıralanmıştır: (a) kimlik bilgisi kontrolü, (b) verilen ilacın doğruluğundan emin olma, (c) hemşirelik bakımına proaktif bir şekilde yardımcı olma, (d) şüphelerini her zaman ifade etme, (e) güvenlik hakkında geri bildirim sağlama ve sağlık profesyonellerine empati gösterme, (f) refakatçilerin, hasta ile sağlık profesyonelleri arasında arabuluculuk yaparak yanlış anlamaları önlemedeki rolü. Ayrıca, refakatçilerin hastaların bazı sorumlulukları (ör. hijyen ve iletişim) yerine getiremediği durumlarda kritik bir destek sağladığı vurgulanmıştır.

Han ve arkadaşları (2022) yaşlı bireylerin hastanede tedavisi sırasında zarar önlemenin, yalnızca hasta güvenliğini sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda aile

bakıcılarının psikolojik stresini azalttığını ve hastanın iyileşmesine yönelik rahatlama sağladığını ortaya koymuştur. Zarar önleyerek hasta güvenliğini sağlamanın hayati önem taşıdığı belirtilmiştir.

Bostwick ve Beesley (2018) yoğun bakım ünitelerinde ailelerin hasta güvenliğindeki kritik rolünü ele almıştır. Çalışmada, ailelerin doğal birer savunucu olduğu ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının aileleri vizitlere, tıbbi işlemlere ve yatak başı bakıma aktif olarak dahil etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, ailelerin endişelerini dile getirmesinin teşvik edilmesi ve politika geliştirme süreçlerine entegre edilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Ailelerin hasta bakımına sağladığı temel katkılar arasında duygusal güvenlik, hastanın beslenme, hijyen ve hareketine yardımcı olma, tıbbi işlemler sırasında fiziksel ve psikolojik destek sağlama yer almaktadır. Bu katkılar hem hastanede hem de taburculuk sonrası hasta güvenliğini artırmaktadır. Ayrıca, ailelerin tıbbi hataları fark ederek ek bir güvenlik katmanı oluşturduğu ve savunuculuk rolleriyle hata önlemeye katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Örneğin, hastaları el hijyeni uygulamalarına uyumunu teşvik ederek enfeksiyon risklerini azaltmakta ve kritik durumlarda sağlık personelinin bilgilendirilerek erken müdahale fırsatları yaratmaktadırlar. Çalışma, ailelerin hem fiziksel hem de duygusal düzeyde hasta güvenliğine önemli katkılar sunduğunu vurgulamaktadır. Sağlık sistemi, aileleri karar alma ve politika geliştirme süreçlerine entegre ederek güvenlik kültürünü güçlendirmelidir. Aile katılımının teşvik edilmesi, tıbbi hataların azaltılması ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir. Yazarlar, aile üyelerinin yoğun bakım süreçlerine aktif katılımının yalnızca fiziksel bakımda değil, aynı zamanda duygusal destek ve iletişim süreçlerinde de hasta güvenliğini artırabileceğini ortaya koymuştur. Sağlık ekiplerinin, ailelerin bu katkılarını teşvik ederek daha güvenli ve etkili bir bakım ortamı yaratabileceği ifade edilmiştir (Bostwick ve Beesley, 2018, s. 278).

Mackie ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir inceleme, yetişkin akut bakım servislerinde aile katılımını teşvik etmeye yönelik müdahalelerin hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini ortaya koymaktadır. Çalışmalarda, işlevsel

kapasite ve iletişim gibi alanlarda kaydedilen ilerlemeler rapor edilmiştir. Ancak, metodolojik eksiklikler ve müdahalelerin yetersiz bir şekilde tanımlanması, aile katılımının hasta sonuçları üzerindeki doğrudan etkisini kesin olarak kanıtlamayı zorlaştırmaktadır. Araştırmacılar, ailelerin müdahale tasarımına daha fazla katılım sağlamasının ve ekonomik değerlendirmelerin yapılmasının, hasta güvenliği ve bakım kalitesini artırmada daha etkili yaklaşımlar sunabileceğini vurgulamaktadır.

Khan ve arkadaşları (2016) pediatrik hastalara refakat eden ebeveynlerin tıbbi hata ve olumsuz olayları raporlaması sırasında, tehlikeli olmayan hataları tespit etmede daha az hassas bir yaklaşım sergileyebileceğini belirtmiştir. Bunun, ebeveynlerin bu tür hatalarla sık karşılaşmaması, tanık olmaması veya bu hataları belirlemek için daha karmaşık tıbbi bilgilere ihtiyaç duyulmasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, ebeveynlerin bu tür hataları tehlikeli hata olarak değerlendirme eğiliminde olduğu görülmektedir. Hasta ve aile raporları, sentinel hatalar (beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar) ve zararları tespit etmek için etkili bir araç olarak kullanılabilir. Çalışma, iletişim hatalarının tıbbi hata ve olumsuz olayların en önemli nedenlerinden biri olduğunu ve iletişimin hasta güvenliği üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Khan ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bu çalışmada, ailelerin iletişim ile güvenlik arasındaki bağlantıyı fark ettikleri belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca, doktorlar arasında iletişimi geliştirmeye yönelik stratejilerin, tıbbi hata ve olumsuz olayları azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir.

3. BÖLÜM

REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ İLİŞKİSİ

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin öncelikli hedeflerinden biridir. Bu hedef doğrultusunda, hasta ve refakatçilerle etkili bir iletişim kurmak büyük önem taşımaktadır. İyi bir iletişim, tıbbi hataları önlemede, hastanın ihtiyaçlarının doğru bir şekilde anlaşılmasında ve tedavi planlarının ortaklaşa oluşturulmasında kritik bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, hasta ve refakatçilerin endişelerini ve sorularını açıkça ifade etmelerinin, hasta güvenliğini artırdığını ve olumsuz olayların önlenmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

DSÖ Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı (HGI), güvenli bakıma yönelik iyileştirilmiş uygulamalar geliştirmek ve yaygınlaştırmak için karar vericilerin, ön saflardaki sağlık personelinin, hastalar ve onların refakatçilerinin taahhütleri gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2008). Raporda özellikle hastaların kendi sağlık durumu hakkında farkındalıklarını ve bilgilerini artırmak için çaba gösterilmesi gerektiğine değinilmiştir. Ayrıca HGI hastaların ve ailelerinin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde oynayabileceği rolü aktif olarak vurgulamaktadır (Longtin vd., 2010, s. 53).

Hasta katılımı, sağlık bakım süreçlerinin yeniden tasarımıyla giderek daha önemli bir bileşen olarak kabul edilmekte ve hasta güvenliğini artırmanın bir yolu olarak savunulmaktadır (Longtin vd., 2010). Hasta katılımı, çeşitli sağlık sorunlarına ilişkin karar verme sürecinde hastaların katılımını ifade edebilir, ancak kavram genellikle daha geniş anlamda, hastaların sağlık hizmetlerinin “birçok ve çeşitli yönlerine” katılan bireyler olarak anlaşılır. Hasta ve aile katılımı, daha kaliteli sağlık bakımı, daha verimli bakım ve gelişmiş nüfus sağlığı için umut verici bir yol sunar (Carman vd., 2013, s. 223).

Ulusal ve uluslararası akreditasyon kurumları önlenebilir tıbbi hataların ortadan kaldırılabilmesi amacı ile sağlık hizmet sunucularına personel, hasta ve ailesinin yaşadıkları tecrübelerle ilişkin “hata bildirim raporları” kullanılmasını önermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Hasta ve ailesinin tıbbi hata bildirimine yönelik tasarlanmış bir çalışma sonucunda, hastalar ve refakatçileri tarafından bildirilen hataların önde gelen nedeni, tanı ve tedavi ilişkili hatalar olarak ortaya konulmuştur. Söz konusu hatanın alt kategorisi ise teşhis ve tedavide yaşanan gecikme olarak belirtilmiştir. Çalışmada ikinci en yaygın kategorinin cerrahi veya prosedürle ilgili komplikasyonlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Uygulanan ankette yanlış bölge cerrahisinin %4,3 oranında ve hastada kalan yabancı cisimlerin %3,6 oranında olduğu belirtilmiştir. Hastaneyle ilişkili enfeksiyonlar çalışmada üçüncü en yaygın kategori olarak değerlendirilmiş, sepsisin en sık bildirilen komplikasyon olduğu ve ardından post-operatif enfeksiyonların geldiği belirtilmiştir. İlaç hataları dördüncü kategori olarak yer almıştır. Önemli bir yüzdesinin (%12,8) geçmişte alerjik reaksiyon gösterdiği bilinen ilaçları aldığını bildirmiştir (Southwick, Cranley, ve Hallisy, 2015, s. 622).

Ottosen ve arkadaşları (2021, s. 1) yaptığı çalışmada sağlık kuruluşları, hasta ve ailelerinin tüm deneyimlerini daha iyi anlayarak, bütünsel hasta bakımı takibi ve tedavinin sağlanması gerektiği, böylece olumsuz etkilerin bazılarını azaltarak, iyileşme sürecini teşvik etmek için açıklama ve çözüm programlarını güçlendirilebileceğine değinmiştir.

Hasta ve aile odaklı bakım yaklaşımının tanınması ve kabulü ile, refakatçilerin-hasta koruyucuların dahil edilmesi, sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmenin bir yolu olarak kabul edilmektedir. Hemşireler, hastalar ve refakatçiler arasındaki ortaklık ve iş birliği, hastanelerde bakımın standart bir bileşeni olarak görülmekte, ancak bunun nasıl uygulanması gerektiği belirtilmemektedir. Refakatçilerin hastane ortamlarındaki rolüne ilişkin belirsizlik, hemşireler ile refakatçiler

arasındaki iletişimin tutarsız ve etkisiz olmasına yol açmaktadır (Gwaza ve Msiska, 2022, s. 2).

Refakatçiler, hastalara fiziksel, psikososyal ve ruhsal bakım sunarlar. Refakatçilerin hastalar için yaptığı bazı aktiviteler şu şekilde sıralanmıştır: yara bandajı değişimi, oksijen verilmesi, intravenöz sıvıların durdurulması, hastaların beslenmesi, tuvalet ve kişisel hijyenlerine yardımcı olunması, hastalara savunuculuk yapmaları ve hastaların ilerlemesinin sağlık çalışanlarına bildirilmesi, hastaların rahatlatılmasına yardımcı olunması ve hastaların neler olduğunu anlamalarına yardımcı olunması için bilgi sağlamaları, hastaların durumları ve tercihlerine dair sağlık çalışanlarına önemli bilgiler vermeleri, hastaların hastanede iken ruhsal ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde önemli bir rol oynadıklarını ve hasta güvenliğini arttırdıklarını bildirmişlerdir (Gwaza ve Msiska, 2022, s. 11).

Hasta bakımında ailenin rolüne yönelik yürütülen bir çalışmada Papautsky ve arkadaşları (2017) 24 hasta yakınına “Hasta ailesinin/bakıcılarının hasta bakımındaki rolü nedir” diye sorulmuş ve %96 duygusal destek, %92 bakım kararı, %71 kişisel görevler, %75 yaşamın sonlandırılması olarak yanıtlamışlardır. Hasta veya aile tarafından hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik uygulamaları, işlemleri veya yaklaşımları fark ettiniz mi sorusuna katılımcıların %75’i evet yanıtını vermiştir. Katılımcıların %54’ü bu güvenlik konularının ilaçlarla, %46’sı düşmelerle, %33’ü tedavi ile, %25’i ise teşhis ile ilişkili güvenlik konularını yakaladığını bildirmiştir.

Son 20 yıldaki önemli çabalara rağmen, sağlık hizmetlerinde önlenabilir zararlar büyük bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Zararın azaltılmasıyla ilgili kanıta dayalı birçok etkili en iyi uygulama tanımlanmış olmasına rağmen, bunlar nadiren ulusal düzeyde paylaşılr ve birden fazla kuruluştaki etkin bir şekilde uygulanır. Önlenabilir zararı azaltmak, tüm paydaşların ortak, ısrarlı, koordineli çabasını ve güvenliğe yönelik bütüncül bir sistem yaklaşımını gerektirir. “Hastalar ve aileler, hastanede ve toplumda sağlık hizmetleri güvenliğinde önemli bir rol

oynamaktadır; tıbbi hataların katkı sağlayıcıları, tespit edicileri ve azaltıcıları olarak görev yapmaktadırlar”. (Rees, Wimberg, ve Walsh, 2018, s. 1). Bilgili ve güçlendirilmiş aileler, çocukları için önemli hasta savunucuları olabilirler ve hataların çocuklarına ulaşmasını ve dolayısıyla zarar vermesini önleyebilirler (Rees vd., 2018).

Uluslararası araştırmalar, erişkin hastaların yaşam sonu bakım ve yoğun bakımdaki bakım sürecinde refakatçilerin önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Bununla birlikte, hasta yakınları ve hasta güvenliği arasındaki ilişkiye ilişkin kanıtlar azdır. Van Rosse ve arkadaşları (2016) çalışmasında aile ve arkadaşlarla iş birliğini optimize etmenin hasta güvenliğini artırabileceğini belirterek, etnik azınlık kökenli hastaların yakınlarının hastane bakımındaki hasta güvenliğiyle ilişkili rollerini belirlemek amacı ile yürüttükleri çalışmada, hasta yakınlarına ilişkin (1) ziyaretçi aile üyesinden sosyal destek, (2) tercüman, (3) hasta ve (4) bakım sağlayıcı olarak dört rol belirlenmiştir. Bu rollerin, hasta güvenliği üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilmiştir. Aile üyelerinin, hastaların iyileşmesini hızlandırmak ve onlara sosyal destek sağlamak amacıyla aktif bir şekilde bakım sürecine katıldıklarını ancak, aynı zamanda bu katılımın, hasta güvenliği risklerini de artırabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırmada tanımlanan ziyaretçi rolü, aile üyelerinin hastalara moral ve sosyal destek sağlamalarını içermektedir ancak bazen hastaların diyet kısıtlamalarını ihlal etmeleri gibi güvenlik riskleri de doğurabildiği hastane çalışanlarının ifadelerinden anlaşılmıştır. Aile üyelerinin tercümanlık yapması, doğru bilgilendirme sağlanmadığı takdirde hasta güvenliğini riske atabilir. Ayrıca, hastaların tedavi ve hastalık yönetimi konusunda eksik bilgi sahibi olmaları durumunda, aile üyeleri hastanın yerini alarak güvenlik risklerini artırabilir. Aile üyelerinin bakım sağlayıcı rolünü üstlenmeleri de yaygındır. Özellikle kültürel olarak, bazı etnik grupların üyeleri, hastalarına daha yakın bir şekilde bakım sağlamak ve hemşirelerin iş yükünü hafifletmektedir. Ancak, bu durumda, tıbbi eğitim almamış olan aile üyelerinin müdahaleleri, yanlış anlamalara yol açabilir ve hasta güvenliği risklerini artırabilir. Ailelerin birden fazla rolü aynı anda üstlenmesi de sağlık profesyonelleriyle karışıklıklara ve hatalı iletişime neden olabilir. Sonuç olarak,

etnik azınlık hastaların yakınları hasta bakımında kritik bir rol oynamakla birlikte, bu katılımın hasta güvenliği üzerindeki etkileri dikkatle yönetilmelidir. Aile üyelerinin eğitim alması ve güçlendirilmesi, güvenlik risklerini azaltabilir. Ancak, hasta güvenliği sorumluluğu her zaman sağlık profesyonellerine aittir ve asla hasta yakınlarına devredilemez.

ABD'de iki hastanede gerçekleştirilen ve hastalar, aile üyeleri, hemşireler, hekimler, eczacılar ve fizyoterapistlerin algılarını ve tutumlarını inceleyen bir başka nitel çalışma, hastanede önlenebilir zararları ve güvenlik risklerini azaltmada hasta ve aile katılımını ele almıştır. Çalışmada, aile üyeleri açısından, aile varlığının güvenliği artırdığı, hastaların ve ailelerin aktif katılımının riskleri ve zararları azaltmak için önemli bir fırsat sunduğu, iletişimin ise bu süreçte kritik bir rol oynadığı ancak aile üyelerinin kendilerini yeterince dinlenmiş hissetmediği belirtilmiştir. Çalışma, bakımın artan karmaşıklığının, güvenliği artırmak amacıyla hasta ve ailelerle daha bilinçli bir ortaklık kurma ihtiyacını doğurduğu sonucuna varmıştır. Hasta ve ailelerin sağlık hatalarını azaltmada yer almasının potansiyel çözümler sunduğu ifade edilmiştir. Ancak, yapılandırılmış rehberlik eksikliği nedeniyle katılımcıların bu ortaklıkları nasıl geliştireceğini bilemedikleri ve sonunda birbiriyle çelişen faaliyetler gerçekleştirdikleri görülmüştür. Oysaki tüm taraflar yalnızca sağlık hizmetlerinin güvenliğini sağlamak istemektedir (Schenk vd., 2019, s. 77).

Schenk ve arkadaşları (2019, s. 76) yaptıkları çalışmada, klinisyenlerin hasta ve aile katılımını ideal bir hedef olarak gördüklerini belirtmiş ve aile katılımının klinik uygulamalardaki katkıları ve zorluklarına ilişkin bilgilere yer vermiştir. Buna göre aile katılımının faydalarını;

- Tarihsel bilgi sunma; ailelerin, hastanın sağlık, hastalık, klinisyenlerle ilişkileri ve günlük rutinleri hakkında bilgi sağlaması.
- Tedavi planına katkıda bulunma; aile üyelerinin, hastanın tedavi planını güçlendirerek süreci yönlendirmesi.

- Diğer katkılar; hastaların rahatlatılması, taburculuk planlamasına destek verilmesi, değişikliklerin fark edilmesi, ilaç listeleri veya uyku gibi davranışlara dair bilgilerin doğrulanması

şeklinde sıralarken, zorluklar ve sınırlamalara ilişkin;

- Çevresel faktörler ve aile dinamikleri; aile dinamikleri ve hasta/ailelerin klinisyen rolleri ile sağlık süreçlerine dair bilgi düzeyleri katılımı etkiler.

- Çelişkili aile müdahaleleri; ailenin istekleri hastanın istekleriyle uyuşmadığında sorunlar ortaya çıkabilir.

Cunningham ve arkadaşları (2016, s. 1362)'ne göre hastalar ve aileleri, sağlık hizmeti güvenliğini artırma çabalarında önemli bir rol oynamaktadır. Kanada'da hastaların ve ailelerinin güvenlik ortaklığına yönelik tercihlerini anlamaya yönelik yaptıkları çalışmada 1.084 hasta veya onların adına hareket eden kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcılar, güvenlik sorumluluğunu hastane personeline devreden bir model yerine, hastalar ve personel arasında ortaklıklara dayanan bir yaklaşımı tercih etmişlerdir. Kimlik bilgisi ve ilaç kontrolü gibi konularda hizmet noktasında güvenlik ortaklıklarına katılma fırsatını, anında risk azaltımı sağlayabileceği için değerli bulmuşlardır. Yaptıkları analizde çalışmaya katılan 1.084 katılımcıya yönelik aktif ve pasif katılımcı olarak tanımlanan iki boyut ortaya konulmuştur. Katılımcılardan 747 kişi hasta ailesi/refakatçi, 333 kişi hastadır. Hastaya refakat eden yakınlarının %76,6'sı aktif katılımcı, %23,4'ü pasif katılımcı olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, eğitim seviyesi, yaş grubu, cinsiyet, tedavi şekli ve göçmenlik durumunun aktif veya pasif katılım üzerinde belirgin etkiler gösterdiği bulunmuştur. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip, daha genç, ayakta tedavi gören ve İngilizce bilen bireyler aktif katılıma daha yatkındır.

Hastanede yatan hastaların düşme riskini azaltmada ailelerin rolü üzerine yapılan çalışmalar, aile katılımının hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemektedir. Örneğin, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %58,9'u hasta yanında refakatçi bulundurmanın düşmeleri

önlemede etkili bir yöntem olduğunu ayrıca, refakatçi desteğinin bu süreçte olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (Özdemir Ürkmez, ve diğerleri, 2015).

Başka bir çalışmada, hastaların düşme riskinin azaltılmasında ailelerin eğitiminin önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada, hasta ve ailelerine düşme riski konusunda eğitim verilmesinin, düşme insidansını azalttığı belirlenmiştir (Okse, 2018). İlâveten, ailelerin, hastaların hareketlerine yardım ederken veya çevresel düzenlemeler yaparken farkındalıklarının artırılması gerektiği ifade edilmiştir.

Ayrıca, dahili kliniklerde yatan hastalar üzerinde yapılan bir araştırma, hastanede yatan hastalarda düşme riskini azaltmada aile desteğinin ve bakımının rolünü ele almaktadır. Çalışma, hasta güvenliği ve düşme riskine yönelik aile katılımının önemini vurgulayarak bu süreçte karşılaşılan zorluklara değinmektedir. Aile üyelerinin, düşme riskini azaltmada aktif bir rol oynamasının hasta güvenliği üzerinde olumlu etkiler yaratabileceği belirtilmiştir. Ailelerin, hasta bakımında fiziksel destek sağlayarak (örneğin, hastanın güvenli bir şekilde hareket etmesine yardımcı olmak) ve çevresel düzenlemelere dikkat ederek düşme riskini azalttığı ifade edilmiştir. Ailelerin düşme önleme stratejileri konusunda genellikle yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu eksikliğin düşme riskini artırabileceği belirtilmiştir. Ailelerin, hasta hareketleri ve güvenli transfer yöntemleri, düşme riski değerlendirme ve çevresel düzenlemeler konusunda eğitim almasının önemine dikkat çekilmiştir. Aile üyeleri, hastaların hijyen, beslenme ve hareket gibi günlük ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda hastanın güvenliğini sağlamada önemli bir katkı sunmaktadır. Ailelerin bilgi ve rehberlik eksikliğinin, bakım sürecinde hata yapma olasılığını artırabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, ailelerin psikolojik stres altında olmasının, düşme risklerini fark etmede ve bu risklere karşı önlem almada zorluk yaratabileceği ifade edilmiştir. Sağlık personelinin, aileleri sürece daha etkin bir şekilde dahil etmesi ve onlara rehberlik etmesi önerilmiştir (Burucu vd., 2023).

Aile üyeleri, hastanın ihtiyaçlarını savunarak uygun transfer teknikleri ve ekipmanlarının kullanılmasını sağlayabilir ve hastanın konforunun ve onurunun korunmasına yardımcı olabilir (Alcindor ve Cadet, 2021).

Hastalar ve aileler, sağlık hizmetlerinde dönüşümsel değişime neden olmak, kalite ve güvenliği artırmak için deneyime, uzmanlığa, içgörüye ve perspektiflere sahiptir. Hastaların ve ailelerin kalitenin iyileştirilmesine ve sağlık hizmetinin yeniden tasarlanmasına ortak olarak katılması için açıkça tanımlanmış çeşitli rollerin tüm sağlık kuruluşları türlerinde yer alması gerekir (Johnson vd., 2008).



4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, kapsamı ve önemi, araştırmanın modeli ve hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı, verilerin toplanması ve analizi ve son olarak araştırmanın sınırlılıkları ile varsayımlarına ilişkin bilgilere yer verilecektir.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmanın amacı; refakatçi davranışları ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Çalışma kapsamında, refakatçi rollerinin belirlenmesi ve refakatçilerin hasta güvenliğine ilişkin davranışları ile belirlenen roller arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu amaçların ortaya konması için çalışma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Refakatçi rolleri/davranışları üzerinde etkili olan refakatçiye ait kişisel özellikler ve hastaya ilişkin özellikler nelerdir?
- Hastanın güvenliği üzerinde etkili olan refakatçi özellikleri ve rolleri nelerdir?

Çalışma konusunun seçilmesindeki en temel amaç Türkiye’de özellikle ikinci ve üçüncü basamakta refakatçi sisteminin yaygın olarak kullanılması ve refakatçilerin bakım sürecinde yer almasıdır. Literatür taraması sonucunda hasta güvenliği konusunda sağlık çalışanları ve hastalara ilişkin birçok çalışma yapılmış olmasına karşın, refakatçilere ilişkin yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sağlık hizmet sunucuları ile olan doğrudan etkileşimleri, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede önemli bir rol oynamasına rağmen, sağlık hizmeti sunumu esnasında hasta ve hastaya eşlik eden refakatçilerin deneyimleri nadiren ele alınmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde bu değerlendirmeyi destekleyen çalışmalar olduğu belirlenmiştir. Buna göre;

Turabian ve arkadaşları (2017) tıbbi görüşmede hastanın refakatçisinin ve sağlık çıktılarına yönelik incelemelerin oldukça az olduğunu belirtmiştir. Schilling ve arkadaşları (2002) refakatçilerin yetişkin tıbbi bakımdaki rolünün yaygın olmasına rağmen, yeterince incelenmediğini bildirmiştir. Clayman ve arkadaşları. (2005, s. 1584) aile üyelerinin ve refakatçilerin bakıma katılımının sıklığı, özellikleri ve etkisi hakkındaki bilgilerin, refakatçi davranışlarının hastaların aldığı tıbbi kararlar veya bakım üzerinde nasıl bir etki yarattığını inceleyen tanımlayıcı çalışmaların oldukça sınırlı olduğunu ifade etmektedir.

Boult ve arkadaşları (2009, s. 56) ailelerin ve hastaya eşlik eden refakatçilerin, hasta bakımındaki önemine giderek daha fazla değer verildiğini belirtmiştir. Ailelerin hasta bakımına katılımlarının hangi özelliklerinin hastalar için yararlı olduğu veya bakım kalitesi sonuçları açısından etkili olduğu konusundaki bilgiler ise sınırlıdır.

Hastalara yakınlarının refakat etmelerinin ve bakıma katılmalarının hastayı olumlu yönde etkilediği ve aynı zamanda, hastanın uyum ve iyileşme sürecini de hızlandırdığı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Tracey , 1990). Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalar, söz konusu etkinin refakatçi davranışlarına göre farklılık gösterdiğini de ortaya koymuştur. Diğer yandan literatürde, refakatçi varlığının veya eylemlerinin (olumlu ya da olumsuz), sağlık hizmetini hangi yönde etkilediği konusunda bir fikir birliği bulunmamıştır. Aile üyelerinin ve hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu hakkında değerli bilgiler verebileceği yaygın olarak kabul edilmektedir ve eşlik eden kişilerin hem hastanın durumunu hem de tedavinin ilerlemesini etkileyebileceği belirtilmektedir (Bloch, Minker, ve Grunebaum, 1968, s. 528).

ABD ve Avrupa ülkelerinde, hasta-doktor iletişimi geniş bir şekilde incelenmiş olsa da, tıbbi etkileşimlerdeki üçlü etkileşimle ilgili sınırlı sayıda ampirik çalışma bulunmaktadır. Üçlü etkileşimde yer alan refakatçinin rolleri üzerine teorik tartışmalar olmasına rağmen, refakatçinin hasta güvenliği sonuçları üzerindeki etkileri net değildir. Ayrıca, önceki çalışmalar çoğunlukla üçüncü kişinin var olup olmadığına odaklanmış olsa da üçüncü kişinin varlığının anlamı ve hasta güvenliğine etkisi, refakatçinin etkileşim sırasında gerçekten oynadığı role bağlı olarak değişebilir. Adelman ve arkadaşları (1987) tarafından vurgulandığı gibi, refakatçinin rolü homojen değildir ve refakatçi, hasta ve doktor için tek bir etkileşimde bile birden fazla işlev görebilir.

Türkiye’de, refakatçiler üzerine yapılan çalışmalar son zamanlarda başlamış olup, hasta güvenliğine etkisi üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması (15.11.2024 tarihi itibarıyla UlusalTez Merkezi, Ulakbim TR Dizini ve Web of Science platformlarında yapılan inceleme sonucu), konunun seçiminde etkili olan bir diğer husustur. Buradan hareketle bu çalışma konusunun hem alandaki uygulayıcılara hem de literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER

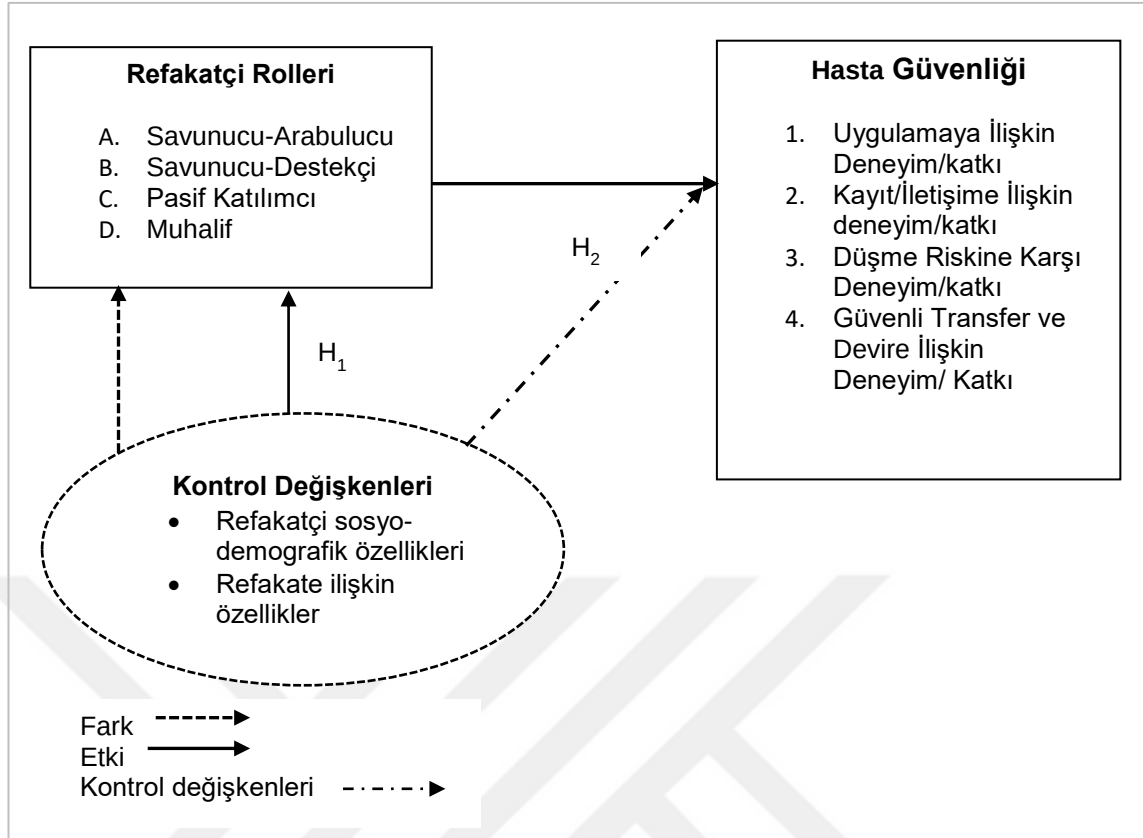
Araştırma kapsamında sosyo-demografik özellikler (Wolff vd., 2014; Dergal, 2011; Gürlek Kısacık ve Fırın, 2019; Elibol, 1996; Andrades, Kausar, ve Ambreen, 2013), hastanın ekipman kullanımı (Gürlek Kısacık ve Fırın, 2019), refakat süresi (Gürlek Kısacık ve Fırın, 2019), refakatçilerin savunucu-arabulucu, savunucu -destekçi, pasif katılımcı ve muhalif rolleri (Adelman vd., 1987; Beisecker, 1989; Beisecker ve Moore, 1994; Zhang ve Wu , 2025; Hitosugi-Levesque ve Wolff, 2014; Ishikawa H. , 2003; Glasser vd., 1992; Brown vd., 1998; Van Rosse vd., 2016; Schilling vd., 2002), hasta güvenliği ile ilişkili olarak uygulama deneyimi (Joint Commission International, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020), kayıt/iletişim (Joint Commission International, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Dergal, 2011; Andrades vd., 2013; Jansen vd.), düşme riski (Gürlek

Kısacık ve Fırın, 2019; Joint Commission International, 2017; Joint Commission, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020) ve güvenli transfere (Joint Commission International, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Dergal, 2011; Andrades vd., 2013) ilişkin deneyimler değerlendirilmiştir.

Araştırma amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler ve araştırma modeli (Şekil 2) aşağıda sunulmuştur. Buna göre araştırma hipotezleri;

H₁: Refakatçilerin sosyo-demografik özellikleri (a. cinsiyet, b. medeni durum, c. yaş, d. eğitim düzeyi, e. sağlık bakım bilgisi ve f. yakınlık derecesi) ve refakat ile ilgili özellikleri (g. hastanın ekipman kullanımı, h. refakat süresi) refakatçi rolleri (A. savunucu-arabulucu, B. savunucu-destekleyici, C. pasif katılımcı, D. muhalif) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir.

H₂: Refakatçi rolleri (A. savunucu-arabulucu, B. savunucu-destekleyici, C. pasif katılımcı, D. muhalif) hasta güvenliği (1. uygulama deneyimi, 2. kayıt/iletişim, 3. düşme riski, 4. güvenli transfer) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir.



Şekil 2 Araştırma Modeli

4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde hizmet veren ve bir kamu hastanesi olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi kardiyoloji kliniğinde refakatçisi olan yatan hastalar ve bu hastaların refakatçileri oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında kardiyoloji kliniğinin belirlenmesinde klinikte yatan hastaların refakatçi zorunluluğunun bulunması diğer bir ifadeyle refakatçi gerekliliği olan bir klinik olması ve refakatçinin hasta bakım sürecinde yer alması etkili olmuştur. Araştırmada örneklem seçilmeden beş aylık dönemde (22.11.2021 - 20.04.2022), yatan hastalara ve bu hastaların refakatçilerinin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamına hastanede en az 1 gece refakatçisi ile kalmış 18 yaş üstü, psikolojik ve fiziksel olarak cevap verebilecek hastalar ve hasta ile en az 1 gece hastanede kalmış psikolojik ve fiziksel olarak cevap verebilecek refakatçiler dahil edilmiştir.

4.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada verilerin toplanmasında dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu hasta ve refakatçilerin doldurabileceği şekilde ayrı ayrı düzenlenmiştir.

Anket formunun birinci ve ikinci bölümleri kontrol değişkeni olarak (bkz. Model 1) ifade edebileceğimiz; hasta ve/veya refakatçilerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı vb) ile refakate ilişkin özelliklerinin (hastaların sedasyon ya da anestezi alıp almadıkları, bakım ekipmanı kullanıp kullanmadıkları, hastanın refakatçisi ile yakınlık derecesi, refakatçilik süresi, refakatçinin bakım ihtiyaçları hakkında bilgi düzeyi, düşme riski ve genel sağlık durumu vb) yer aldığı 13 ifadeden oluşmaktadır.

Anket formunun üçüncü ve dördüncü bölümünde ise çalışmanın bağımlı/bağımsız değişkenlerini oluşturan refakatçi rolleri ve hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları değerlendirmek için kullanılan ifadeler yer almaktadır. Literatürde hem hastaların refakatçilerine ilişkin hem de hasta güvenliği konusunda çalışmalar olmasına rağmen (Adelman vd., 1987; Ellingson, 2002; Laidsaar-Powell vd., 2013; Turabian vd., 2017) refakatçi rolleri/davranışlarını belirlemeye yönelik ve refakatçi davranışları ile ilişkili hasta güvenliği uygulamalarını ölçmek amacıyla oluşturulan bir anket formuna ulaşılammıştır. Bu nedenle anket formu araştırmacı tarafından ulusal ve uluslararası düzeyde konu ile ilgili detaylı literatür taraması sonucunda (Bloch vd., 1968; Dergal, 2011; Gürlek Kısacık ve Fırın, 2019; Ishikawa H. , 2003) oluşturulmuştur. Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin ifadeler oluşturulurken ulusal ve uluslararası hasta güvenliği standartları incelenmiş ve uluslararası yaygın kullanımı olan JCI Akreditasyon Standartları ve T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları (HKS) temel alınmıştır. Anket formunda kullanılmak üzere oluşturulan ifadelerin şekillendirilmesinde uzman görüşlerinin yanı sıra araştırmanın yapılacağı klinikte görevli doktor ve hemşirelerin de görüşleri alınarak son şekli verilmiştir. Anket

formunun Refakatçi rolleri/davranışlarını belirlemeye yönelik geliştirilen bölümü 20 ifadeden oluşmakta olup; katılımcıların refakatçinin refakat esnasında göstermiş olduğu davranışları/rolleri belirlemeye yönelik yanıtlar 3'lü Likert tipinde (1=hiçbir zaman; 2=bazen ve 3=her zaman) bir skalaya göre düzenlenmiştir. Hasta güvenliğine yönelik tecrübeleri değerlendirmek için oluşturulan son bölüm ise 22 ifadeden oluşmakta olup; ifadelerle ilişkin yanıtlar 5'li Likert tipinde (1=hiçbir zaman ve 5= her zaman) bir skalaya göre düzenlenmiştir.

4.5. ETİK BEYAN

Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 17.03.2020 toplantı tarihi, GO 20/225 kayıt numarası ile etik kurul uygunluk onayı alınmıştır (Ek-6). Etik Kurul çalışmanın sonlanım tarihini 18.11.2020 olarak belirlemiş ancak içinde bulunulan pandemi koşulları nedeni ile Kurul'a iki defa süre uzatımı talebine ilişkin başvuruda bulunulmuştur. Etik Kurul pandemi nedeni ile başvuruyu olumlu değerlendirmiş ve 20.10.2020 tarihli toplantısında, çalışmanın yeni sonlanım tarihini 21.04.2021 olarak, ardından 20.04.2022 olarak belirlemiştir (Ek-7 ve Ek-8).

Çalışmanın uygulama aşamasının Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi planlanmış ve uygulamanın yapılabilmesi için Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 10.11.2021 tarihli karar ile çalışma için uygunluk onayı alınmıştır (Ek-9).

4.6. VERİ TOPLAMA ARACININ UYGULANMASI VE ANALİZİ

Gerekli izinler alındıktan sonra 22.11.2021 - 20.04.2022 tarihleri arasında 209 hasta ve 209 refakatçi olmak üzere toplam 418 kişiye ölçme aracı uygulanmıştır. Ölçme aracının uygulanması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bölüm başhemşiresi ve servis sorumlu hekimi ile birlikte

hareket edilerek hangi gün ve saatlerin görüşmeler için uygun olacağı planlanarak uygulamalar plan doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Hasta odalarına girişte, hasta ve refakatçi ile tanıştıktan sonra, çalışma hakkında kısa bilgi verilerek, çalışmaya katılıp katılamayacakları konusunda onayları alınmıştır. Ankette yer alan sorular araştırmacı tarafından hasta ve refakatçiye okunmuştur. Hasta ve refakatçinin birbirlerinin yanıtlarından etkilenmemeleri amaçlanmış ve bu doğrultuda, bire bir anket soruları yönetilmiştir. Anket, her bir katılımcı için, yaklaşık 30 dakika ile 60 dakika arasında gerçekleşmiştir. Görüşme süresinin uzunluğunda, soruların araştırmacı tarafından okunması ve açıklanması belirleyici bir rol oynamıştır.

Araştırma kapsamında toplanan veriler bilgisayar ortamına alındıktan sonra verilerin analizinde SPSS-23 (Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS-23 S (Analysis of Moment Structures) yazılım programları kullanılmıştır.

Araştırmada yer alan verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayılarından yararlanılmıştır. Literatürde çarpıklık ve basıklık değerlerinin farklı olabileceği görüşleri bulunmaktadır. Darren ve Paul (2010) kurtosis değerinin $\pm 1,0$ aralığında olmasının çoğu psikometrik amaç için mükemmel olarak kabul edildiğini, ancak $\pm 2,0$ aralığında bir değer de birçok durumda, uygulamanın niteliğine bağlı olarak kabul edilebilir olduğunu ifade etmektedir. Araştırma kapsamında refakatçi rollerine ilişkin verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri $-0,540$ ile $1,842$ aralığında, hasta güvenliğine ilişkin verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri ise $-1,492$ ile $1,432$ olarak tespit edilmiştir. Buna göre değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş ve bundan sonraki analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. İlk olarak araştırmada kullanılan soru formunun yapı geçerliğini belirlemek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Soru formlarının güvenilirlik analizlerini belirlemek için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) hesaplanmıştır.

Geçerlik ve güvenirlik analizi sonucunda refakatçi rolleri ve hasta güvenliğini ölçmeye yönelik nihai ifadeler belirlenmiştir. Hasta ve refakatçilerin anket formunda yer alan ifadelere verdikleri cevaplara ilişkin tanımlayıcı bulguları belirlemek için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır.

Araştırma amacına uygun olarak hipotezleri test etmek amacıyla analizler iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, refakatçi rolleri ve hasta güvenliği uygulamalarının refakatçilerin sosyo demografik özellikleri ve refakate ilişkin özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik tek değişkenli analizler (t-testi ve ANOVA testi) uygulanmıştır. Bu analizler sonucunda anlamlı çıkan değişkenler ikinci aşamadaki çok değişkenli analizlere dahil edilmiştir. İkinci aşamada, refakatçi rolleri ve hasta güvenliği uygulamaları üzerinde etkili olan faktörleri belirlemek için çok değişkenli analizler (doğrusal regresyon analizi) kullanılmıştır. Bu analizlerde refakatçiler ve hastalara ilişkin veriler birleştirilerek analize dahil edilmiştir.

4.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Kesitsel nitelikte gerçekleştirilen bu çalışma, Ankara ilinde yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bilkent Şehir Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yatan ve refakatçisi olan hastaları kapsamaktadır. Dolayısıyla araştırmanın bulguları diğer hastane ve/veya kliniklerde yatan hasta ve refakatçilere genellenemez.

Refakatçi rollerinin belirlenmesi ve hasta güvenliğine ilişkin refakatçi davranışlarına yönelik geliştirilen bir ölçeğin bulunmaması nedeniyle ilgili değişkenlere ilişkin anket formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Özellikle çalışma kapsamında ele alınan konulardan hasta güvenliği, geniş kapsamlı ve çok yönlü faktörlerin etkisinde olan bir kavram olup, çalışma kapsamında refakatçi davranışları ile ilgili olabileceği düşünülerek oluşturulan ifadelerle sınırlıdır. Aynı şekilde insanlar arası ilişkiler, ailenin normları ve işlevleri toplum

ve kültürle derinden bağlantılı olduğundan, refakatçinin tıbbi etkileşimlerdeki rolü ve etkisi farklı kültürlerde benzer olmayabilir.

Çalışma kapsamındaki diğer bir sınırlılık ise refakatçi rolü ve hasta güvenliği değişkenlerine ilişkin değerlendirmeler hasta ve refakatçi bakış açısını yansıtmakta olup, sağlık hizmet sunucu görüşünü yansıtmamaktadır.

4.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırma konusu ile ilgili olarak kültürün, toplumsal yapının ve inançların bakım vermedeki rolünün farklı gruplara göre değişebileceği (Fredman, Daly, ve Lazur, 1995) göz önünde bulundurulduğunda çalışma kapsamına dahil olan kişilerde bu farklılıkların olmadığı varsayılmıştır.

5. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında kullanılan soru formlarının geçerlik ve güvenirlik bulgularına, araştırmayla ilgili tanımlayıcı bulgulara ve hipotezlerle ilgili analitik bulgulara yer verilmiştir.

5.1. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZİ

İyi tasarlanmış bir bilimsel araştırmada, veri toplama aracının güvenirliği ve geçerliği, elde edilen bulguların genellenebilirliği ve tekrarlanabilirliği için kritik öneme sahiptir. Veri toplama aracının güvenirliği ve geçerliği, bilimsel araştırmanın sonuçlarını doğrudan etkiler. Bilimsel araştırmalarda kullanılan ölçme araçları, söz konusu niteliklere sahip olmalıdır.

Güvenirlik ve geçerlik, bir araştırmada veri toplama için herhangi bir ölçüm metodolojisinin değerlendirilmesinde en önemli ve temel alanlar arasındadır. Geçerlik, bir ölçme aracının neyi ölçtüğü ve bunu ne kadar iyi yaptığı ile ilgilidir. Güvenirlik ise, elde edilen verilerin doğruluğu ve herhangi bir ölçme aracının rastgele hatayı ne ölçüde kontrol ettiği ile ilgilidir (Ercan ve Kan, 2004).

Bir araştırmanın geçerliği, veri veya sonuçların ölçülmesinin ne kadar doğru olduğunun değerlendirilmesiyle ilgilidir, güvenirliği ise elde edilen verilerin tutarlılığıyla ilgilidir. Güvenirlik ve geçerlik, araştırmanın kalitesini değerlendirmek için kullanılan ve birlikte bir metodolojinin, veri toplama tekniğinin veya veri analizinin çalışma değişkenlerini veya parametrelerini ölçmek için ne kadar iyi planlandığını belirten temel kavramlardır. Araştırma aracının doğruluğunu ve tutarlılığını, yani sırasıyla geçerliğini ve güvenirliğini değerlendirmenin önemi literatürde bildirilmiştir (Ercan ve Kan, 2004).

Aynı metodolojiyi benzer koşullar altında uygulayarak aynı sonuca tutarlı bir şekilde ulaşılabiliyorsa ölçüm güvenilir kabul edilir. Örneğin, farklı zamanlarda ancak aynı koşullar altında su sıcaklığının ölçülmesinde termometre her zaman aynı sıcaklığı gösteriyorsa, sonuçların güvenilir olduğunu kanıtlar. Buna karşılık, farklı klinisyenler tarafından bir hastalığı teşhis etmek için bir semptom anketi kullanılması aynı teşhisi vermede başarısız olursa, anketin o hastalığı ölçme açısından düşük bir güvenilirliğe sahip olduğunu gösterir. Benzer şekilde, bir semptom anketinin sonuçları, farklı klinisyenler tarafından farklı zamanlarda veri toplandığında güvenilir bir tanı gösteriyorsa, bu anketin o tıbbi durumda tanı ölçümü olarak yüksek geçerliğe sahip olduğunu gösterir (Ishtiaq ve Sundas, 2021, s. 2402) Genel olarak geçerlik, bir çalışmanın katılımcıları arasında ve çalışmaya katılmayan benzer bireyler arasında verilerin gerçek bulguları ne kadar iyi temsil ettiği anlamına geldiği söylenebilir. Geçerlik, bir aracın güvenilir olmasını gerektirir ancak bir araç güvenilir olabilir fakat geçerli olmayabilir.

Geçerlik ve güvenilirlik anlam olarak özetlemek gerekirse; güvenilirlik, araştırma aynı koşullar altında tekrarlandığında sonuçların ne ölçüde yeniden üretilebildiğidir, geçerlik ise sonuçların gerçekten ölçmeleri gereken şeyi ne ölçüde ölçtüğüdür.

Cronbach alfa, ölçeklerin değerlendirilmesinde önemli bir kavramdır. Değerlendiricilerin ve araştırmacıların verilerinin yorumlanmasına geçerlik ve doğruluk katmak için bu niceliği tahmin etmeleri zorunludur (Tavakol ve Dennick, 2011, s. 54).

Cronbach alfa, bir grup öğenin birbirleriyle ne kadar ilişkili olduğunu gösteren bir iç tutarlılık ölçüsüdür. Değeri 0 ile 1 arasında değişir ve daha yüksek değerler daha yüksek güvenilirlik anlamına gelir. Cronbach alfa katsayısı $0,9 \leq \alpha$ ise mükemmel iç tutarlılık, $0,8 \leq \alpha < 0,9$ arasında ise iyi iç tutarlılık, $0,7 \leq \alpha < 0,8$ arasında ise kabul edilebilir iç tutarlılık, $0,6 \leq \alpha < 0,7$ arasında sorgulanabilir iç tutarlılık, $0,5 \leq \alpha < 0,6$ arasında ise zayıf iç tutarlılık ve $\alpha < 0,5$ ise kabul edilemez iç tutarlılık olarak kabul edilmektedir (Carlos G., 2014).

5.1.1. Refakatçi Rollerine İlişkin Ölçme Aracının Geçerlik Analizi

Çalışma kapsamında refakatçi rollerinin belirlenmesi amacıyla 20 ifadeden oluşan refakatçi rolleri anketinin geçerlik analizi kapsamında AFA ve DFA yöntemlerinden yararlanılmıştır. AFA sonuçları Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri ve Barlett Küresellik testi değerlerine göre yorumlanmaktadır. Literatüre göre KMO değerlerinin 0,5 ile 1,0 arasında olması gerekir ve 0,5'in altındaki değerler örneklemin faktör analizi için yeterli olmadığını gösterir. Faktör analizi yapabilmek için veri setinin çok değişkenli normalliği sağlayıp sağlamadığı Bartlett Küresellik Testi ile değerlendirilmektedir. Bartlett'in küresellik testinde 0,05'ten küçük bir p değeri, verilerin çok değişkenli normal dağılım sağladığı anlamına gelmektedir (Bartlett, 1950). Literatürde sosyal bilimlerde çok faktörlü ölçme araçlarında madde faktör yükleri toplam varyansın %40 ila %60'ını açıklıyorsa bu yeterli kabul edilmektedir. Alpar (2013, s. 278) değişkenlere özgü varyansın 0,50 ile 0,70 arasında olmasının kabul edilebilir düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Faktör analizinde, bir ölçeğin faktör yapısının gücü, açıklanan toplam varyans oranıyla doğrudan ilişkilidir; yani, varyans oranı ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlüdür (Alpar, 2013).

Refakatçi rollerini ifade eden 20 soruluk veri seti için yapılan AFA sonucunda; KMO örneklem yeterliliği 0,761; Bartlett Küresellik Test değeri 2184,046 ($p < 0,001$) bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu belirlenmiştir. Dört faktör altında toplanan 20 ifadeye ilişkin yapılan incelemede 5 ifadenin (4, 7, 10, 11, ve 16 nolu ifadeler) faktör yüklerinin bozucu etkiye sahip olduğu ($< 0,40$ olması ve iki farklı faktör altında yer almaları gibi) tespit edildiği için veri setinden ilgili ifadeler çıkartılarak kalan 15 ifadeye tekrar faktör analiz yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0,776, Bartlett Küresellik Testi istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,001$) olduğu görülmüş ve faktör analizi için yeterli örnekleme sahip olduğu değerlendirilmiştir. Yapılan bu ikinci analiz sonucunda dört faktör altında toplanan ifadelerin açıklanan varyansı %58,087 olarak bulunmuştur. Bu

dört faktörden; Faktör 1: savunucu-arabulucu alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,715 ile 0,821 arasında; Faktör 2: savunucu-destekçi alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,613 ile 0,812 arasında; Faktör 3: pasif katılımcı alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,597 ile 0,780 arasında; son olarak Faktör 4: muhalif alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,583 ile 0,645 arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan incelemede maddelerin toplandıkları faktörlerin kavramsal olarak tutarlı olduğu ve faktör yüklerinin tamamının 0,40'tan büyük olduğu yani kabul edilebilir seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Refakatçi Rollerine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Örneklem Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı		,776	
Bartlet Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	1780,094	
	Serbestlik Derecesi	105	
	Anlamlılık	<0,001	
Açıklanan Toplam Varyans		58,087	
Cronbach Alfa		,712	
Refakatçi Davranışı/Rolleri			
	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Savunucu-Arabulucu			
Doktorun dediklerini bana hatırlatır/hatırlatırım.	,821	17,778	,809
Doktorla benim aramda geçen diyalogları hem bana hem de doktora ayrıntılı biçimde açıklar/hatırlatırım.	,774		
Sağlık personeli ile iletişim kurmamı kolaylaştırır/kolaylaştırırım.	,730		
Anlamakta güçlük yaşadığım konuları netleştirmeme yardımcı olur/olurum.	,715		
Faktör 2: Savunucu-Destekçi			
Doktorla birlikte karar alırken beni destekler/desteklerim (ör: kullanacağınız/kullanacağı ilaç formunun rahatlıkla kullanabileceğiniz/kullanabileceği türden olmasını önermek).	,812	16,420	,763
Sağlık çalışanlarına benim hakkımda tıbbi bilgi desteği sağlar/sağlarım.	,763		
Refakatçimin/hastanın yaşayabileceğim/yaşayabileceği sorunlara yönelik çok iyi bir içgörüsü/içgörüm vardır.	,738		

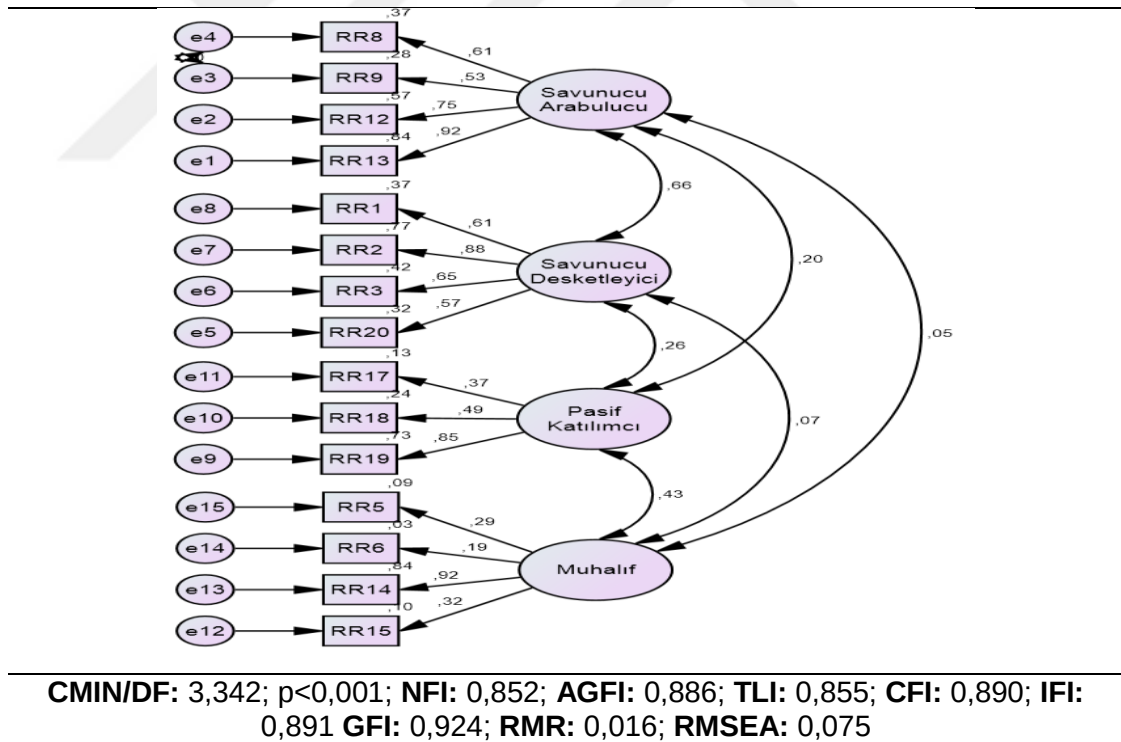
Tablo 1 (Devamı)

	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Sağlık çalışanlarına, benimle/hasta ilgili ve sağlığını geliştirici sorular sorar/sorarım.	,613		
Faktör 3: Pasif Katılımcı			
Sağlığımla ilgili kararları refakatçim verir/hastanın sağlığı ile kararları ben veririm.	,780		
Refakatçimden/hasta tuvalete gitmek, banyo yapmak için /benden yardım alırım/alır.	,727	12,407	,573
Refakatçi değişimleri sorun yaşamama/yaşamamasına neden olur.	,597		
Faktör 4: Muhalif			
Üçüncü kişilerle konuşurken benden/hastadan “o, şu, bu” gibi ifadelerle bahseder/bahsederim.	,645		
Sağlık personeli ile tıbbi görüşme sırasında ani konu değişikliği yapar/yaparım.	,634	11,482	,530
Genel olarak beni/hastayı küçümser/küçümserim.	,630		
Sağlık bakımı konusunda beni/hastayı yetersiz görür/görürüm.	,583		

AFA sonucunda elde edilen modele Maksimum Olabilirlik Metodu (ML) parametre kestirim yöntemi ile DFA yapılmıştır. Modelin uyum yeterliğini değerlendirmek için şu indeksler kullanılmıştır: CMIN/DF (Chi-Square/Degree of Freedom); ki-kare istatistiğinin serbestlik derecesine oranını gösterir. IFI (Incremental Fit Index); artan uyum indeksi, modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. RMR (Root Mean Square Residual); modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation); yaklaşık hataların ortalama karekökünü gösterir. CFI (Comparative Fit Index); karşılaştırmalı uyum indeksi, modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. TLI (Trucker-Lewis Index); ölçeklendirilmemiş uyum indeksi, modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. NFI (Normed Fit Index); normlaştırılmış uyum indeksi, modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. GFI (Goodness of Fit Index); iyilik uyum indeksi, modelin gözlemlenen verilere uyumunu değerlendiren bir indekstir. Literatürde belirtilen uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırları; $\chi^2/sd \leq 5$; $IFI \geq 0,90$; $RMSEA \leq 0,10$; $TLI \geq 0,90$; $NFI \geq 0,90$;

GFI $\geq$ 0,90; CFI $\geq$ 0,90 olarak ifade edilmektedir. RMR değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 0'a yaklaştıkça iyi uyum belirtmektedir (Hu ve Bentler, 1998; Schumacker ve Lomax, 2010).

Dört boyut ve 15 madde ile kurulan modele DFA yapılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda modele ilişkin uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmadığı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve üçüncü ve dördüncü maddelerin (e3 <-> e4) hata terimleri arasındaki modifikasyon indekslerinin değişim oranının önerilen modifikasyonlar arasında en yüksek değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Test edilen modelde ilgili hata terimleri arasına kovaryans eklenerek model tekrar test edilmiştir. Yapılan modifikasyonlar sonucunda modele ilişkin uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir (Şekil 3).



Şekil 3 Refakatçi Roller Ölçme Aracına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

5.1.2. Hasta Güvenliği Uygulamaları Ölçme Aracının Geçerlik Analizi

Çalışma kapsamında bağımlı değişken olarak belirlenen hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin 22 ifadeden oluşan hasta güvenliği anketinin geçerlik analizi kapsamında AFA ve DFA yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Hasta güvenliği uygulamalarını ifade eden 22 soruluk veri seti için yapılan AFA sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,862; Bartlet Küresellik Test değeri 5472,044 ($p < 0,001$) bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu belirlenmiştir. Dört faktör altında toplanan 22 ifadeye ilişkin yapılan incelemede 3 ifadenin (5, 7 ve 9 nolu ifadeler) faktör yüklerinin bozucu etkiye sahip olduğu tespit edildiği için veri setinden ilgili ifadeler çıkartılarak kalan 19 ifadeye tekrar faktör analiz yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,876; Bartlet Küresellik Test değeri 4654,662 ($p < 0,001$) bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda ifadelerin %65,16 açıklanan varyans değeri ile dört boyutta toplandığı görülmüştür (Tablo 2). Uygulamaya ilişkin deneyim/katkı alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,518 ile 0,842 arasında; kayıt/iletişime ilişkin deneyim/katkı alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,537 ile 0,864 arasında; düşme riskine karşı deneyim/katkı alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,564 ile 0,888 arasında; son olarak güvenli transfer ve devire ilişkin katkı alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,618 ile 0,832 arasında olduğu belirlenmiştir. Yapılan incelemede maddelerin toplandıkları faktörlerin kavramsal olarak tutarlı olduğu ve faktör yüklerinin tamamının 0,40'tan büyük olduğu yani kabul edilebilir seviyede olduğu tespit edilmiştir.

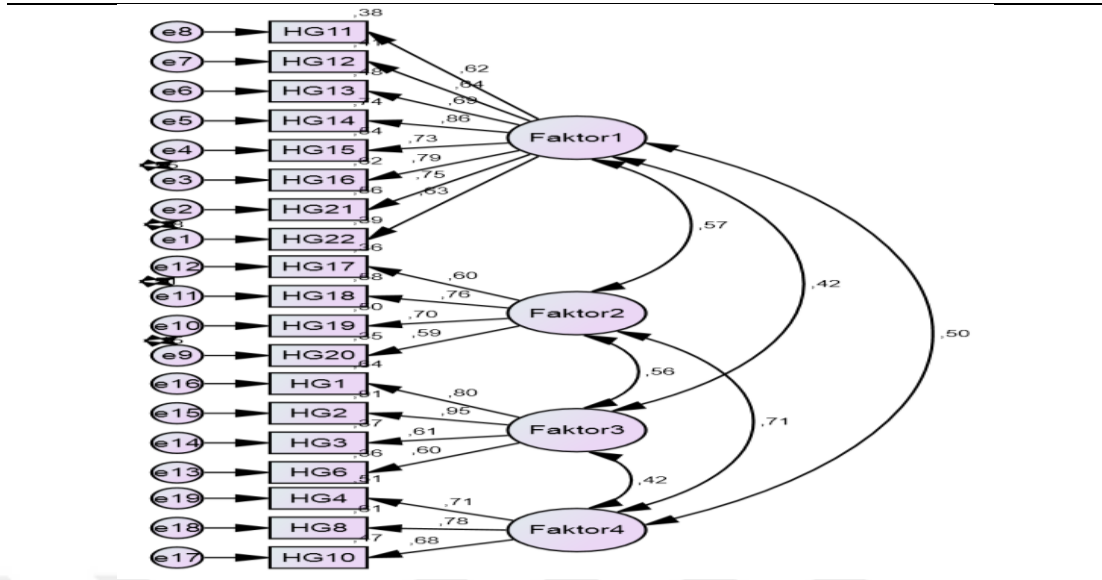
Tablo 2. Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulama Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Örneklem Yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı		,876	
Bartlet Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	4654,662	
	Serbestlik Derecesi	171	
	Anlamlılık	<0,001	
Açıklanan Toplam Varyans		65,160	
Cronbach Alfa		,892	
Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamalar			
	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Uygulamaya İlişkin Deneyim/katkı			
Sağlık görevlilerinin belirlediği seviyede, bağımsız hareket edebilmemi/edebilmesini destekler/desteklerim.	,842	24,466	,890
Sağlık çalışanlarının verdiği bakım ile ilişkili görevleri zamanında uygular/uygularım.	,806		
Yattığım/yattığı alanın temiz ve düzenli olmasını sağlar/sağlarım.	,784		
Almam/alması gereken katı ve sıvı gıdalar konusunda bilgilidir/bilgiliyim ve tüketimimi/tüketimini kontrol eder/ederim.	,762		
Rahatsızlığımı/rahatsızlığımı giderici önlemler alır/alırım.	,758		
Aktivite sınırlarımı/sınırlarını bilir ve ona göre hareket ettirir/ettiririm.	,595		
En iyi/en güvenli bakımı alabilmem/alabilmesi için bölüm çalışanları ile organize olur/olurum.	,589		
Korkularımı/korkularını ve kaygılarımı/kaygılarını anlar ve onları giderici çabada bulunur/bulunurum.	,518		
Faktör 2: Kayıt/İletişime İlişkin deneyim/katkı			
Tıbbi kayıt sırasında kimlik bilgilerim/bilgileri alınırken refakatçim/hastaya yardımcı olur/olurum.	,864	14,281	,810
Refakatçim/hastanın sorunlarımı/sorularını ve endişelerimi/endişelerini iyi açıklamamda yardımcı olur/olurum.	,794		
Temel bilgilerime/bilgilerine ilişkin kayıtları kontrol eder/ederim.	,736		
Refakatçimin olması/ refakatçi olmam sağlık çalışanlarının daha detaylı bilgi vermesinde etkili olur.	,537		

Tablo 2. (Devamı)

Faktör 3: Düşme Riskine Karşı Deneyim/katkı			
Yatak içindeyken yatak frenlerinin kilitli olmasına dikkat eder/ederim.	,888		
Yatak içindeyken yatak kenarlıklarının kaldırılmış olmasına dikkat eder/ederim.	,859		
		14,190	,818
Ben/hasta hareket halindeyken zeminin ıslak ya da kuru olma durumuna dikkat eder/ederim.	,641		
Yatacağım/yatacağı ya da oturtacağım/oturacağı yerin fiziksel durumuma uygun özellikte olmasına dikkat eder/ederim.	,564		
Faktör 4: Güvenli Transfer ve Devire İlişkin Katkı			
Hasta odasından ayrılması/ayrılmam gereken durumlarda beni/hastayı başkasına emanet ederek odadan ayrılır/ayrılırım.	,832		
Yanımdan/yanından ayrılırken ya da diğer bir refakatçi ile değişim yapacağı/yapacağım zaman sağlık çalışanlarını bilgilendirir/bilgilendiririm.	,752	12,223	,754
Hastane bölümleri arasında transferlerde yanımda/yanında olarak, bilgi problemlerinin yaşanmasını önler/önlerim.	,618		

AFA sonucunda elde edilen modele Maksimum Olabilirlik (ML) parametre kestirim yöntemi ile DFA yapılmıştır. Dört boyut ve 19 ifade ile kurulan model için yapılan değerlendirmeler sonucunda modele ilişkin uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmadığı görülmüştür. Bu nedenle modifikasyon indeksleri incelenmiş ve (e3 <-> e4, e1 <-> e2, e9 <-> e10, e11 <-> e12) hata terimleri arasındaki modifikasyon indekslerinin değişim oranı önerilen modifikasyonlar arasında yüksek değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Test edilen modelde ilgili hata terimleri arasına kovaryans işareti ilave edilerek model tekrar test edilmiştir. Yapılan modifikasyonlar sonucunda modele ilişkin uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir (Şekil 4).



CMIN/DF: 4,027; $p < 0,001$; NFI: 0,884; AGFI: 0,837; TLI: 0,887; CFI: 0,910; IFI: 0,910; GFI: 0,884; RMR: 0,035; RMSEA: 0,085

Şekil 4 Hasta Güvenli Uygulamaları Ölçme Aracına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

5.1.3. Ölçme Araçlarına Yönelik Güvenilirlik Analiz Bulguları

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar, ifade sayıları ile Cronbach Alfa değerleri Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3. Kullanılan Ölçme Aracına İlişkin Güvenirlik Analiz Sonuçları

Ölçme Aracı/Boyutlar	Ort.	S.S.	İfade Sayısı	Cronbach ' Alfa
Refakatçi Davranışı/Rolü			15	,712
* Savunucu-Arabulucu	2,88	0,30	4	,809
* Savunucu-Destekçi	3,05	0,54	4	,763
* Pasif Katılımcı	1,72	0,63	3	,573
* Muhalif	1,18	0,27	4	,530
Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamalar			19	,892
* Uygulamaya İlişkin Deneyim/Katkı	4,85	0,37	8	,890
* Kayıt/İletişime İlişkin Deneyim/Katkı	4,27	0,97	4	,810
* Düşme Riskine Karşı Deneyim/Katkı	4,73	0,47	4	,818
* Güvenli Transfer ve Devire İlişkin Deneyim/Katkı	4,63	0,66	3	,754

Refakatçi rollerine ilişkin oluşturan ifadelerle verilen cevapların güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından savunucu arabulucu boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,809; savunucu destekleyici boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,763; pasif katılımcı boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,573; muhalif boyutunun ise Cronbach Alfa değeri 0,530 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa değeri ise 0,712 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık katsayılarının tamamının 0,5'ten büyük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ölçme aracından elde edilen sonuçların güvenilir olduğu yorumu yapılabilir (Tablo 3).

Hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin oluşturan ifadelerle verilen cevapların güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından uygulamaya ilişkin deneyim/katkı boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,890; kayıt/iletişime ilişkin deneyim/katkı boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,810; düşme riskine karşı deneyim alt boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,818; güvenli transfer ve devire ilişkin katkı ise Cronbach Alfa değeri 0,754 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa değeri ise 0,892 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 3).

5.2. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hasta ve refakatçilerinin bireysel özelliklerine, refakatçinin refakat esnasında göstermiş olduğu davranışlara ilişkin sorulara ve hasta güvenliği ile ilişkili hasta/refakatçi kaynaklı olaylara yönelik araştırma kapsamında kullanılan anket formunda yer alan sorulara vermiş oldukları cevaplarla ilişkili tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

5.2.1. Araştırma Kapsamında Hasta ve Refakatçilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan hasta ve refakatçilerin bireysel özelliklerine yönelik sosyo-demografik bilgileri Tablo 4'de sunulmuştur.

Çalışmada toplam görüşülen kişi sayısı 418 kişidir. Bu kişilerin 209'u görüşme yapılan hastalar, 209'u ise bu hastaların refakatçilerinden oluşmaktadır. Bu kapsamda araştırmaya katılan hastaların %58,9'u, refakatçilerin %73,2'si kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların %41,1'i, refakatçilerin %26,8'i erkektir. Çalışmaya katılan hastaların %10'u 40 yaşın altında, %35,9'u 41-65 yaş aralığında ve %54,1'i 66 yaş üstündedir. Diğer yandan refakatçilerin %20,6'sı 40 yaşın altında, %56,9'u 41-65 yaş arasında, %22,5'i ise 66 yaş üstündedir. Araştırmaya katılan hastaların %10'u, refakatçilerin %5,7'si okuryazar, hastaların %34,4'ü, refakatçilerin %24,9'u ilkokul, hastaların %6,2'si refakatçilerin %5,3'ü ortaokul, hastaların %26,8'i refakatçilerin %28,2'si lise, hastaların %17,2'si refakatçilerin %29,2'si lisans/ön lisans, hastaların %5,3'ü refakatçilerin %6,7'si ise lisansüstü mezunu olduğu belirtmiştir. Ayrıca katılımcılardan hastaların %28,7'si refakatçilerin ise %29,2'si tam gün çalıştıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgileri

		Hasta		Refakatçi	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	123	58,9	153	73,2
	Erkek	86	41,1	56	26,8
Medeni Durum	Evli	181	86,6	174	83,3
	Bekâr	28	13,4	35	16,7
Yaş	≤40	21	10,0	43	20,6
	41-65	75	35,9	119	56,9
	≥66	113	54,1	47	22,5
Eğitim Durumu	Okur Yazar	21	10,0	12	5,7
	İlkokul	72	34,4	52	24,9
	Ortaokul	13	6,2	11	5,3
	Lise	56	26,8	59	28,2
	Lisans/Ön lisans	36	17,2	61	29,2
	Lisansüstü	11	5,3	14	6,7
Çalışma Durumu	Tam gün	60	28,7	61	29,2
	Yarım gün	2	1,0	7	3,3
	Ev hanımı	68	32,5	83	39,7
	Öğrenci	4	1,9	2	1,0
	Emekli	69	33,0	37	17,7
	İşsiz	6	2,9	19	9,1

Araştırmaya katılan hastaların, kendilerine eşlik eden refakatçilerinin hastaya yönelik sağlık bakımı konusundaki bilgi düzeyleri, hastanın durum değerlendirilmesi ve yakınlık düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 5’de verilmiştir. Hastaların, kendilerine eşlik eden refakatçilerinin hastaya yönelik sağlık bakımı konusundaki bilgi düzeylerini %56,5’i çok bilgili, %30,6’sı biraz bilgili, %11’inin az bilgili ve %1,9’unun hiç bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Refakatçiler ise hastanın sağlık bakımı konusundaki bilgi düzeylerinin %51,7’si çok bilgili, %39,2’si biraz bilgili, %8,1’i az bilgili ve %1’i ise hiç bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Hastanın sağlık durumunun değerlendirildiği soruya hastaların %59,3’ünün kendilerinin çok yakında iyileşeceğine yönelik yanıt verirken, %9,1’i ise durumun nispeten ciddi olduğunu ifade etmiştir. Refakatçilere göre ise hastalarının çok yakında iyileşeceği yönünde yanıt verenlerin oranı %69,9’dur. Refakatçilerin %5,3’ü ise hastanın durumunun nispeten ciddi olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hasta ve refakatçi arasındaki yakınlık derecesine bakıldığında, refakatçilerin %34,9’unun hastanın eşi, %7,3’ünün hastanın çocuğu/torunu olduğu, %37,3’ünün hastanın anne/babası olduğunu, %14,8’i hastanın kardeşi olduğunu ve %5,7’sinin ise hastaya bakım veren özel bakım elemanı olduğu belirtilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta ve refakatçilerine ilişkin bilgiler

		Hasta		Refakatçi	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Refakatçi Bilgi Düzeyi (Sağlık Bakımı konusunda)	Çok	118	56,5	108	51,7
	Biraz	64	30,6	82	39,2
	Az	23	11,0	17	8,1
	Hiç	4	1,9	2	1,0
Hastanın Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi	Çok yakında iyileşir	124	59,3	146	69,9
	Stabilize olup ve bir süre sonra iyileşir	66	31,6	52	24,9
	Durum nispeten ciddi	19	9,1	11	5,3

Tablo 5. (Devamı)

	Hasta		Refakatçi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Refakatçi-Hasta Yakınlık Derecesi	Eşi		73	34,9
	Çocuğu/Torunu		78	37,3
	Annesi/Babası		30	7,3
	Kardeşi		31	14,8
	Bakım Elemanı		12	5,7

5.2.2. Araştırma Kapsamında Refakat Edilen Hastaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamındaki refakat edilen hastaya ilişkin özellikler elde edilmiş ve Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Çalışma Kapsamındaki Refakat Edilen Hastaya İlişkin Özellikler

		Sayı	Yüzde
Anestezi alma durumu	Evet	73	34,9
	Hayır	136	65,1
Ekipman Kullanma Durumu	Evet	28	13,4
	Hayır	181	86,6
Refakat Süresi (Gün)	1-2	89	42,6
	3-4	54	25,8
	5-6	29	13,9
	≥7	37	17,7
Refakatçi Değişimi Oluyor mu?	Evet	28	13,4
	Hayır	181	86,6
Düşme Riski Yaşama Durumu	Evet	7	3,3
	Hayır	202	96,7

Tablo 6'ya göre, hastaların %34,9'u yatışı ile ilişkili tıbbi uygulama için anestezi aldığını, %65,1'i ise anestezi almadığını bildirmiştir. Hastanın sağlık bakım ekipmanı kullanımı durumu sorulduğunda %13,4'ü bakım ekipmanı kullandığını, %86,6'sı ekipman kullanmadığını belirtmiştir. Refakatçinin hastaya refakat ettiği gün sayısı ise %42,6'sı 1-2 gün arasında, %25,8'i 3-4 gün arasında, %13,9'u 5-6 gün arasında ve %17,7'si 7 gün ve üzeri süre kaldığı bulunmuştur. Refakatçi

değişimine yönelik olarak refakatçileri %13,4'ü refakatçi değişimi olduğunu, % 86,6'sı ise refakatçi değişimi olmadığını ifade etmiştir. Refakat edilen sürede düşme riski olup olmadığına ise %3,3'ü düşme riski olduğunu, %96,7'si ise düşme riski yaşamadıklarını belirtmiştir.

5.2.3. Katılımcıların Refakatçi Roller ve Hasta Güvenliği için Refakatçi Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hasta ve refakatçilerin araştırma kapsamında kullanılan anket formunda yer alan ifadelerle ilişkin ortalama, standart sapma ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren tanımlayıcı bulgular Tablo 7'de görülmektedir. Katılımcılardan hem hastalar refakatçilerini değerlendirirken hem de refakatçiler kendilerini değerlendirirken "refakatçi rollerine" ilişkin benzer görüşte oldukları ve rollere ilişkin sıralamanın aynı olduğu görülmektedir. Buna göre refakatçilerin rollerine ilişkin değerlendirmeler sırasıyla en fazla savunucu-arabulucu, ikinci sırada savunucu destekçi, üçüncü sırada pasif katılımcı ve en düşük muhalif olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Çalışma Kapsamındaki Refakatçi Roller ve Hasta Güvenliğine İlişkin Refakatçi Uygulamaları

Boyutlar		Hasta		Refakatçi	
		Ort.	SS	Ort.	SS
Refakatçi Roller	Savunucu-Arabulucu	2,88	0,30	2,88	0,30
	Savunucu-Destekçi	2,70	0,55	2,73	0,39
	Pasif Katılımcı	1,70	0,62	1,75	0,65
	Muhalif	1,24	0,31	1,12	0,21
Hasta Güvenliğine İlişkin Refakatçi Uygulamaları	Uygulamaya İlişkin Deneyim	4,80	0,45	4,90	0,25
	Kayıt/İletişime İlişkin Deneyim	4,12	1,08	4,42	0,83
	Düşme Riskine Karşı Deneyim	4,68	0,53	4,78	0,40
	Güvenli Transfer/Devire İlişkin Deneyim	4,55	0,76	4,70	0,54

Katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili refakatçi uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerinde en yüksek katılım uygulamaya ilişkin deneyimler (hasta: $4,80 \pm 0,45$; refakatçi: $4,90 \pm 0,25$) konusunda olurken en düşük katılımın kayıt ve iletişime ilişkin deneyimde (hasta: $4,12 \pm 1,08$; refakatçi: $4,42 \pm 0,83$) olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

5.3. HİPOZETLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma amaçlarına uygun olarak geliştirilen hipotezleri test etmeye yönelik yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilmiştir. Bu bölümde tek değişkenli analiz bulguları ve çok değişkenli analiz bulguları olmak üzere iki bölüm yer almaktadır. Çalışmada tek değişkenli analizler çok değişkenli analizlere hazırlık amacıyla gerçekleştirilmiş olup, tek değişkenli analiz sonucunda anlamlı olan değişkenler çok değişkenli analizlere dahil edilmiştir.

5.3.1. Tek Değişkenli Analiz Bulguları

Bu bölümde refakatçi rollerinden savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif değişkenlerinin araştırmaya katılan refakatçilerin çeşitli bireysel özelliklerine göre anlamlı fark gösterip göstermediğini ortaya koymak için yapılan analiz sonuçları bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan refakatçilerin refakatçi rollerinin bireysel ve refakatçilikleri ile ilgili (a-cinsiyet, b-medeni durum, c-hastanın anestezi alma durumu, d-hastanın bakım ekipmanı kullanma durumu, e-refakatçi değişim süresi, f-yaş, g-eğitim düzeyi, h-hasta bakım bilgisi, ı-yakınlık derecesi, i-refakat edilen süre) özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini ortaya koyan Bağımsız Örneklemelerde t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucu görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda anlamlı farklılık bulunan boyutlarda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için

Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden (Tukey HSD) faydalanılmıştır. Sonuçlar Tablo 8’de sunulmuştur.

Bu kapsamda refakatçilerin savunucu- arabulucu refakatçilik düzeylerinin medeni durumlarına, hastanın ekipman kullanma durumuna, yaşa, eğitim düzeyine, hasta bakım bilgisine ve yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Refakatçilerin cinsiyetleri, hastanın anestezi alma durumu, refakatçi değişimi ve refakat süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırma analizi sonucunda, bekar refakatçilerin evli refakatçilere göre; hastası ekipman kullananların ekipman kullanmayan hastalara sahip refakatçilere göre; yaşı 41 ile 65 aralığında olanların yaşları 66’dan yüksek olanlara göre; ortaöğretim mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre; hasta bakım bilgisi biraz ya da çok olanların az ya da hiç bilgisi olmayanlara göre ve hastanın çocuğu, kardeşi ya da özel bakım elemanı olmasının eşi olma durumuna göre savunucu arabulucu refakatçilik düzeyleri daha yüksektir.

Refakatçilerin savunucu-destekçi refakatçilik düzeylerinin hastanın ekipman kullanma durumu, refakatçinin eğitim düzeyi, hasta bakım bilgisine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Refakatçilerin cinsiyetleri, medeni durumu, hastanın anestezi alma durumu, refakatçi değişimi, yaş, yakınlık derecesi ve refakat süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırma analizi sonucunda, hastası ekipman kullananların ekipman kullanmayan hastalara sahip refakatçilere göre; ortaöğretim ve üniversite mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre ve hasta bakım bilgisi biraz ya da çok olanların az ya da hiç bilgisi olmayanlara göre savunucu-destekçi refakatçilik düzeyleri daha yüksektir.

Refakatçilerin pasif katılımcı refakatçilik düzeylerinin hastanın ekipman kullanma durumu, yaşı, hasta bakım bilgisine, yakınlık derecesine ve refakat süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Refakatçilerin cinsiyetleri,

medeni durumu, hastanın anestezi alma durumu, refakatçi değişimi ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırma analizi sonucunda, hastası ekipman kullananların kullanmayan hasta refakatçilerine göre; yaşı 41 ile 65 aralığında olanların yaşı 40'tan küçük ve 66'dan yüksek olanlara göre; hasta bakım bilgisi çok olanların az ya da hiç bilgisi olmayanlara göre; hastanın eşi, çocuğu ya da özel bakım elemanı olmasının anne-baba olma durumuna göre pasif katılımcı refakatçilik düzeyleri daha yüksektir.

Refakatçilerin muhalif refakatçilik düzeylerinin cinsiyet, hastanın ekipman kullanma durumu ve yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Refakatçilerin medeni durumu, hastanın anestezi alma durumu, refakatçi değişimi, yaş, eğitim düzeyi, hasta bakım bilgisi ve refakat süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırma analizi sonucunda, erkek refakatçilerin kadın refakatçilere göre; hastası ekipman kullananların ekipman kullanmayan hastalara sahip refakatçilere göre ve refakatçinin hastanın eşi olmasının anne ya da babası olması durumuna göre muhalif refakatçilik düzeyleri daha yüksektir.

		Savunucu Arabulucu				Savunucu Destekçi				Pasif Katılımcı				Muhalif			
		Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	2,893	0,303	1,626	0,105	3,065	0,550	0,784	0,433	1,747	0,646	1,321	0,187	1,153	0,230	-	0,001
	Erkek	2,839	0,288			3,018	0,506			1,655	0,602			1,257	0,359		
Medeni Durum	Evli	2,869	0,318	-1,533	0,028	3,050	0,542	-0,148	0,883	1,715	0,634	-0,569	0,570	1,183	0,277	0,426	0,670
	Bekâr	2,929	0,176			3,061	0,527			1,762	0,642			1,168	0,261		
Hasta Anestezi Aldı mı?	Evet	2,854	0,303	-1,208	0,228	3,039	0,557	-0,351	0,726	1,751	0,587	0,676	0,500	1,183	0,241	0,142	0,887
	Hayır	2,892	0,297			3,059	0,530			1,707	0,660			1,179	0,291		
Hasta Ekipman Kullanıyor mu?	Evet	2,969	0,096	2,435	0,015	3,205	0,399	2,300	0,022	2,048	0,646	4,200	<0,001	1,272	0,310	2,709	0,007
	Hayır	2,865	0,317			3,028	0,554			1,672	0,619			1,166	0,266		
Refakatçi Değişimi	Evet	2,897	0,207	0,503	0,616	3,152	0,464	1,491	0,137	1,762	0,588	0,499	0,618	1,205	0,294	0,725	0,469
	Hayır	2,876	0,312			3,037	0,548			1,716	0,642			1,177	0,271		
Yaş	≤40 ₁	2,872	0,270	4,135	0,017	2,977	0,606	1,695	0,185	1,539	0,572	8,653	<0,001	1,160	0,268	0,458	0,633
	41-65 ₂	2,910	0,216			3,092	0,489			1,831	0,645			1,191	0,260		
	≥66 ₃	2,806	0,457			3,019	0,589			1,617	0,612			1,173	0,313		
		Post Hoc. 2-3 p=0,012							1-2 p=0,001 2-3 p=0,014								

		Savunucu Arabulucu				Savunucu Destekçi				Pasif Katılımcı				Muhalif			
		Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	2,893	0,303	1,626	0,105	3,065	0,550	0,784	0,433	1,747	0,646	1,321	0,187	1,153	0,230	-	0,001
	Erkek	2,839	0,288			3,018	0,506			1,655	0,602			1,257	0,359		
Medeni Durum	Evli	2,869	0,318	-1,533	0,028	3,050	0,542	-0,148	0,883	1,715	0,634	-0,569	0,570	1,183	0,277	0,426	0,670
	Bekâr	2,929	0,176			3,061	0,527			1,762	0,642			1,168	0,261		
Hasta Anestezi Aldı mı?	Evet	2,854	0,303	-1,208	0,228	3,039	0,557	-0,351	0,726	1,751	0,587	0,676	0,500	1,183	0,241	0,142	0,887
	Hayır	2,892	0,297			3,059	0,530			1,707	0,660			1,179	0,291		
Hasta Ekipman Kullanıyor mu?	Evet	2,969	0,096	2,435	0,015	3,205	0,399	2,300	0,022	2,048	0,646	4,200	<0,001	1,272	0,310	2,709	0,007
	Hayır	2,865	0,317			3,028	0,554			1,672	0,619			1,166	0,266		
Refakatçi Değişimi	Evet	2,897	0,207	0,503	0,616	3,152	0,464	1,491	0,137	1,762	0,588	0,499	0,618	1,205	0,294	0,725	0,469
	Hayır	2,876	0,312			3,037	0,548			1,716	0,642			1,177	0,271		
Yaş	≤40 ₁	2,872	0,270	4,135	0,017	2,977	0,606	1,695	0,185	1,539	0,572	8,653	<0,001	1,160	0,268	0,458	0,633
	41-65 ₂	2,910	0,216			3,092	0,489			1,831	0,645			1,191	0,260		
	≥66 ₃	2,806	0,457			3,019	0,589			1,617	0,612			1,173	0,313		
	Post Hoc. 2-3 p=0,012	1-2 p=0,001 2-3 p=0,014															

Tablo 8. (Devamı)

		Savunucu Arabulucu				Savunucu Destekçi				Pasif Katılımcı				Muhalif			
		Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p	Ort.	S.S.	t/F	p
Eğitim Düzeyi*	İlköğretim ₁	2,809	0,412			2,924	0,570			1,727	0,645			1,166	0,267		
	Ortaöğretim ₂	2,943	0,162	6,910	0,001	3,123	0,478	5,436	0,005	1,719	0,622	0,005	0,995	1,150	0,259	2,757	0,065
	Üniversite ₃	2,878	0,271			3,095	0,549			1,722	0,642			1,222	0,290		
	Post Hoc.	1-2 p=0,001				1-2 p=0,007 1-3 p=0,023											
Hasta Bakım Bilgisi	Çok ₁	2,93	0,20			3,23	0,39			1,79	0,66			1,18	0,25		
	Biraz ₂	2,88	0,25	25,70	<0,001	2,90	0,55	37,13	<0,001	1,67	0,61	3,20	0,042	1,15	0,27	2,42	0,091
	Az/Hiç ₃	2,60	0,58			2,64	0,74			1,56	0,54			1,26	0,36		
	Post Hoc.	1-3 p<0,001 2-3 p<0,001				1-3 p<0,001 1-2 p<0,001 2-3 p=0,006				1-3 p=0,025							
Yakınlık Derecesi	Eşi ₁	2,805	0,402			3,033	0,545			1,621	0,581			1,226	0,345		
	Çocuğu ₂	2,917	0,203			3,127	0,490			1,929	0,647			1,159	0,224		
	Anne/Baba ₃	2,858	0,370	4,021	0,003	2,933	0,619	1,834	0,121	1,267	0,475	10,521	<0,001	1,067	0,130	2,588	0,036
	Kardeş ₄	2,931	0,164			3,036	0,535			1,613	0,642			1,181	0,253		
	Özel ₅	2,969	0,153			2,875	0,663			1,847	0,547			1,188	0,224		
	Post Hoc.	1-2 p=0,010 1-4 p=0,039 1-5 p=0,012								3-1 p<0,001 3-2 p<0,001 3-5 p=0,010				1-3 p=0,004			
Refakat Süresi	1-2 Gün ₁	2,844	0,382			2,989	0,580			1,601	0,587			1,167	0,306		
	3-4 Gün ₂	2,898	0,247	1,978	0,117	3,102	0,520	1,475	0,221	1,633	0,640	11,614	<0,001	1,167	0,251	0,761	0,516
	5-6 Gün ₃	2,871	0,235			3,078	0,516			1,816	0,679			1,216	0,275		
	≥7 Gün ₄	2,939	0,136			3,111	0,472			2,072	0,574			1,206	0,220		
	Post Hoc.									1-4 p<0,001 2-4 p<0,001 3-4 p=0,017							

*: Okur-yazar ve ilköğretim düzeyi ilköğretim olarak, ortaokul ve lise eğitim düzeyi ortaöğretim olarak, ön lisans, lisans ve yüksek lisans eğitim düzeyi üniversite, olarak birleştirilmiştir.

5.3.2. Çok Değişkenli Analiz Bulguları

Çalışma kapsamında refakatçilerin rollerinin sahip oldukları özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli analize tabi tutulmuştur. Elde edilen sonuçlar Tablo 9'da sunulmuştur.

Bu kapsamda Tablo 9'da refakatçilerin refakatçi rollerinden savunucu arabulucu rolü kapsamında davranış gösterme durumlarının, refakatçilerin özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Yapılan değerlendirmede regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=5,890$, $p<0,001$). Modele dahil edilen cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, yakınlık derecesi, hastanın ekipman kullanma durumu ve refakat süresi gibi belirlenen refakatçi özellikleri hep birlikte refakatçinin Savunucu Arabulucu rolü/davranışındaki toplam varyansın %19'unu açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında refakatçilerin savunucu arabulucu rolü üzerinde eğitim düzeyleri, sağlık bakımı hakkındaki bilgisi ve hasta ile yakınlık derecesi özelliklerinin istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ortaöğretim seviyesinde ($t=2,411$, $p=0,016$) olan refakatçilerin, eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olanlara göre; sağlık bakım bilgisi biraz ($t=5,454$, $p<0,001$) ve çok ($t=7,002$, $p<0,001$) olanlar bilgisi olmayan veya az olanlara göre Savunucu Arabulucu davranışı daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. Hasta refakatçi yakınlık derecesi açısından incelendiğinde ise; refakatçilerden hastanın çocuğu ($t=2,321$, $p=0,021$) ve kardeşi ($t=2,728$, $p=0,007$) olan refakatçilerin, hastanın eşi olan refakatçilere göre savunucu arabulucu davranışı daha fazla gösterdiği görülmektedir. Bu bulgulara göre H_{1dA} , H_{1eA} ve H_{1fA} hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 9. Refakatçi Rollerinden Savunucu-Arabulucu Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.H.	β	t	p	VIF
(Constant)	2,468	0,071		34,545	<0,001	
Cinsiyet _{Erkek}	-0,030	0,033	-0,045	-0,902	0,368	1,213
Medeni Durum _{Evlili}	0,000	0,043	0,000	-0,009	0,993	1,447
Yaş _{≤40}	0,020	0,052	0,027	0,380	0,704	2,418
Yaş ₄₁₋₆₅	0,047	0,038	0,078	1,239	0,216	1,975
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,096	0,040	0,151	2,411	0,016	1,954
Eğitim _{Üniversite}	0,000	0,042	0,000	-0,004	0,997	2,266
SağlıkBakBil _{Biraz}	0,256	0,047	0,409	5,454	<0,001	2,780
SağlıkBakBil _{Çok}	0,321	0,046	0,534	7,002	<0,001	2,881
Yakınlık _{Çocuğu}	0,091	0,039	0,147	2,321	0,021	1,996
Yakınlık _{Anne/Baba}	0,036	0,057	0,031	0,619	0,536	1,211
Yakınlık _{Kardeş}	0,125	0,046	0,148	2,728	0,007	1,458
Yakınlık _{Yabancı}	0,108	0,068	0,084	1,584	0,114	1,404
HastaEkipmanKul _{Evet}	0,046	0,043	0,052	1,077	0,282	1,168
Refakat_süresi _{3-4 gün}	0,052	0,034	0,075	1,495	0,136	1,259
Refakat_süresi _{5-6 gün}	0,014	0,044	0,017	0,328	0,743	1,253
Refakat_süresi _{≥7 gün}	0,060	0,040	0,077	1,505	0,133	1,300
R=0,436	F= 5,890		Durbin-Watson= 1,938			
R ² = 0,190	p<0,001					

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün)

Tablo 10’da refakatçilerin refakatçi rollerinden savunucu destekçi rolü kapsamında davranış gösterme durumlarının, refakatçilerin özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 10. Refakatçi Rollerinden Savunucu Destekçi Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.H.	β	t	p	VIF
(Constant)	2,506	0,127		19,777	<0,001	
Cinsiyet _{Erkek}	-0,026	0,059	-0,021	-0,431	0,667	1,213
Medeni Durum _{Evlı}	-0,015	0,077	-0,010	-0,194	0,846	1,447
Yaş _{≤40}	-0,161	0,092	-0,121	-1,754	0,080	2,418
Yaş ₄₁₋₆₅	-0,009	0,068	-0,008	-0,130	0,897	1,975
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,268	0,071	0,235	3,795	<0,001	1,954
Eğitim _{Üniversite}	0,174	0,075	0,155	2,321	0,021	2,266
SağlıkBakBil _{Biraz}	0,242	0,083	0,214	2,899	0,004	2,780
SağlıkBakBil _{Çok}	0,560	0,081	0,519	6,899	<0,001	2,881
Yakınlık _{Çocuğu}	0,061	0,070	0,055	0,880	0,379	1,996
Yakınlık _{Anne/Baba}	-0,129	0,102	-0,062	-1,271	0,205	1,211
Yakınlık _{Kardeş}	0,002	0,081	0,001	0,024	0,981	1,458
Yakınlık _{Yabancı}	-0,205	0,121	-0,089	-1,691	0,092	1,404
HastaEkipmanKul _{Evet}	0,020	0,076	0,013	0,263	0,792	1,168
Refakat_süresi _{3-4 gün}	0,134	0,061	0,109	2,196	0,029	1,259
Refakat_süresi _{5-6 gün}	0,078	0,077	0,050	1,005	0,315	1,253
Refakat_süresi _{≥7 gün}	0,080	0,071	0,056	1,118	0,264	1,300
R=0,462	F= 6,787		Durbin-Watson= 1,658			
R ² = 0,213	p<0,001					

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün)

Yapılan değerlendirmede regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=6,787, p<0,001). Modele dahil edilen cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, yakınlık derecesi, hastanın ekipman kullanma durumu ve refakat süresi gibi belirlenen refakatçi özellikleri hep birlikte refakatçinin Savunucu destekçi rolü/davranışındaki toplam varyansın %21,3'ünü açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında refakatçilerin savunucu destekçi rolü/davranışı üzerinde eğitim düzeyleri, sağlık bakımı hakkındaki bilgisi ve refakat süresi özelliklerinin

istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ortaöğretim seviyesinde ($t=3,795$, $p<0,001$) olan refakatçilerin ve üniversite seviyesinde ($t=2,321$, $p=0,021$) olan refakatçilerin eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olanlara göre; sağlık bakım bilgisi biraz ($t=2,899$ $p=0,004$) ve çok ($t=6,899$, $p<0,001$) olanların bilgisi olmayan veya az olanlara göre Savunucu Destekçi davranışı daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. Hastaya refakat edilen süre açısından incelendiğinde ise; refakatçilerin refakat süresinin 3-4gün ($t=2,196$, $p=0,029$) olması, refakat süresinin 1-2 gün olmasına göre savunucu destekçi davranışı daha fazla gösterdiği görülmektedir. Bu bulgulara göre H_{1dB} , H_{1eB} ve H_{1hB} hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 11’de refakatçilerin refakatçi rollerinden pasif katılımcı rolü kapsamında davranış gösterme durumlarının, refakatçilerin özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir.

Yapılan değerlendirmede regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=7,154$, $p<0,001$). Modele dahil edilen cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, yakınlık derecesi, hastanın ekipman kullanma durumu ve refakat süresi gibi belirlenen refakatçi özellikleri hep birlikte refakatçinin pasif katılımcı rolü davranışındaki toplam varyansın %22,2’sini açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında refakatçilerin pasif katılımcı rolüne yönelik davranışı üzerinde; yaş, eğitim düzeyleri, hasta ile yakınlık derecesi ve refakat süresinin istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre; yaşları 40 ve altı ($t=-2,082$, $p=0,038$) olan refakatçilerin, yaşları 66 ve daha büyük olanlara göre daha az; eğitim düzeyi üniversite olanlar ($t=-2,049$, $p<0,041$) eğitim düzeyi ilköğretim olanlara göre daha az, yakınlık derecesi çocuğu olan refakatçiler ($t=0,425$, $p<0,001$), eşi olanlara göre pasif katılımcı rolünü daha fazla sergilerken; anne/babası olan refakatçiler ($t= - 3,135$, $p=0,002$) ise eşi olanlara göre daha az pasif katılımcı davranışı göstermiştir.; refakat süresi 5-6 gün

arasında olan refakatçiler ($t=2,029$, $p=0,043$) ve refakat süresi 7 günden fazla olan refakatçiler ($t=3,704$, $p<0,001$) refakat süresi 1-2 gün olan refakatçilere göre daha fazla Pasif Katılımcı rolü/davranışı gösterdikleri bulunmuştur. Bu bulgulara göre H_{1cC} , H_{1dC} , H_{1fC} ve H_{1hC} hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 11. Refakatçi Rollerinden Pasif Katılımcı Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.H.	β	t	p	VIF
(Constant)	1,396	0,148		9,405	<0,001	
Cinsiyet _{Erkek}	-0,039	0,069	-0,027	-0,555	0,579	1,213
Medeni Durum _{Evli}	0,053	0,090	0,031	0,589	0,556	1,447
Yaş _{≤40}	-0,224	0,107	-0,143	-2,082	0,038	2,418
Yaş ₄₁₋₆₅	0,039	0,079	0,031	0,493	0,622	1,975
Eğitim _{Ortaöğretim}	-0,071	0,083	-0,053	-0,859	0,391	1,954
Eğitim _{Üniversite}	-0,180	0,088	-0,136	-2,049	0,041	2,266
SağlıkBakBil _{Biraz}	0,101	0,098	0,076	1,037	0,300	2,780
SağlıkBakBil _{Çok}	0,185	0,095	0,145	1,944	0,053	2,881
Yakınlık _{Çocuğu}	0,425	0,082	0,324	5,213	<0,001	1,996
Yakınlık _{Anne/Baba}	-0,373	0,119	-0,152	-3,135	0,002	1,211
Yakınlık _{Kardeş}	0,120	0,095	0,067	1,262	0,208	1,458
Yakınlık _{Yabancı}	0,251	0,142	0,092	1,764	0,078	1,404
HastaEkipmanKul _{Evet}	0,163	0,089	0,087	1,835	0,067	1,168
Refakat_süresi _{3-4 gün}	0,014	0,072	0,010	0,194	0,846	1,259
Refakat_süresi _{5-6 gün}	0,183	0,090	0,100	2,029	0,043	1,253
Refakat_süresi _{≥7 gün}	0,309	0,083	0,186	3,704	<0,001	1,300
R = 0,471	F= 7,154		Durbin-Watson= 1,583			
R ² = 0,222	p<0,001					

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün)

Tablo 12’de refakatçilerin refakatçi rollerinden Muhalif Rolü kapsamında davranış gösterme durumlarının, refakatçilerin özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 12. Refakatçi Rollerinden Muhalif Rolüne Yönelik Özelliklerin Refakatçi Özellikleri Açısından Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.H.	β	t	p	VIF
(Constant)	1,221	0,069		17,693	<0,001	
Cinsiyet _{Erkek}	0,099	0,032	0,160	3,057	0,002	1,213
Medeni Durum _{Evli}	0,003	0,042	0,004	0,077	0,938	1,447
Yaş _{≤40}	0,018	0,050	0,027	0,370	0,712	2,418
Yaş ₄₁₋₆₅	0,032	0,037	0,058	0,866	0,387	1,975
Eğitim _{Ortaöğretim}	-0,022	0,038	-0,038	-0,568	0,570	1,954
Eğitim _{Üniversite}	0,065	0,041	0,115	1,605	0,109	2,266
SağlıkBakBil _{Biraz}	-0,104	0,045	-0,182	-2,297	0,022	2,780
SağlıkBakBil _{Çok}	-0,082	0,044	-0,148	-1,845	0,066	2,881
Yakınlık _{Çocuğu}	-0,098	0,038	-0,173	-2,585	0,010	1,996
Yakınlık _{Anne/Baba}	-0,107	0,055	-0,101	-1,928	0,055	1,211
Yakınlık _{Kardeş}	-0,061	0,044	-0,079	-1,373	0,171	1,458

Tablo 12. (Devamı)

Yakınlık _{Yabancı}	-0,044	0,066	-0,038	-0,670	0,503	1,404
HastaEkipmanKul _{Evet}	0,108	0,041	0,134	2,618	0,009	1,168
Refakat_süresi _{3-4 gün}	0,018	0,033	0,028	0,530	0,596	1,259
Refakat_süresi _{5-6 gün}	0,022	0,042	0,028	0,526	0,599	1,253
Refakat_süresi _{≥7 gün}	0,036	0,039	0,050	0,923	0,357	1,300
R = 0,314	F= 2,736		Durbin-Watson= 1,363			
R ² = 0,098	p<0,001					

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün)

Yapılan değerlendirmede regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=2,736, p<0,001). Modele dahil edilen cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, yakınlık derecesi, hastanın ekipman kullanma durumu ve refakat süresi gibi belirlenen refakatçi özellikleri hep birlikte refakatçinin Muhalif rolü/davranışındaki toplam varyansın %9,8'ünü açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında refakatçilerin muhalif rolü/davranışı üzerinde cinsiyet, sağlık bakımı

hakkındaki bilgisi, hasta ile yakınlık derecesi ve bakım ekipmanı kullanımının istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre; erkek olan refakatçiler ($t=3,057$, $p=0,002$) kadın olan refakatçilere göre daha fazla; sağlık bakım bilgisi biraz ($t=-2,297$ $p=0,022$) olanların hiç olmayanlara göre daha az; hastaya yakınlık durumuna göre hastanın çocuğu olanlar ($t=-2,585$, $p=0,010$) hastanın eşi olanlara göre daha az; hastanın bakım ekipmanı kullananların ($t=2,618$, $p=0,009$) kullanmayanlara göre Muhalif davranışı daha fazla gösterdikleri bulunmuştur. Bu bulgulara göre H_{1aD} , H_{1eD} , H_{1fD} ve H_{1gD} hipotezleri kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında bağımlı değişken olarak belirlenen hasta güvenliğine ilişkin uygulamalar (1) Uygulama Deneyimi, (2) Kayıt/İletişim Deneyimi, (3) Düşme Riskine Karşı Deneyimi ve (4) Güvenli Transfer Deneyimi) üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu kapsamda hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan hasta bakımına ilişkin uygulama deneyimi üzerinde etkili olan refakatçi özelliklerine ilişkin oluşturulan regresyon modelleri (Model1, Model2 ve Model 3) Tablo 13'de görülmektedir. Buna göre her üç modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Model 1: $p=0,023$; Model 2 ve Model 3: $p<0,001$) ve modellerde oto korelasyon ile çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür.

Elde edilen bulgulara göre refakatçilerin sosyo-demografik özelliklerinin hasta güvenliği uygulama deneyimi üzerindeki etkisinin incelendiği Model 1'de, değişkenlerden cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinin modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yaptığı görülmüştür ($p<0,05$). Değişkenler varyansın %3,5'ini açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında, anlamlı bulunan yordayıcı değişkenlerden erkek refakatçilerin kadın refakatçilere göre daha az, yaşı 40 ve 40'dan küçük refakatçilerin, 66 ve üstü refakatçilere göre daha az, eğitim düzeyi üniversite olan refakatçilerin, eğitim düzeyi ilköğretim olan refakatçilere göre daha fazla hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$).

Model 1'deki değişkenlere ek olarak refakate ilişkin özelliklerin de eklendiği Model 2'de değişkenlerden cinsiyet, yaş, sağlık bakım bilgisi ve yakınlık derecesi değişkenlerinin modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yaptığı görülmüştür ($p<0,05$). Modele yeni değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %9,3 artmış ve değişkenlerin varyansın %12,8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında erkek refakatçilerin kadın refakatçilere göre daha az, yaşı 40 ve 40'dan küçük refakatçilerin 66 ve üstü refakatçilere göre daha az, sağlık bakım bilgisi çok olan refakatçilerin, sağlık bakım bilgisi hiç/az olan refakatçilere göre daha fazla, yakınlık derecesi çocuğu ve kardeşi olan refakatçilerin yakınlık derecesi eşi olan refakatçilere göre daha fazla hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$).

Model 1 ve Model 2'de belirtilen değişkenlere refakatçi rollerinin de eklenmesi ile oluşturulan Model 3'de açıklayıcılık katsayısında %18,8 ile önemli bir artış olmuş ve değişkenlerin varyansın %31,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Dolayısıyla refakatçi rollerinin hasta bakım uygulama deneyimi üzerindeki etkisinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Model 3'e anlamlı katkı yapan değişkenler ise yakınlık derecesi, refakat süresi ve refakatçi rollerinden; savunucu destekçi, pasif katılımcı ve muhalif rollerinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, refakatçilerin yakınlık derecesi anne-babası ve kardeşi olanların, yakınlık derecesi eşi olanlara göre daha fazla, refakat süresinin 7 gün ve 7 günden fazla olanların, refakat süresi 1-2 gün olanlara göre daha az hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$). Ayrıca, refakatçi davranışları savunucu destekçi, pasif katılımcı ve muhalif olanların hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, refakatçinin savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi artmakta, muhalif rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi azalmaktadır. Diğer taraftan medeni durum ve hastanın ekipman kullanması durumunun hiçbir modelde anlamlı katkı sunmadığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 13. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Uygulama Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Cinsiyet _{Erkek}	-0,148	0,003	-0,111	0,032	-0,064	0,167
Medeni Durum _{Evlı}	0,001	0,983	0,013	0,815	0,015	0,768
Yaş _{≤40}	-0,165	0,021	-0,178	0,014	-0,110	0,094
Yaş ₄₁₋₆₅	-0,089	0,166	-0,116	0,077	-0,106	0,070
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,107	0,089	0,079	0,229	-0,021	0,720
Eğitim _{Üniversite}	0,153	0,022	0,065	0,352	0,043	0,501
SağlıkBakBil _{Biraz}			0,117	0,134	-0,027	0,713
SağlıkBakBil _{Çok}			0,333	<0,001	0,064	0,400
Yakınlık _{Çocuğu}			0,164	0,013	0,065	0,293
Yakınlık _{Anne/Baba}			0,092	0,075	0,111	0,017
Yakınlık _{Kardeş}			0,143	0,011	0,114	0,025
Yakınlık _{Yabancı}			0,062	0,264	0,077	0,127
HastaEkipmanKul _{Evet}			-0,014	0,779	-0,002	0,966
Refakat_süresi _{3-4 gün}			-0,002	0,970	-0,043	0,365
Refakat_süresi _{5-6 gün}			0,090	0,087	0,064	0,170
Refakat_süresi _{≥7 gün}			-0,088	0,100	-0,122	0,012
Savunucu Arabulucu					0,029	0,580
Savunucu Destekçi					0,397	<0,001
Pasif Katılımcı					0,110	0,028
Muhalif					-0,211	<0,001
VIF	1,071-2,140		1,168-2,881		1,197-3,385	
Durbin-Watson	1,715		1,761		1,802	
F	2,479		3,667		9,155	
R	0,187		0,357		0,562	
R ² =	0,035		0,128		0,316	
p	0,023		<0,001		<0,001	

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün).

Hasta güvenliğine ilişkin hasta bakımına yönelik uygulama deneyimi üzerinde, refakatçilerin sosyo demografik özelliklerinin, refakate ilişkin özelliklerinin ve refakatçi rolüne ilişkin özelliklerinin etkisinin birlikte ele alındığı Model 3'ün sonuçlarına göre; H_{2f1}, H_{2h1}, H_{2B1}, H_{2C1} ve H_{2D1} hipotezleri kabul edilmiştir.

Refakatçi rollerine ilişkin özelliklerin, hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 14'te görülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre demografik bilgilerin incelendiği Model 1'deki refakatçilere ait demografik sonuçların hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$).

Refakatçiler ile ilgili faktörlerin incelendiği Model 2'de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Değişkenler varyansın %21,8'ini açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında, yaşı 40 ve 40'dan küçük refakatçilerin 66 ve üstü refakatçilere göre daha az, eğitim durumu ortaöğretim olanların ilköğretim olanlara göre daha fazla, sağlık bakım bilgisi biraz ve çok olanların, hiç/az olan refakatçilere göre daha fazla, yakınlık derecesi çocuğu olanların, yakınlık derecesi eşi olan refakatçilere göre daha fazla ve refakat süresi 5-6 gün arasında olan refakatçilerin, refakat süreleri 1-2 gün olan refakatçilere göre daha fazla hasta güvenliği ile ilgili boyutlarının kayıt/iletişim deneyimi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Refakatçi davranışları-rollerinin incelendiği Model 3'de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Modele bu değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %44,8 artmış ve değişkenlerin varyansın %66,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, sağlık bakım bilgisi biraz olanların hiç/az olanlara göre, yakınlık derecesi çocuğu, anne ve babası

olanları yakınlık derecesi eşi olanlara göre, refakat süresi 5-6 gün olan refakatçilerin refakat süresi 1-2 gün olan refakatçilere göre, hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, refakatçi rolü savunucu arabulucu, savunucu destekçi ve pasif katılımcı olanların hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerinde etkisinin olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, refakatçinin savunucu arabulucu, savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi artmaktadır.

Hasta güvenliğine ilişkin kayıt/iletişim deneyimi üzerinde, refakatçilerin sosyo demografik özelliklerinin, refakate ilişkin özelliklerinin ve refakatçi rolüne ilişkin özelliklerinin etkisinin birlikte ele alındığı Model 3'ün sonuçlarına göre; H_{2e2}, H_{2f2}, H_{2h2}, H_{2A2}, H_{2B2} ve H_{2C2} hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 14. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Kayıt/İletişim Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Cinsiyet _{Erkek}	-0,058	0,246	0,002	0,970	0,035	0,280
Medeni Durum _{Evlı}	-0,011	0,841	0,041	0,438	0,043	0,222
Yaş _{≤40}	-0,092	0,195	-0,138	0,045	-0,040	0,385
Yaş ₄₁₋₆₅	0,015	0,814	-0,062	0,316	-0,070	0,088
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,188	0,003	0,187	0,003	0,026	0,533
Eğitim _{Üniversite}	0,158	0,018	0,050	0,448	-0,017	0,711
SağlıkBakBil _{Biraz}			0,317	<0,001	0,103	0,042
SağlıkBakBil _{Çok}			0,533	<0,001	0,100	0,061
Yakınlık _{Çocuğu}			0,271	<0,001	0,151	0,001
Yakınlık _{Anne/Baba}			0,035	0,470	0,090	0,006
Yakınlık _{Kardeş}			0,099	0,064	0,062	0,084
Yakınlık _{Yabancı}			0,015	0,781	0,041	0,247
HastaEkipmanKul _{Evet}			-0,028	0,552	-0,051	0,110

Tablo 14. (Devamı)

	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Refakat_süresi _{3-4 gün}			0,085	0,087	0,006	0,853
Refakat_süresi _{5-6 gün}			0,169	0,001	0,120	<0,001
Refakat_süresi _{≥7 gün}			0,091	0,070	0,016	0,633
Savunucu Arabulucu					0,136	<0,001
Savunucu Destekçi					0,628	<0,001
Pasif Katılımcı					0,173	<0,001
Muhalif					-0,058	0,067
VIF	1,071-2,140		1,211-2,881		1,191-3,385	
Durbin-Watson	1,591		1,483		1,356	
F	2,112		6,989		39,613	
R	0,173		0,467		0,816	
R ² =	0,030		0,218		0,666	
p	0,051		<0,001		<0,001	

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refekat_süresi (referans: 1-2 gün)

Refakatçi rollerine ilişkin özelliklerin, hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine karşı deneyimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 15’de görülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre demografik bilgilerin incelendiği Model 1’deki refakatçilere ait demografik sonuçların hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine karşı deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Değişkenler varyansın %5,8’ini açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında, erkek refakatçiler kadın refakatçilere göre, yaşı 40 ve 40’dan küçük ve yaşı 41-65 arasında olan refakatçilerin 66 ve üstü refakatçilere göre, hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine karşı deneyimi üzerindeki etkisinin daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 15).

Refakatçiler ile ilgili faktörlerin incelendiği Model 2’de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine karşı deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Modele bu değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %6,1 artmış ve değişkenlerin varyansın %11,9’unu açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, erkek olan refakatçiler kadın olan refakatçilere göre daha az, yaşı 40 ve 40’dan küçük refakatçilerin 66 ve üstü refakatçilere göre daha az, sağlık bakım bilgisi çok olanların, hiç/az olan refakatçilere göre daha fazla hasta güvenliği ile ilgili düşme riski deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$) (Tablo 15).

Refakatçi davranışları-rollerinin incelendiği Model 3’de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine ilişkin deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Modele bu değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %26,8 artmış ve değişkenlerin varyansın %38,7’sini açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, erkek refakatçiler, kadın refakatçilere göre, sağlık bakım bilgisi biraz olanların hiç/az olanlara göre hasta güvenliği ile ilgili düşme riski deneyimi üzerindeki etkisinin daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca refakatçi rolü savunucu destekçi, pasif katılımcı ve muhalif olanların hasta güvenliği ile ilgili düşme riski deneyimi üzerinde etkisinin olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, refakatçinin savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine ilişkin deneyimi artmakta, muhalif rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine ilişkin deneyimi azalmaktadır (Tablo 15).

Düşme riskine karşı deneyim üzerinde, refakatçilerin sosyo demografik özelliklerinin, refakate ilişkin özelliklerinin ve refakatçi rolüne ilişkin özelliklerinin etkisinin birlikte ele alındığı Model 3’ün sonuçlarına göre; H_{2a3}, H_{2e3}, H_{2B3}, H_{2C3} ve H_{2D3} hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 15. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Düşme Riskine Karşı Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Cinsiyet _{Erkek}	-0,212	<0,001	-0,157	0,002	-0,089	0,043
Medeni Durum _{Evlı}	-0,033	0,529	-0,024	0,673	-0,021	0,652
Yaş _{≤40}	-0,206	0,003	-0,170	0,020	-0,089	0,150
Yaş ₄₁₋₆₅	-0,135	0,035	-0,127	0,054	-0,104	0,062
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,088	0,157	0,071	0,278	-0,034	0,539
Eğitim _{Üniversite}	0,115	0,080	0,051	0,471	0,040	0,511
SağlıkBakBil _{Biraz}			-0,008	0,923	-0,162	0,018
SağlıkBakBil _{Çok}			0,233	0,004	-0,047	0,516
Yakınlık _{Çocuğu}			0,060	0,364	-0,059	0,316
Yakınlık _{Anne/Baba}			0,026	0,614	0,036	0,416
Yakınlık _{Kardeş}			0,017	0,766	-0,015	0,761
Yakınlık _{Yabancı}			0,036	0,521	0,053	0,261
HastaEkipmanKul _{Evet}			0,041	0,419	0,076	0,080
Refakat_süresi _{3-4 gün}			-0,018	0,730	-0,055	0,220
Refakat_süresi _{5-6 gün}			0,014	0,786	-0,009	0,844
Refakat_süresi _{≥7 gün}			0,002	0,974	-0,024	0,599
Savunucu Arabulucu					-0,035	0,473
Savunucu Destekçi					0,441	<0,001
Pasif Katılımcı					0,116	0,014
Muhalif					-0,361	<0,001
VIF	1,071-2,140		1,1,68-2,881		1,191-3,385	
Durbin-Watson	1,445		1,489		1,754	
F	4,226		3,377		12,543	
R	0,241		0,345		0,622	
R ² =	0,058		0,119		0,387	
p	<0,001		<0,001		<0,001	

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün).

Refakatçi rollerine ilişkin özelliklerin, hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 16'da görülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre demografik bilgilerin incelendiği Model 1'deki refakatçilere ait demografik sonuçların hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Değişkenler varyansın %7,4'ünü açıklamaktadır. Sonuçlara bakıldığında, erkek refakatçiler kadın refakatçilere göre daha az, yaşı 41-65 arasında olan refakatçilerin 66 ve üstü refakatçilere göre daha fazla, eğitim durumu ortaöğretim olanlar ilköğretim olanlara göre daha fazla hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Refakatçiler ile ilgili faktörlerin incelendiği Model 2'de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Modele bu değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %6,8 artmış ve değişkenlerin varyansın %14,2'sini açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, erkek olan refakatçilerin kadın refakatçilere göre daha az, sağlık bakım bilgisi çok olanların, hiç/az olan refakatçilere göre daha fazla, refakat süresinin 7 gün ve üzeri olan refakatçilerin refakat süresi 1-2 gün olan refakatçilere göre daha az hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde etkilidir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Refakatçi Rollerine İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği ile İlgili Güvenli Transfer Deneyimi Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	Model 1		Model 2		Model 3	
	β	p	β	p	β	p
Cinsiyet _{Erkek}	-0,175	<0,001	-0,153	0,003	-0,098	0,019
Medeni Durum _{Evli}	-0,080	0,128	-0,073	0,190	-0,070	0,117
Yaş _{≤40}	0,040	0,569	0,034	0,634	0,059	0,317
Yaş ₄₁₋₆₅	0,133	0,037	0,125	0,055	0,103	0,051
Eğitim _{Ortaöğretim}	0,138	0,026	0,115	0,077	-0,011	0,842
Eğitim _{Üniversite}	-0,052	0,427	-0,117	0,093	-0,127	0,028
SağlıkBakBil _{Biraz}			0,068	0,376	-0,196	0,003
SağlıkBakBil _{Çok}			0,231	0,003	-0,152	0,026
Yakınlık _{Çocuğu}			0,112	0,087	-0,006	0,909
Yakınlık _{Anne/Baba}			0,023	0,647	0,008	0,843
Yakınlık _{Kardeş}			0,074	0,184	-0,008	0,868
Yakınlık _{Yabancı}			0,051	0,351	0,025	0,582
HastaEkipmanKul _{Evet}			0,012	0,816	0,009	0,816
Refakat_süresi _{3-4 gün}			0,082	0,113	0,030	0,478
Refakat_süresi _{5-6 gün}			0,055	0,285	0,040	0,342
Refakat_süresi _{≥7 gün}			-0,140	0,008	-0,181	<0,001
Savunucu Arabulucu					0,439	<0,001
Savunucu Destekçi					0,225	<0,001
Pasif Katılımcı					0,025	0,581
Muhalif					-0,192	<0,001
VIF	1,071-2,140		1,211-2,881		1,191-3,025	
Durbin-Watson	1,687		1,687		1,893	
F	5,478		4,148		16,326	
R	0,272		0,377		0,672	
R ² =	0,074		0,142		0,451	
p	<0,001		<0,001		<0,001	

* Yaş (referans: ≥66); Eğitim (referans: ilköğretim); SağlıkBakBil (referans: Hiç/Az); Yakınlık (referans: Eşi); Refakat_süresi (referans: 1-2 gün)

Elde edilen bulgulara göre refakatçi davranışları-rollerinin incelendiği Model 3’de refakatçilerle ilgili faktörlerin hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0,05$). Modele bu değişkenlerin dâhil edilmesiyle yaklaşık olarak modelin açıklayıcılık katsayısı %30,9 artmış ve değişkenlerin varyansın %45,1’ini açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, erkek refakatçiler, kadın refakatçilere göre, eğitim durumu üniversite olan refakatçilerin, eğitim durumu ilköğretim olanlara göre, sağlık bakım bilgisi biraz ve çok olanların hiç/az olanlara göre, refakat süresi 7 gün ve üzeri olanların refakat süresi 1-2 arasında olanlara göre hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerindeki etkisinin daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, refakatçi rolü savunucu arabulucu, savunucu destekçi ve muhalif olanların hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi üzerinde etkisinin olduğu bulgusu elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, refakatçinin savunucu arabulucu ve savunucu destekçi rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi artmakta, muhalif rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi azalmaktadır (Tablo 16).

Güvenli transfer deneyimi üzerinde, refakatçilerin sosyo demografik özelliklerinin, refakate ilişkin özelliklerinin ve refakatçi rolüne ilişkin özelliklerinin etkisinin birlikte ele alındığı Model 3’ün sonuçlarına göre; H_{2a4} , H_{2d4} , H_{2e4} , H_{2h4} , H_{2A4} , H_{2B4} ve H_{2D4} hipotezleri kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında kurulan hipotezlerin sonuçları Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar

Hipotez	Değişkenler	A. Savunucu- Arabulucu	B. Savunucu- Destekçi	C. Pasif Katılımcı	D. Muhalif
H1	a. Cinsiyet	-	-	-	+
	b. Medeni Durum	-	-	-	-
	c. Yaş	-	-	+	-
	d. Eğitim Düzeyi	+	+	+	-
	e. Sağlık Bakım Bilgisi	+	+	-	+
	f. Yakınlık Derecesi	+	-	+	+
	g. Hasta Ekipman Kul.	-	-	-	+
	h. Refakat Süresi	-	+	+	-
		1. Uygulama Deneyimi	2. Kayıt/İletişim Deneyimi	3. Düşme Riski Deneyimi	4. Güvenli Transfer Deneyimi
H2	a. Cinsiyet	-	-	+	+
	b. Medeni Durum	-	-	-	-
	c. Yaş	-	-	-	-
	d. Eğitim Düzeyi	-	-	-	+
	e. Sağlık Bakım Bilgisi	-	+	+	+
	f. Yakınlık Derecesi	+	+	-	-
	g. Hasta Ekipman Kul.	-	-	-	-
	h. Refakat Süresi	+	+	-	+
	A. Savunucu arabulucu	-	+	-	+
	B. Savunucu destekçi	+	+	+	+
	C. Pasif katılımcı	+	+	+	-
	D. Muhalif	+	-	+	+

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı; refakatçi rollerinin hasta güvenliğine etkisini ortaya koymaktır. Çalışma kapsamında, refakatçi rolleri belirlenmiş ve belirlenen rollerin hasta güvenliğine etkisi araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda Ankara ilinde faaliyet gösteren T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Şehir Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yatan 209 hasta ve bu hastaların 209 refakatçisinin katılımı ile elde edilen verilere tanımlayıcı analizler, tek ve çok değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen tanımlayıcı analiz bulguları, tek değişkenli analiz bulguları ve çok değişkenli analiz bulguları mevcut literatür çerçevesinde aşağıda yer verildiği gibi tartışılarak yorumlanmıştır.

6.1. TANIMLAYICI BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Bu bölümde, araştırmaya katılan hasta ve refakatçilerinin bireysel özelliklerine, refakatçinin refakat esnasında göstermiş olduğu davranışlara ilişkin sorulara ve hasta güvenliği ile ilişkili refakatçi ilişkili olaylara yönelik araştırma kapsamında kullanılan anket formunda yer alan sorulara vermiş oldukları cevaplarla ilişkili tanımlayıcı bulgulara yönelik değerlendirmelere yer verilmiştir. Elde edilen bulgular, hasta bakımında refakatçilerin oynadığı kritik rolü ve bu rollerin hasta güvenliğiyle ilişkisini anlamada önemli bilgiler sunmaktadır.

6.1.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre refakatçilerin büyük çoğunluğu (%73,2) kadınlardan oluşmaktadır. Refakatçi grubundaki kadın oranının yüksekliği, bakım verme rollerinin toplumsal olarak kadınlara daha fazla yüklenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, literatürde kadınların

bakım verme sorumluluklarını üstlenme eğiliminde olduklarını gösteren araştırmalarla uyumludur. Wolff ve arkadaşları (2014), kadınların bakım verme rollerinde geleneksel olarak daha aktif olduklarını vurgulamıştır.

Hastaların çoğunluğu (%54,1) 66 yaş ve üzerindedir, bu da araştırmada yer alan hastaların genellikle ileri yaş gruplarına ait olduğunu göstermektedir. Refakatçiler yaş grupları açısından incelendiğinde, çoğunluğunun (%56,9) orta yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Correia ve arkadaşları (2023) ve Elibol (1996) çalışma bulguları ile benzerdir. Bu durum, orta yaş grubundaki bireylerin genellikle yaşlı hasta yakınlarına destek sağlama sorumluluğunu üstlendiklerini düşündürmektedir.

Hastaların %34,4'ü ilkokul mezunu, %26,8'i lise mezunu, %17,2'si ise lisans veya ön lisans mezunudur. Refakatçilerin eğitim düzeyi genel olarak daha yüksek görünmektedir; %29,2'si lisans veya ön lisans mezunu, %6,7'si ise lisansüstü mezunudur. Refakatçilerin eğitim seviyesinin hastalara göre daha yüksek olması, hasta bakımı konusunda daha bilinçli ve bilgili bireylerin rol aldığını gösterebilir. Eğitim seviyesinin yüksekliği, hasta güvenliğini artırmaya yönelik programlar için olumlu bir temel sunmaktadır. Hastaların %33'ü emekli, %32,5'i ev hanımıdır. Bu durum, hastaların genellikle çalışmayan, emekli ya da evde olma durumunda olan bireyler olduğunu göstermektedir. Refakatçilerin %39,7'sinin ev hanımı olması kadınların bakım sorumluluğunu üstlenme eğiliminde olduğunu desteklemektedir. Aynı zamanda çalışan refakatçilerin oranının kayda değer olması (%29,2), iş hayatı ile refakatçilik arasında bir denge kurma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Botelho ve arkadaşları. (1996) çalışmasında, evli bireylerin daha sık refakatçi olarak görev aldığını belirtmiştir. Bu durum, aile üyelerinin refakat rollerinde öncelikli olduğunu desteklemektedir.

Hasta ve refakatçilerin refakatçilikleri ile ilişkili bilgiler, hasta ve refakatçiler arasındaki ilişkiyi ve sağlık bakımına yönelik bilgi düzeylerini anlamak için önemli veriler sunmaktadır. Hastaların %56,5'i refakatçilerinin sağlık bakımı konusunda çok bilgili olduğunu belirtirken, refakatçilerin %51,7'si hastalarının sağlık bakımı

konusunda çok bilgili olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, refakatçilerin hastalara göre kendilerini biraz daha az bilgili gördüklerini ortaya koymaktadır. Refakatçilerin %39,2'sinin biraz bilgili olduğunu söylemesi, sağlık bakımı konusunda eksik bilgiye sahip olsalar da bu konuda bir temel bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Bu, eğitim ve destek programlarının refakatçilerin bilgi düzeyini artırmada etkili olabileceğini işaret etmektedir. Çok az bilgiye sahip veya hiç bilgisi olmadığını belirten az sayıda hasta ve refakatçi bulunmaktadır (%12,9 ve %9,1). Hastaların %59,3'ü ve refakatçilerin %69,9'u hastanın sağlık durumunun kısa sürede iyileşeceğini düşünmektedir. Refakatçilerin bu konuda daha iyimser bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir. Bu iyimserlik, refakatçilerin hastaları destekleme ve moral verme rolüyle açıklanabilir. Durumunun nispeten ciddi olduğunu belirten hasta oranı %9,1 iken, bu oran refakatçilerde %5,3'tür. Bu fark, refakatçilerin hastanın durumunu daha az ciddi görme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu da refakatçilerin, hastanın durumunu daha pozitif bir şekilde değerlendirme ve iyimser bir yaklaşım sergileme eğiliminde olduğunu düşündürmektedir.

Hasta ve refakatçi arasındaki ilişki türü incelendiğinde, refakatçilerin çoğunluğunun (%37,3) hastanın anne veya babası olduğu görülmektedir. Bu, aile bireylerinin özellikle ebeveynlerin refakat rolünde ön planda olduğunu göstermektedir. Hastaların %34,9'u eşleri tarafından desteklenmektedir. Elde edilen bu sonuç aile bağlarının hasta bakımındaki önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Elibol (1996) ve Caporaso ve arkadaşları (2016) gibi çalışmalarda da refakatçilerin çoğunlukla yakın aile bireyleri olduğu bildirilmiştir. Bu durum, kültürel normlar ve aile yapısının hasta bakımındaki rolünü açıkça ortaya koymaktadır. Hastaların çocukları veya torunları refakatçi olarak daha düşük bir oranda (%7,3) yer almaktadır. Bu, genç bireylerin, yaşlılara kıyasla daha az sıklıkla bu rolü üstlendiğini düşündürülebilir. Özel bakım elemanları tarafından desteklenen hasta oranı %5,7'dir. Bu oran, profesyonel bakım elemanlarının refakatçi rollerinde daha sınırlı bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Diğer bir bakış açısı ile Türkiye'de özel bakım elemanlarının kullanımının yaygın bir uygulama olmaması göz önüne alındığında, bu oran

dikkat çekicidir. Geleneksel olarak aile bireyleri hasta bakımında daha ön planda yer alırken, özel bakım elemanlarının bu süreçlerde rol almaya başlaması, değişen bakım kültürünün ve profesyonel desteğe artan talebin bir göstergesi olabilir. Toplumdaki demografik değişiklikler, kentleşme, aile yapılarına dair dönüşümler ve kadınların iş gücüne katılım oranındaki artış gibi etkenler, hasta bakımında profesyonel hizmetlerin daha sık tercih edilmesine yol açabilir.

Botelho ve arkadaşları (1996), hasta perspektifinden inceledikleri, hastanın tıbbi görüşmeye bir refakatçi ile gelmesinin hangi faktörlere bağlı olduğuna dair yaptıkları araştırmada yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, eğitim seviyesi, algılanan eleştiri ve duygusal katılım gibi faktörlerin, hastanın yanına refakatçi alıp almama kararını nasıl etkilediğini incelemiştir. Elde edilen bulgulara göre, tıbbi görüşmeye refakatçi ile gelmenin pozitif prediktörleri yani bu durumu daha olası kılan bazı faktörler şunlar olmuştur. Daha düşük eğitim seviyesi, daha yüksek duygusal katılım ve evli olma durumu. Daha düşük eğitim seviyesine sahip kişiler, refakatçi ile gelmeye daha yatkındır. Daha yüksek duygusal katılımı ise hastanın görüşmedeki duygusal katılım seviyesi ne kadar yüksekse, refakatçi ile gelme olasılığı da o kadar artmaktadır. Evli olan hastalar, bekârlara kıyasla daha sık refakatçi ile tıbbi görüşmeye gelmektedir. Ancak, bu faktörlerin etkisinin büyüklüğü düşük bulunmuş, yani bu faktörler refakatçi ile gelme olasılığını biraz artırıyor olsa da, bu etkinin çok güçlü olmadığını bildirmişlerdir. Bu kapsamda, evli olan hastaların bekârlara kıyasla daha sık refakatçi ile tıbbi görüşmeye gelmeleri sonucuna ulaşmışlar ancak, refakatçinin medeni durumu ve hasta ile yakınlık derecesini bildirmemişlerdir.

Botelho ve arkadaşları (1996)'nin çalışması, hastaların tıbbi görüşmelere refakatçi ile gelme durumlarını etkileyen faktörlere odaklanmıştır. Araştırma benzer şekilde refakatçilerin hasta güvenliği ve bakım süreçlerindeki rollerini incelemiştir. Her iki çalışma, refakatçilerin varlığını etkileyen bireysel ve sosyo-demografik faktörlere odaklanmıştır. Botelho ve arkadaşları (1996) evli hastaların refakatçi ile tıbbi görüşmeye gelme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Araştırma refakatçilerin çoğunluğunun hastaların yakın aile üyelerinden (eş,

anne/baba) olduğu ve eş refakatçilerin önemli bir oran oluşturduğu bulunmuştur. Botelho ve arkadaşları (1996) daha düşük eğitim seviyesinin refakatçi ile tıbbi görüşmeye gelme olasılığını artırdığını bildirmiştir. Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da daha düşük eğitim seviyesine sahip hastaların refakatçi ile daha fazla ilişkilendiği görülmüştür. Botelho ve arkadaşları (1996) yüksek duygusal katılımın refakatçi ile görüşmeye gelme olasılığını artırdığını belirtmiştir. Çalışmada da refakatçilerin duygusal destek rollerinin hasta güvenliği ve bakım süreçlerine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir.

Elibol (1996)'un yaptığı çalışmada hasta refakatçilerinin çoğunluğu (%57,5) 30-50 yaş arasında ve %23,8'i 50 yaş ve üzerinde olduğunu, refakatçilerin çoğunluğunun kadın (%76,3) ve ev hanımı (%62,5) olduğunu bildirmiştir. Refakatçilerin %23,3'ünün düzenli bir işi olmadığı, sadece %13,8'inin düzenli bir işe sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılan refakatçilerin yarısı ilköğretim mezunudur (%52,5) ve %32,5'i eğitimsizdir. Refakatçilerin çoğu evli (%83,8) ve çocuk sahibidir (%80). Yazar çalışmasında refakatçilerin refakat süresine ilişkin bilgileri 3-8 gün refakat edenleri %33,8 (27 kişi) ve 9 gün ve üzeri refakat edenleri %63,2 (53 kişi) olarak bildirmiştir. Refakatçilerin büyük bir kısmını anne/baba: %32,5 (26 kişi), eş %26,3 (21 kişi) ve çocuklar %23,8 (19 kişi) oluşturmaktadır. Diğer kişiler ise hastanın akrabaları %17,4 (14 kişi) olduğunu bildirmiştir. Elibol (1996)'un çalışması ve bizim bulgularımız, refakatçilerin demografik özellikleri ve rollerine dair önemli benzerlikler göstermektedir. Özellikle refakatçilerin kadın ve orta yaş grubunda olması, refakatçilik rolünün geleneksel olarak kadınlara ve aile bireylerine yüklenmesinin bir göstergesidir. Ancak, eğitim düzeyi ve refakat süresi gibi faktörlerde belirgin farklılıklar vardır. Eğitim düzeyindeki artış, yıllar içinde toplumsal gelişmelerin bir sonucu olabilirken, refakat süresindeki farklılık, sağlık hizmetlerindeki değişikliklere ve hastanede kalış sürelerinin azalmasına bağlı olabilir. Bu bulgular, refakatçi rollerinin tarihsel ve sosyokültürel bağlamda nasıl değiştiğini anlamak açısından önemlidir.

Caporaso ve arkadaşları (2016) erişkin ve çocuk hastaların hastanede yanlarında kalan bakım verenlerin hasta bakımına sağladıkları katkıyı araştıran çalışmada

hem yetişkin (%89) hem de pediatrik (%75) refakatçilerin çoğunun kadın olduğu ve bu durumun literatürle uyumlu olduğu belirtilmiştir. Yetişkin hastaların refakatçilerinin çoğunluğu 40-79 yaş arasında olup (%82), özellikle %44'ü 60-79 yaş grubundadır. Çocuk hastaların refakatçileri ise genellikle 20-59 yaş arasındadır. Eğitim düzeyi açısından, yetişkin hasta bakıcılarının %26'sının üniversite diplomasına, %45'inin lise diplomasına sahip olduğu, pediatrik bakıcılar için bu oranların sırasıyla %30 ve %44 olduğu bildirilmiştir. Refakatçiler genellikle hastanın eşleri, çocukları veya ebeveynlerinden oluşmaktadır. Çalışmada, yetişkin hasta refakatçilerinin %87'si sağladıkları yardımın servis personeli tarafından talep edilmediğini, ancak %97'sinin bu yardımı hastaneye yatışın başından itibaren sağladığını ifade etmiştir. Pediatrik hasta bakıcılarının %76'sı ise yardımlarının açıkça talep edildiğini ve tüm gün boyunca bu desteği sağladıklarını belirtmiştir. Bu bulgular, kadınların bakım verme rolündeki ağırlığını, orta yaş grubunun refakatçilikteki önemini ve eğitim düzeyinin bakım süreçlerindeki katkısını vurgulamaktadır. Caporaso ve arkadaşları (2016) 'nin çalışması ile bizim çalışmamız arasında kadınların refakatçilikteki baskın rolü, orta yaş grubunun refakatçilikte öne çıkması, refakatçilerin eğitim düzeylerinin orta ve üst seviyede olması, yakın aile bireylerinin refakatçi rollerinde yer alması ve refakat süresinin bakım süreçlerinde önemli bir faktör olması gibi birçok ortak bulgu bulunmaktadır. Bu bulgular, refakatçilerin hasta güvenliği ve bakım süreçlerindeki kritik rollerini desteklemektedir.

Shulyaev ve arkadaşları (2020) Rusya'da hastaneye yatırılan hastaların aile üyeleri tarafından ziyaret edilme ve refakat edilme sıklığını ve bu durumun hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlayan çalışmasında, hastaların %97'sinin hastanede kaldıkları süre boyunca aile bireyleri tarafından ziyaret edildiği ve bu ziyaretlerin ortalama süresinin 4,7 saat olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların %7,9'una gece boyunca (en az 4 saat) aile bireyleri tarafından refakat edilmiştir. Bizim çalışmamızla Shulyaev ve arkadaşları (2020)'nin çalışması arasında benzer bulgular bulunmaktadır. Her iki çalışmada da hastalara refakat edenlerin büyük çoğunluğunu aile bireyleri oluşturmaktadır. Bu durum, aile desteğinin hasta bakımında kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Shulyaev ve

arkadaşları (2020)'nin çalışmasında, hastaların %7,9'una gece boyunca refakat edildiği belirtilmiştir. Çalışmada ise refakatçilerin hastanede kalış süreleri ve refakat etme süreleri detaylı olarak incelenmiştir. Çalışmada refakatçilerin %33,8'inin 3-8 gün boyunca refakat ettiği, %63,2'sinin ise 9 gün ve üzeri süreyle refakat ettiği bulunmuştur. Bu veriler, refakatçilerin hastanede hastalarının yanında oldukça uzun süre kaldığını ve genellikle sürekli bir bakım sağladığını göstermektedir. Shulyaev ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında belirtilen 6,3 günlük ortalama refakat süresi ile karşılaştırıldığında, çalışmada refakat sürelerinin genellikle daha uzun olduğu görülmektedir. Bu fark, kültürel farklılıklar ve sağlık sistemleri arasındaki uygulama farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

6.1.2. Refakatçi Rolü ve Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeler

Elde edilen bulgular, refakatçilerin hasta bakımında oynadığı çok boyutlu rolleri ve hasta güvenliği süreçlerindeki katkılarını göstermektedir. Refakatçilerin savunucu-arabulucu ve savunucu-destekçi rolleri, hem hastalar hem de sağlık çalışanları açısından hasta bakım kalitesini artıran önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Literatürde bu rollerin, hasta ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki iletişimi güçlendirdiği, hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada etkin bir araç olduğu belirtilmiştir (Ishikawa H. , 2003; Botelho vd., 1996).

Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre katılımcıların yaptığı değerlendirmede, refakatçilerin rolleri açısından en yüksek katılım düzeyi savunucu-arabulucu rolüne olmuş, bunu sırasıyla savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif rollerinin takip ettiği bulunmuştur. Bu durum, refakatçilerin genellikle aktif bir savunucu-arabulucu görevini üstlenerek hasta ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşimi güçlendirdiğini göstermektedir. Refakatçiler genellikle hasta adına bilgi toplama, sağlık hizmet sağlayıcılarına sorular sorma ve hastanın haklarını savunma gibi görevlerde aktif bir tutum sergilemektedir.

Diğer taraftan muhalif rol için hastaların ve refakatçilerin verdiği düşük puanlar, refakatçilerin genelde sağlık hizmet sunumunda yaşanan süreçte karşı çıkan bir tutum sergilemediğini göstermektedir. Refakatçilerin genellikle olumlu ve iş birliğine dayalı bir yaklaşımı tercih ettiği anlaşılmaktadır. Ishikawa (2003), bu tür rollerin özellikle hasta ile doktor arasındaki iletişimi güçlendirdiğini ve refakatçilerin aktif bir köprü işlevi gördüğünü belirtmiştir. Aynı şekilde Botelho ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada da refakatçi rolünün en sık (%68,6) hasta için bir savunucu olarak tanımlandığını ve refakatçilerin etkilerinin genellikle olumlu (%95,1) olarak nitelendirildiği bildirilmiştir.

Street ve Gordon (2008, s. 248) tarafından yapılan çalışmada, tıbbi görüşmelerde refakatçilerin genellikle savunucu ve vekil roller üstlendiğini, bu rolleriyle hastaların tedavi süreçlerine önemli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Refakatçilerin tıbbi görüşmelerde hasta adına konuşma oranlarının %60'ı geçmesi, onların hasta bakımında aktif bir rol oynadığını ve sağlık hizmeti sağlayıcılarla iletişimde etkili bir şekilde hastaları savunduğunu göstermektedir.

Andrades ve arkadaşları (2013, s. 285) hastaların, refakatçinin muayene sürecindeki rolü ve etkisi hakkındaki bakış açılarını belirlemeyi amaçladıkları çalışmada, çalışmaya katılan çoğu refakatçinin, pasif refakatçi rolünde olduğu ve doktor-hasta ilişkisinde herhangi bir katkı sağlamadığı bildirilmiştir. Street ve Gordon (2008, s. 248) 41 ziyarette (%48.8), refakatçilerin hastayla birlikte yapılan aktif katılım davranışlarının %40'ından daha azını oluşturduğuna ve dolayısıyla daha pasif bir rol üstlendiklerine işaret etmiştir. Ching-Yen ve arkadaşları. (2004, s. 258). özel refakatçilerin çoğunun (%75) nötr bir tutuma sahip olduğunu belirtmiştir ve bu refakatçilerin pasif katılımcı rolünde olduğunu söylemek mümkündür.

Ishakawa (2003, s. 58) konsültasyonların yaklaşık %20'sinde refakatçilerin, hasta sağlık sorunlarıyla ilgili olmayan kendi sağlıkları hakkında konuştuklarını bildirmiştir. Bu bulgu bahsedilen refakatçilerin muhalif rolünde olduğunu düşündürmektedir. Muhalif rol, genellikle sağlık profesyonellerinin dikkatini hasta

dışındaki konulara yönlendirerek veya sağlık hizmetinin önceliklerini sorgulayarak ortaya çıkar. Ishikawa (2003) bu bulgusunda, refakatçilerin yalnızca hastanın değil, kendi sağlık kaygılarını da dile getirme çabasıyla bu rolü sergilediğini düşündürmektedir.

Çalışmada katılımcılar refakatçilerin hasta güvenliği konusu kapsamında değerlendirilen uygulamalardan hasta bakımı ile ilgili uygulamaya ilişkin deneyimler en yüksek katılım aldığı görülmektedir. Bunu sırasıyla hastaların düşme risklerine karşı deneyim, güvenli transfer/devire ilişkin deneyim ve kayıt/iletişime ilişkin deneyim ile ilgili uygulamaları izlemektedir. Bu bulgular, refakatçilerin hasta bakımına aktif bir şekilde katıldığını ve uygulama süreçlerinde katkı sağladığını göstermektedir. Bu bulgular, Gürlek Kısacık ve Fırın (2019) tarafından yapılan çalışmayla paralellik göstermektedir. Araştırmalar, refakatçilerin hasta güvenliği konusunda yüksek bir farkındalık sergilediğini ve sağlık çalışanlarının önerilerini büyük ölçüde uyguladığını ortaya koymaktadır. Örneğin, düşme riski yönetiminde refakatçilerin hasta güvenliğini artırdığı ve kaygan zeminler, yatak kenarlıkları gibi risk faktörlerine karşı aktif önlemler aldığı belirtilmiştir (Gürlek Kısacık ve Fırın, 2019).

6.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Çalışma kapsamında refakatçi rolleri üzerinde etkili olan faktörler ve refakatçi rollerinin hasta güvenliği uygulamaları üzerinde etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda iki hipotez kurulmuş olup, aşağıdaki değerlendirmeler bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

6.2.1. Refakatçi Rollerinde Etkili Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma kapsamındaki refakatçiler tarafından gerçekleştirilen davranışların değerlendirilmesinde; savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif olmak üzere dört farklı refakatçi rolü belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki

refakatçilerin belirlenen bu rolleri üzerinde etkili olan özelliklerin neler olduğu çok değişkenli analizlerle ortaya konmuştur.

Buna göre refakatçilerin rollerinden savunucu-arabulucu rolü üzerinde etkili olan özelliklerin eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi ve hasta ile yakınlık derecesi olduğu görülmüştür. Buna göre; ortaöğretim mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre; hasta bakım bilgisi biraz ya da çok olanların az ya da hiç bilgisi olmayanlara göre ve hastanın çocuğu, kardeşi ya da özel bakım elemanı olmasının eşi olma durumuna göre savunucu arabulucu refakatçilik düzeyleri daha yüksektir. Literatürde çalışmamızın sonucu ile paralellik gösteren çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur.

Literatürde refakatçilerin savunucu-arabulucu rolü ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Kanada'da 1.084 hasta ve aile üyesiyle yapılan bir çalışmada, ailelerin sağlık profesyonelleriyle ortak çalışmayı tercih ettiği gözlemlenmiştir. Aktif olarak katılanlar (%73,3), daha eğitilmiş ve güvenli hissetme eğilimindedir. Daha az katılım gösterenler (%26,7), genellikle daha az eğitilmiş ve rehberlik gereksinimi duyan bireylerdir (Correia vd., 2021, s. 134). Elibol (1996) tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça refakatçilerin hasta bakımına katılımının arttığı ve daha bilinçli bir şekilde rol aldıkları bildirilmiştir. Lise ve üzeri eğitilmiş refakatçilerin duygusal destek sağlama oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Mackie ve arkadaşları (2018) tarafından erişkin akut bakım servislerinde aile katılımını teşvik eden müdahaleleri incelemek amacı ile yapılan bir çalışmada, refakatçilerin sağlık bilgisi düzeylerinin artmasının, hasta bakım süreçlerinde daha etkin bir rol oynamalarına ve hasta güvenliğini artırmalarına katkı sağladığı belirtilmiştir.

Ching-Yen ve arkadaşları (2004) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %53,1'inin, birlikte yaşadıkları yetişkin çocukları tarafından refakat edildiğini bildirmiş ve refakatçi çocukların sıklıkla yaşlı hastalar için tıbbi kararlar

almaya çalıştıklarını bildirmiştir. Bu tutum Adelman ve arkadaşlarının (1987) tanımladığı savunucu-arabulucu rolü ile uyumludur.

Shilling ve arkadaşları (2002, s. 689) tarafından yapılan benzer bir çalışmada refakatçilerin %93'ünün aile üyelerinden biri olduğu belirtilmiş ancak aile üyelerinin kim olduğu detaylı açıklamamıştır. Ancak çalışmaya katılan hastaların tıbbi görüşmeye yanlarında birini getirme sebepleri, ulaşımında yardımcı olmak, duygusal destek sağlamak ve yalnızlıklarını gidermek olarak ifade edilmiş olup, bu sonuçlar refakatçi rollerinden savunucu rolünün özelliklerini ifade etmektedir. Diğer yandan Brown ve arkadaşları., (1998) eşlerin çoğunun yaşlı hastaya refakat ettiğini ve eşlerinin tıbbi görüşmelerine katılan refakatçileri öncelikle savunucu (%58,9) ve gözlemci (%33,9) olarak davrandıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgu çalışmanın sonucu ile örtüşmemektedir. Çalışmanın bulgusundan farklı olarak Brown ve arkadaşları (1998) refakatçilerin tıbbi görüşme üzerindeki etkisini, çocuğu tarafından refakat edilen ebeveyn ikilisi dışında tüm ikili yapılandırmaları için büyük ölçüde olumlu olarak tanımlamıştır. Daltoni ve arkadaşları (2017, s. 236) yapmış olduğu çalışmada, tıbbi görüşmede en yaygın ikili gruplardan birini ebeveynine eşlik eden yetişkin çocuk olarak bildirmiştir. Bu refakatçilerin rolleri, doktorlar tarafından çoğunlukla hastalar için savunucu olarak tanımlanmıştır. Doktorlar, refakatçilerin konsültasyonlar sırasındaki davranışlarını öncelikli olarak hem hasta hem de doktor için destekleyici olarak kaydetmiştir.

Clayman ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada refakatçilerin, eşler, yetişkin çocuklar, akrabalar ve arkadaşlar olduğunu bildirmiştir. Bu kişilerin, tıbbi ziyaretlere aktif katılımcılar olarak dahil olduğunu, sadece hastaya fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve bilişsel anlamda da destek verdiğini bildirmiştir.

Beisecker ve Moore (1994) yapmış oldukları çalışmada genç erkeklerin, eşlerini refakat ederken, daha kendine güvenen ve doktorla çok sayıda soru soran bireyler olarak tanımlanmışlardır. Çalışma kapsamında elde edilen bulgu bizim çalışmamızdan farklılaşmaktadır. Bunun nedeninin kültürel ve demografik

farklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Araştırmacıların çalışması Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilmiştir. Refakatçi davranışlarını etkileyen kültürel normlar, toplumsal roller veya sağlık sistemine özgü özellikler, ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir.

Wetle (2005, s. 645) refakatçinin hastası bakım evine yerleştikten sonra, direkt bakım veren rolünün devam ettiğini, ancak biraz değiştiğini, aile üyelerinin daha fazla savunuculuk rolünü üstlenebileceğini aktarmıştır.

Bu çalışmada refakatçilerin rollerinden savunucu-destekçi rolü üzerinde anlamlı etkiye sahip olan özelliklerin eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi ve refakat süresi olduğu bulunmuştur. Buna göre; eğitim düzeyi ortaöğretim seviyesinde ve üniversite seviyesinde olan refakatçilerin eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olanlara göre; sağlık bakım bilgisi biraz ve çok olanlar bilgisi olmayan veya az olanlara göre, refakat süresi 3-4gün olan refakatçilerin, refakat süresi 1-2 gün olan refakatçilere göre savunucu destekçi davranışı daha fazla gösterdikleri bulunmuştur.

Literatürde refakatçi eğitim düzeyi bilgisi olmakla birlikte, refakatçi rolü ile ilişkilendirilmiş çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Wolff ve arkadaşları (2014, s. 316) yaşlı yetişkinlerin, ücretli olmayan bir refakatçi ile birlikte tıbbi ziyaretlere katıldıkları ön-konsültasyon kontrol listesinin kabul edilebilirliğini belirlemek ve ziyaret iletişimi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada refakatçi özellikleri arasında yaş, cinsiyet, hasta ile ilişkisi, eğitim durumu ve çalışma durumu bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların refakatçilerinin genellikle daha yüksek eğitilmiş (%81,3 iki yıllık yüksek eğitim ve daha fazlası) ve refakatçi rollerinin bilgi alışverişine ve hastanın anlayışına yardımcı olduğu bildirilmiştir. Eğitim seviyesi daha yüksek olan refakatçilerin, hasta bakımına yönelik sorumlulukları daha etkin bir şekilde yerine getirdiği ve savunucu-destekçi rollerini daha fazla benimsediği görülmektedir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip refakatçiler, sağlık sistemi ile etkileşimde

bulunurken daha fazla güven ve bilgiye sahip oldukları için hasta adına daha iyi savunuculuk yapabilir ve destek sağlayabileceği düşünülmektedir.

Jansen ve arkadaşları (2010, s. 175) refakatsiz ve refakatli yaşlı kanser hastaları ile refakatçilerinin bilgi hatırlama düzeylerini incelediği çalışmada, refakatçilerin eğitim düzeyinin hastalardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışma, hem yaş hem de eğitim düzeyinin bilgi hatırlama ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Daha yüksek eğitilmiş refakatçilerin, sağlık profesyonellerinden alınan bilgileri daha etkin yöneterek hasta adına bilinçli kararlar aldığı ve bir "bilgi arabulucu" işlevi gördüğü belirlenmiştir. Ayrıca, genç refakatçilerin bilgileri hatırlama ve savunucu-destekleyici rol üstlenmede daha başarılı olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde, genç ve eğitilmiş refakatçilerin bu rollerde daha etkin olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bilgileri hatırlama düzeyinin savunucu-destekleyici rolü kolaylaştırdığını ve hastaların tedavi süreçlerine olumlu katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Arıkan ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim durumunun refakatçilerin problem çözme düzeylerini etkilediği ve lise mezunu olan refakatçilerin diğerlerine göre sorunlar ile daha iyi baş ettikleri tespit edilmiştir. Diğer taraftan refakatçi davranışlarının eğitim düzeyine göre farklılık göstermediğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Dericioğlu, Albakır, ve Saygı, 2000; Isenberg, ve diğerleri, 2018).

Çalışma kapsamında savunucu-destekçi refakatçi rolü üzerinde etkili olan bir diğer değişken refakatçinin sağlık bakım bilgisi olarak belirlenmiştir. Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Ersoy ve arkadaşları (2009)'nin acil servise başvuran hasta yakınlarının, gözlemlenen resüsitasyon hakkındaki tutumlarını belirlemek ve bu tutumları etkileyen sosyodemografik değişkenleri açıklığa kavuşturmak amacı ile yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu (%66,4) resüsitasyon sırasında hastanın yanında hazır bulunmak istediklerini belirtmiştir. Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) sırasında hazır bulunma isteğinin en yaygın nedenleri olarak "hastaya destek sağlamak" ve "müdahaleyi

gözlemlemek” olarak belirtilmiştir. Ersoy (2009) tarafından yapılan bu çalışma, hasta bakım bilgisi değişkeninin refakatçilerin rollerini nasıl etkileyebileceğine dair önemli ipuçları sunmaktadır: Hasta bakım bilgisi yüksek refakatçiler, tıbbi müdahalelerde daha fazla gözlemci ve destekleyici rol oynama eğilimindedir. Bu kişiler, tıbbi müdahaleleri gözlemleyerek hastaya destek sağlama ve süreçlere müdahil olma isteği göstermektedir. Çalışmada, resüsitasyon sırasında bulunma isteğiyle bağlantılı olarak, refakatçilerin bir kısmının önceden CPR deneyimine sahip olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hasta bakım bilgisi yüksek refakatçilerin, daha önceki deneyimlerinden kaynaklanan bir farkındalık geliştirdiği ve bu farkındalığın savunucu-destekçi rollerini güçlendirdiği şeklinde ifade edilebilir.

Dergal (2011, s. 72) özel refakatçilerin rollerini kişisel bakıma katılmak, personelin vakti olmayan küçük işleri üstlenmek, hasta savunuculuğu yapmak, bakım sağlamak ve hastanın işlerini organize etmek olarak tanımlamıştır. Bu görevler, refakatçilerin savunucu-destekçi bir rol oynadığını ve sağlık hizmetlerinde aktif bir pozisyon aldığını göstermektedir. Diğer yandan Wetle (2005, s. 645) refakatçinin hastası bakım evine yerleştikten sonra, direkt bakım veren rolünün devam ettiğini, ancak biraz değiştiğini, aile üyelerinin daha fazla savunuculuk rolünü üstlenebileceğini aktarmıştır. Bu bulgu, savunucu-destekçi refakatçilik rollerinin hasta bakım sürecinde esnek bir yapıya sahip olduğunu ve farklı bakım ortamlarına göre şekillendiğini göstermektedir.

Elibol (1996) tarafından yapılan çalışmada refakatçilerin 16-29 yaş aralığında olanların %53,3’ünün fiziksel bakım aktiviteleri, %60,0’inin kişisel hijyen aktiviteleri, %46,7’sinin tıbbi tedavi ve bakım aktiviteleri, %86,7’sinin duygusal destek aktiviteleri ve %86,7’sinin sosyal destek aktiviteleri yaptığı bulunmuştur. Bu aktiviteler savunucu-destekçi rolü için uygun uygulamalar olmakla birlikte bunların gerçekleştirilmesi için ilgili aktiviteler hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiği düşünülebilir.

Çalışma kapsamında refakatçi rolleri konusunda elde edilen bir diğer bulgu pasif katılımcı rolü üzerinde etkili olan refakatçi özelliklerinin yaş, eğitim düzeyi, hasta

ile yakınlık derecesi ve refakat süresi olduğu bulunmuştur. Buna göre yaşları küçük olan (40 ve altı) refakatçilerin, büyük (66 ve daha büyük) olanlara göre ve eğitim düzeyi üniversite mezunu olanlar ilköğretim mezunu olanlara göre daha az pasif katılımcı rolü gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca refakatçinin hastanın çocuğu olması eşine göre daha az; anne/babası olması durumunda ise eşine göre daha fazla bu rolü ilişkin davranış sergilediğini göstermektedir. Pasif katılımcı rolü üzerinde etkili olan bir diğer değişken refakat süresi olup, refakat süresinin uzaması (5 ve üzeri gün) bu role ilişkin davranışları sergileme olasılığını artırmaktadır.

Auslander (2011, s. 211) tarafından İsrail'deki aile bireylerinin hastanede bakım verme durumunun incelendiği araştırmaya göre, yaşlı bakım verenlerin genç bakım verenlere göre hastanede daha fazla süre kaldıkları ve refakatçilerin motivasyonlarının (yardım etme arzusu, ayrılık endişesi gibi) hastanede geçirdikleri süreyi etkilediği ifade edilmiştir. Ayrıca refakatçilerin hastanede daha fazla süre geçirmeleri hasta ile daha yoğun bir ilişki içinde bulunarak pasif katılımcı rolünü daha fazla üstlendiği bulunmuştur.

Cunningham ve arkadaşları (2016, s. 1364) çalışmasında, pasif katılımcı refakatçilerin genellikle daha düşük eğitim seviyesine sahip oldukları ve hastane ortamında güvenlik konularında kendilerine daha az güvendikleri belirtilmiştir. Bu refakatçilerin, sağlık profesyonellerinin yönlendirmelerine daha fazla bağımlı oldukları ve kendi inisiyatiflerini kullanmada çekingen davrandıkları gözlemlenmiştir.

Çalışmada refakatçi rollerinden muhalif rolü üzerinde etkili olan özelliklerin; cinsiyet, sağlık bakım bilgisi, hasta ile yakınlık derecesi ve hastanın ekipman kullanıp kullanmaması olduğu bulunmuştur. Buna göre erkek refakatçiler kadınlara göre, sağlık bakım bilgisi hiç olmayanlar, biraz olanlara göre, refakatçinin hastanın eşi olmasının çocuğu olmasına göre ve hastasının ekipman kullanıyor olması kullanmayanlara göre daha fazla muhalif davranış gösterdikleri bulunmuştur.

Beisecker ve Moore (1994, s. 26) refakatçilerin davranışlarındaki farklılıkların, refakatçinin cinsiyetine göre değiştiğini belirlemiş, erkek refakatçilerin kadınlara kıyasla daha muhalif bir duruş sergilediğini ifade etmiştir. Ayrıca çalışmada hastanın eşi durumunda olan refakatçilerin daha sorgulayıcı ve karar süreçlerine dahil olma eğiliminde olduğu bulunmuş ve yaşlı kadın eş refakatçilerin genellikle tıbbi görüşmeleri domine ettikleri bildirilmiştir. Bu davranış, muhalif refakatçi rolü ile örtüşmektedir. Araştırmacılar ayrıca erkek eş refakatçileri "koruyucu" ve "çatışmacı" olarak tanımlamış ve bu refakatçilerin bilgi toplamaya ve karar süreçlerine aktif olarak katılmaya motive olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum eş refakatçilerin sağlık hizmetlerinde daha eleştirel ve sorgulayıcı bir yaklaşım sergileyerek hastalar adına daha etkin kararlar alma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Ancak diğer yandan Ching-Yen ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hastayla birlikte yaşayan yetişkin çocukların %48,8'inin tıbbi görüşmelerde muhalif rol sergileyerek eleştirmen ve konuşmacı rollerini üstlendiği bulunmuştur.

6.2.2. Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamalar Üzerinde Etkili Olan Refakatçi Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında refakatçi davranışları ile ilişkili hasta güvenliği kapsamındaki uygulamalar; hasta bakımına ilişkin uygulama deneyimi, kayıt/iletişim deneyimi, düşme riskine karşı deneyim ve güvenli transfer deneyimi olarak dört faktör şeklinde belirlenmiştir. Hasta güvenliği kapsamında belirlenen bu dört refakatçi deneyimi üzerinde etkili olan özelliklerin neler olduğu çok değişkenli analizlerle ortaya konmuştur. Elde edilen bulgular ve literatürdeki benzer araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Buna göre hasta güvenliği kapsamındaki uygulama deneyimi boyutu üzerinde etkili olan özelliklerin refakatçinin yakınlık derecesi, refakat süresi ve refakatçi rollerinden savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif rollerinin olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre; refakatçinin anne/baba veya kardeş olmaları eşlerine göre hasta güvenliği kapsamındaki uygulama deneyimine

yönelik davranışlarını artırmaktadır. Van Rosse ve arkadaşları (2016) refakatçinin çoğunlukla hastanın çocuğu olduğunu bildirmiştir. Philadelphia'da yapılan bir çalışmada, 115 ebeveynin el yıkama gibi enfeksiyon önleme uygulamalarına katkıda bulunma istekliliği incelenmiştir. %84'ü enfeksiyon risklerinin farkında olduğunu, %67'si sağlık çalışanlarını el yıkama konusunda uyaracağını belirtmiştir (Correia vd., 2021, s. 135).

Çalışma kapsamında hasta güvenliği kapsamında uygulama deneyimi üzerinde etkili olan bir diğer değişkenin refakat süresi olduğu bulunmuş olup, refakat süresi 7 gün ve üzerinde olan refakatçilerin uygulama deneyimi davranışları 1-2 gün olanlara göre daha düşüktür. Refakat süresinin uzunluğu, refakatçilerin hasta güvenliğine yönelik uygulamalarında çift yönlü bir etkiye sahiptir. Tsironi ve Koulierakis (2017) uzun süreli refakatçilik yapan aile üyelerinin stres düzeylerinin arttığını, bu durumun ise dikkat ve etkinliklerinde azalmaya yol açtığını bulmuştur. Çalışmada çocuğunun 14 günden fazla hastanede yatması ve geçmişte hastaneyi sıkça ziyaret etmiş olmaları, yüksek stres düzeyleri yaşayan ebeveynlerin belirleyicilerinden biri olduğu ifade edilmektedir. Yüksek stres düzeyinin hasta güvenliği ile ilişkili uygulama deneyimini etkileyeceği düşünülmektedir. Aynı şekilde, uzun süreli refakatçilerin hastane ortamında daha pasif roller üstlenebildiği ve bazen hasta güvenliği risklerine kayıtsız kalabildiği ifade edilmiştir (Ambrosi, ve diğerleri, 2017).

Hastaya uzun süreli eşlik eden refakatçilerin, zamanla hastaya karşı kayıtsız kalabileceği ve hastanın gündeminden uzaklaşabilecekleri değerlendirilmektedir. Demans hastalarının bakımı için hastaya uzun süreli eşlik eden aile üyelerinin, psikolojik ve sosyal destekte yetersizlik, hastaya yanlış ilaç uygulamaları ve hasta düşmelerinin artması gibi tıbbi hatalara neden olduğu bildirilmiştir. Bu durumun, uzun süreli refakatçilikle ilişkili olduğu söylenebilir. Araştırma sırasında yapılan gözlemler sonucunda, uzun süreli refakat eden refakatçilerin, kendilerini hastanede misafir olarak gördükleri, hastanın rutin işlemlerinde çoğunlukla sağlık personelinin destek aldıkları, hastane koridorlarında arkadaşlık ilişkileri

geliştirdikleri, hastalarının yanından sıkça ayrıldıkları ve hasta güvenliğini tehlikeye sokacak durumlara karşı kayıtsız kalabildikleri gözlemlenmiştir.

Van Rosse ve arkadaşları (2016) refakatçilerin bakıcı rolünü, günlük profesyonel hemşirelik görevlerine, örneğin hastaların yıkanması ve mobilizasyonu gibi, sıkça dahil olmalarının normal bir uygulama olarak kabul edildiğini bildirmiştir. Hemşireler, akrabaların bu görevlerden bazılarını üstlendiklerinde yapmaları gereken iş miktarının önemli ölçüde azaldığını bildirmişlerdir. Akrabalar ise bu görevleri üstlenmelerinin ana nedeninin kültürel olduğunu; yani (çoğu) Türk ve Faslı hastaların akrabaları, ebeveynlerine ya da büyükanne-babalarına bakım sağlama konusunda yer almayı normal kabul ediyorlardı. Hemşirelik görevlerini üstlenmenin yanı sıra, akrabalar bazen klinik süreçlere de müdahale ettiler. Akrabalar, tıbbi eğitim almadıkları hâlde, genellikle kendi akrabaları için neyin en iyi olduğunu bildiklerini aktarmıştır. Örneğin, böbrek nakli yapılmış bir kadın hasta, greft başarısızlığı nedeniyle greft böbreği bir süre sonra alınmak zorunda kaldığını; aile, greft böbreğinin alınması kararının geç alındığını düşündüğünü aktarmıştır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, bazen hastaların akrabalarının işlerini ve tedavi tavsiyelerini engellediğini hissettiklerini aktarmıştır. Bazen bu durumun, hasta güvenliği için bir risk oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Auslander (2011, s. 210) hastanede geçirilen sürenin, izleme görevleri, kalite güvencesine yönelik motivasyonlar, bakım verenin elde ettiği faydalar ve dışsal baskılar ile arasında düşük düzeyde bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca çalışma kapsamında refakatçi davranışları savunucu destekçi, pasif katılımcı ve muhalif olanların hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Buna göre, refakatçinin savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi artmakta, muhalif rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi azalmaktadır. Bu sonuç refakatçi rolleri iyi tanımlandığında şaşırtıcı değildir. Eğer bir refakatçi savunucu-destekçi refakatçi rolünde ise hastanın savunucusu olarak hareket etmektedir. Diğer yandan pasif katılımcı rolündeki refakatçiler, hastanın yanında

tam bir görev insanı gibi hareket etmektedir. Tıbbi durumlarla ilgili yorum yapmaz, hastanın yanındadır ve kendisi için tanımlanan işlemleri yapmak dışında hareket etmez. Diğer yandan muhalif refakatçiler, hastanın gündeminden daha çok kendi gündemlerini ön planda tutar. Hastanın yanındadır ancak hastanın gündemini ihmal eder. Van Rosse ve arkadaşları (2016)'nin tanımladığı tercüman rolü tam bir muhalif refakatçi olarak tanımlanmıştır. Dil desteği veren refakatçi, çoğu zaman hastanın dediğini değil, kendi olmasını istediği sonuçları sağlık hizmet sunucusuna aktarır. Bu tutumun hasta güvenliği uygulama deneyimi için son derece riskli bir durum olduğunu söylemek mümkündür. Correia ve arkadaşları (2021) 16 aile üyesiyle yapılan bir çalışmada, ailelerin hasta güvenliğiyle ilgili çeşitli eylemleri gerçekleştirdiğini bildirmişlerdir. Bu eylemler; enfeksiyon önleme (el yıkama, atık ayrımı), bası yaralarının önlenmesi, ilaçların doğru verilmesi, gastrik tüple besleme gibi işlemleri içermektedir. Söz konusu çalışmada bu eylemler genellikle hemşireler tarafından yeterince rehberlik edilmeden gerçekleştirildiği için hasta güvenliğinin riske girebileceği ifade edilmektedir. Bostwick ve Beesley (2018)'in yoğun bakım ünitesinde hasta güvenliğinde ailenin rolünü belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada da aile üyelerinin, sevdiklerinin doğal koruyucuları olduğunu ve hasta güvenliğinde önemli bir rol oynadıklarını belirtmiştir. Ancak, genellikle güvenlik süreçlerine dahil edilmemeleri nedeniyle bu etkilerinin sınırlandırıldığını ifade etmektedirler.

Bahia'daki bir kamu hastanesinde 2014 yılında, öz bakım konusunda bağımlı hastaların ailesiyle gerçekleştirilen ve hasta güvenliğini etkileyebilecek refakatçilerin eylemlerinin anlaşılmasının amaçlandığı nitel bir çalışmada; refakatçilerin hastalarına özen gösterdiğini ve enfeksiyon önleme, ilaç ve malzemelerin güvenli kullanımı konularında bilgi sahibi oldukları ortaya koyulmuştur. Ayrıca, bası yaralarını önlemek için önlemler aldıkları ve hemşirelik ekibiyle yapıcı bir etkileşim kurmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir. Refakatçilerin gerçekleştirdiği eylemlerin hasta güvenliğine yönelik olduğu ve açık rasyonaliteye dayanan duygusal bir ortam içinde şekillendiği sonucuna varılmıştır (Passos vd., 2016).

Bu çalışmada hasta güvenliği kapsamındaki kayıt/iletişim deneyimi boyutu üzerinde etkili olan özelliklerin refakatçinin sağlık bakım bilgisi, yakınlık derecesi, refakat süresi ve refakatçi rollerinden savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi ve pasif katılımcı rollerinin olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre; sağlık bakım bilgisi biraz olanların hiç/az olanlara göre, hasta güvenliği ile ilgili kayıt ve iletişim deneyimi üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir. Çalışma kapsamında refakatçinin hastanın çocuğu veya anne/babası olanların eşi olanlara göre, hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir. Hasta güvenliği kapsamında kayıt/iletişim deneyimi üzerinde etkili olan bir diğer değişkenin refakat süresi olduğu bulunmuş olup, refakat süresi 5-6 gün olan refakatçilerin kayıt/iletişim deneyimine ilişkin davranışları refakat süresi 1-2 gün olanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin davranışlardan kayıt/iletişim deneyimi üzerinde refakatçi rollerinden; savunucu arabulucu, savunucu destekçi ve pasif katılımcı rollerinin etkisinin olduğu bulunmuştur. Buna göre, refakatçinin savunucu arabulucu, savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili kayıt/iletişim deneyimi artmaktadır.

Van Rosse ve arkadaşları (2016) hastanın akrabalarının genellikle hastanın rolünü üstlendiklerini ifade etmektedir. Bazı durumlarda, hastalar kendi hastalıklarının farkında değildirler. Hastalık yönetimi ve tedavi konusunda bilgi eksiklikleri vardır. Akrabalar, hastanın beyni ve hafızası rolünü sıkça üstlenebilmektedirler. Örneğin, hasta kabulü sırasında, erkek çocuğun hastaneye yatmış annesinin yanında oturduğunu gözlemlediklerini ve hastaya refakat eden erkek çocuğun, cep telefonundan aranarak annesinin alerjileri hakkında soru sorulduğunu aktarmışlardır. Birkaç hafta sonra, oğulla yapılan röportajda, sadece kendisinin ve diğer aile üyelerinin annesinin alerjilerini bildiğini, annesinin ise bilmediğini belirtmiştir. Aynı şekilde babasına refakat eden bir kız çocuğunun, babasının ağrısını tercüme etmesi ve doktordan başka bir ağrı kesici ilaç istemesi bir diğer örnek olarak verilebilir. Akrabalar, aile üyelerinin bakım sürecine yakın bir şekilde dahil olduklarında, daha önce açıklandığı gibi, hasta güvenliği risklerini azaltmada olumlu bir etkiye sahip olabilirler.

Çalışma kapsamında hasta güvenliğine ilişkin uygulamalar kapsamında belirlen bir diğer boyut düşme riskine karşı deneyimdir. Çalışmada hasta güvenliği ile ilişkili olarak düşme riskine karşı deneyim davranışları üzerinde etkili olan özelliklerin; refakatçinin cinsiyeti, sağlık bakım bilgisi ve refakatçi rollerinden savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif davranışlar olarak bulunmuştur. Buna göre erkek refakatçilerin kadınlara göre, sağlık bakım bilgisi orta düzeyde (biraz) olanlar bilgisi hiç olmayanlara göre düşme riski deneyimleri daha düşük bulunmuştur. Ayrıca refakatçinin savunucu destekçi ve pasif katılımcı rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine ilişkin deneyimi artmakta, ancak refakatçinin muhalif rolünün artması hasta güvenliği ile ilgili düşme riskine ilişkin deneyimini azaltmaktadır.

Takase (2022) hastanede yatan hastaların düşme riskini azaltmada aile üyelerinin rolünü ele alarak düşmelerin önlenmesinde karşılaşılan zorlukları ve ailelerin katkılarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin, aile üyelerine düşme riskleri ve önleme stratejileri hakkında yeterli bilgi ve eğitim vermemesi nedeniyle, düşme olaylarının meydana geldiği belirtilmiştir. Bu eksiklik, ailelerin hastayı geçici olarak gözetimsiz bırakmasına veya güvenli olmayan transfer yöntemleri kullanmasına yol açmıştır. Çalışma, aile üyelerinin hastanın günlük bakımına katılımının düşme riskini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini belirtmiştir. Ancak, etkili bir şekilde katkı sağlayabilmeleri için ailelerin bilgi ve rehberlikle desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Çalışmanın sonucunda aile üyelerinin hasta güvenliği süreçlerine dahil edilmesi, düşme riskini azaltmada kritik bir rol oynayabileceği ifade edilmektedir. Ancak, hemşirelerin aileleri bilgilendirme ve eğitme konusundaki eksikliklerinin de giderilmesi vurgulanmıştır. Söz konusu çalışma, aile katılımının artırılması için yapılandırılmış rehberlik ve eğitim stratejilerinin uygulanmasını önermektedir.

Almeida ve arkadaşları. (2024), yaptıkları çalışmada, yatan hastalarda düşme önleme stratejilerinde aile üyelerinin rolünü ve hemşirelerin aileleri bu sürece dahil etmedeki etkisini incelemektedir. Aile üyeleri, düşme riskini azaltmada önemli bir destek kaynağıdır. Özellikle yaşlı hastalarda, ailelerin bakım

süreçlerine aktif katılımının, hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etkisi olduğu vurgulanmıştır. Aileler, hastaların hareketlerini gözlemleyerek, güvenli olmayan durumlara müdahale edebilir ve düşme risklerini azaltabilir. Hemşirelerin, aile üyelerini düşme riskleri ve önleme stratejileri hakkında bilgilendirme ve eğitime konusunda yetersiz kaldığı belirtilmiştir. Ailelerin hasta güvenliği ile ilişkili konulardaki eğitim eksikliği güvenli transfer teknikleri, çevre düzenlemeleri ve düşme önleme konusunda etkili katkı sağlayamamasına neden olmaktadır. Çalışma, hemşirelerin, aile üyelerini eğiterek ve sürece dahil ederek düşme önlemede daha etkili bir rol oynayabileceğini vurgulamaktadır. Ailelerin düşme önleme sürecine katılımı, kültürel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Hemşirelerin bu bağlamda ailelerle daha etkili bir işbirliği kurması önerilmektedir. Çalışmanın sonucunda aile üyelerinin, hastanede yatan bireylerde düşme riskini azaltmada aktif bir şekilde rol oynaması gerektiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, bu katılımın etkili olabilmesi için hemşirelerin aile üyelerini eğitmesi ve süreçlere dahil etmesi kritik öneme sahiptir. Çalışma, hasta güvenliğini artırmak için ailelerin güçlendirilmesi ve hemşirelerin rehberlik rollerinin geliştirilmesi gerektiğini önermektedir.

Hoffmann ve arkadaşları (2019) hasta güvenliği olaylarını analiz etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, refakatçilerin hastane ortamında karşılaştıkları hasta güvenliği ile ilgili olaylar değerlendirilmiş ve düşmeler, çocuk beslenmesi, hasta kimlik doğrulama süreçleri, ilaç yönetimi, iletişim, el hijyeni, enfeksiyon kontrolü ve refakatçi-profesyonel ilişkileri gibi kritik konular rapor edilmiştir. Araştırma bulgularına göre yatak veya beşik bariyerlerinin yetersizliği ve refakatçilerin bu konuda yeterince bilgilendirilmemesi, çocuklarda düşme riskini artıran temel faktörlerdir. Hasta bilekliklerinin kontrolünde eksiklikler tespit edilmiş, bazı hastaların bilekliklerinin olmadığı veya eksik olduğu gözlemlenmiştir. Bu sorunlar özellikle vardiya değişimlerinde belirgin hale gelmiştir. İlaçların zamanında verilmemesi, dozaj hataları ve hastalar arasında karışıklık gibi sorunlar ortaya çıkmış, refakatçilerin bu eksiklikleri fark ettiği belirtilmiştir. Sağlık çalışanları ile refakatçiler arasındaki bilgi paylaşımındaki aksaklıkların hasta güvenliğini tehlikeye attığı, bu eksikliklerin güven sorunlarına yol açtığı vurgulanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hasta güvenliğine ilişkin olaylarda en büyük katkı faktörlerinin iletişim ve refakatçi-profesyonel ilişkileri olduğu belirlenmiştir. Refakatçilerin çocuk bakımına katılımının artırılması ve desteklenmesinin, güvenlik kültürünü teşvik edici bir strateji olarak geliştirilmesi önerilmektedir. Özellikle refakatçilerin yeterince bilgilendirilmediği durumlarda hasta güvenliği risklerinin arttığı, bu nedenle bakım süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin gerekli olduğu belirtilmiştir.

Çalışma kapsamında hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi boyutu üzerinde etkili olan özelliklerin refakatçinin cinsiyeti, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, refakat süresi ve refakatçi rollerinden savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi ve muhalif rollerinin olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre; erkek refakatçiler kadın refakatçilere göre, üniversite mezunu olanlar ilköğretim mezunu olanlara göre, sağlık bakım bilgisi olanlar olmayanlara göre ve refakat süresi 7 gün ve daha fazla olanlar 1-2 gün olanlara göre güvenli transfer deneyimlerine ilişkin davranış gösterme eğilimi daha düşüktür. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede kadın refakatçilerin daha dikkatli ve sorumluluk sahibi bir tutum sergilemesiyle açıklanabilir. Erkek refakatçilerin, genellikle daha az detay odaklı olmaları ve hastanın günlük ihtiyaçlarına ilişkin daha az ilgili olmaları bu sonucu destekleyebilir. Bu bulgular, literatürde kadın refakatçilerin genellikle daha destekleyici ve hasta odaklı roller üstlendiklerini bildiren çalışmalarla uyumludur. Ayrıca, refakatçinin savunucu arabulucu ve savunucu destekçi rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi artmakta, muhalif rolü arttıkça hasta güvenliği ile ilgili güvenli transfer deneyimi azalmaktadır. Muhalif rolü, genellikle refakatçinin hasta yerine kendi gündemini önceliklendirmesiyle ilişkilendirilmektedir. Bu durum, hastanın düşme riskine karşı alınması gereken önlemlerin göz ardı edilmesine yol açabilir.

Bergman ve De Jesus (2024) hasta transferi sırasında iletişim ve güvenlik önlemlerinin önemini vurgulayan çalışmalarında özellikle, hastanın transferi sırasında hasta ile etkili iletişim kurulması, güvenliğin sağlanması ve ailenin bu süreçte dahil edilmesinin önemi ele almaktadır. Transfer sırasında hasta ile sürekli

iletişim kurarak her adımı açıklamak, hem hastanın güvenliğini sağlamak hem de iş birliğini artırmak açısından kritik önemdedir. Aile yeleri, bu süreçte hastaya psikolojik destek sağlama ve iletişimde köprü kurma rolü üstlenebilir. Aile yelerinin bu süreçte asistanlık yapması veya yardımcı olması için uygun şekilde bilgilendirilmesi önemlidir. Aile yeleri, transfer işlemlerinin bir parçası olarak hasta ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilir ve süreç boyunca aktif olarak katkıda bulunabilir. Ancak, ailelerin bu tür görevleri güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi için eğitim ve rehberlikle desteklenmesi gereklidir. Transfer öncesinde kullanılan ekipmanların doğru şekilde hazırlanması ve transfer sürecinin her aşamasında hastanın güvenliğinin sağlanması şarttır. Bu süreçte aile yeleri gözlemci veya destekleyici bir rol üstlenebilir. Hasta transferi, hem fiziksel güvenlik hem de psikolojik destek açısından dikkatle yönetilmelidir. Aile yelerinin sürece dahil edilmesi, hastanın rahatlığını artırabilir ve sağlık personeli ile aile arasında daha güçlü bir iş birliği geliştirilmesini sağlayabilir. Ancak bu katılımın etkili olabilmesi için ailelerin uygun eğitimle desteklenmesi gereklidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Refakatçi kavramına ilişkin tanımlar kavramın kullanıldığı alan, konu, kültür ve ülkeye göre farklılık göstermekle birlikte Türkiye’de gerçekleştirilen bu çalışma kapsamında refakatçi; hastanede yatarak tedavi gören hastanın tedavi süresince yanında kalıp “tıbbi olmayan” ihtiyaçlarını karşılaması beklenen kişi olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla hastaneler tarafından resmi olarak tanımlanan ve sağlık profesyonelleri (hekim ve hemşire) tarafından güçlendirilen refakatçinin daha temel rolleri ise hastanın bakıma ihtiyacı olduğunda personel ile iletişim kurmak, hastanın sağlık durumunu izlemek, hastane personeli tarafından istenen malzemeleri sağlamak ve tıbbi beceri gerektirmeyen küçük görevleri (hastanın tualete götürülmesi, beslenmesi veya altının değiştirilmesine yardımcı olmak vb.) yerine getirmek şeklinde sıralanabilir. Ayrıca hastanın durumuna veya gereken bakım seviyesine bağlı olarak refakatçinin uzun süre odadan çıkması engellenebilir (Yavuz, 2024). Dolayısıyla yatarak tedavi gören hastalar için tedavi sürecinin (dolaylı da olsa) içerisinde yer aldığını ifade edebileceğimiz refakatçilerin davranış/rollerine bağlı olarak tedavi boyunca yaptığı/yapmadığı görevler hasta güvenliği üzerinde etkili olabilmektedir.

Buradan hareketle bu çalışmada refakatçi rolleri ve bu roller üzerinde etkili olabilecek özelliklerin neler olduğunun belirlenmesi ve tedavi süresince hasta güvenliği kapsamında değerlendirilebilecek uygulama veya deneyimleri etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle refakatçi rolleri üzerinde etkili olan kişisel ve refakate ilişkin özellikler, sonrasında ise hasta güvenliği ile ilgili deneyimler üzerinde etkili olan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen bulgular ışığında ulaşılan sonuçlar değerlendirilmiş ve bu sonuçlara dayanarak sağlık hizmetleri sunum sisteminde yer alan karar vericilere, hasta güvenliğini artırmaya yönelik politika ve

uygulamalara katkı sağlamak isteyen uzmanlara, ayrıca gelecekte refakatçiler ve hasta güvenliği konularında araştırma yapmayı planlayan araştırmacılara yönelik önerilere aşağıda yer verilmiştir.

Araştırma kapsamında, 209'u hasta ve 209'u bu hastaların refakatçileri olmak üzere toplam 418 kişi üzerinde yapılan değerlendirme sonucunda, refakatçilerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (%73,2). Bu durum, kadınlara bakım verme rollerinin daha fazla yüklendiğini göstermektedir. Çalışma sonuçları, refakatçilerin çoğunluğunun orta yaş grubunda (%56,9) olduğunu, hastaların ise %54,1'inin 66 yaş ve üzerinde bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, orta yaş grubundaki bireylerin genellikle yaşlı hasta yakınlarına destek sağlama sorumluluğunu üstlendiğini düşündürmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre, refakatçilerin eğitim seviyelerinin genellikle hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Refakatçilerin daha yüksek eğitim seviyesine sahip olması, bakım süreçlerinde daha bilinçli hareket etmelerine katkıda bulunması açısından önemlidir. Bu durum, hasta güvenliğini artırmaya yönelik olumlu bir temel sunmaktadır. Hastalar ve refakatçilerin sağlık bakım bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, refakatçilerin kendilerini hasta bakımında daha az bilgili görme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu, refakatçilere yönelik eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışma sonuçları, refakatçilerin %39,7'sinin ev hanımı olduğunu ve bakım sorumluluğunun büyük oranda kadınlar tarafından üstlenildiğini ortaya koymuştur. Buna ek olarak, refakatçilerin %29,2'sinin çalışan bireylerden oluşması, iş hayatı ile bakım verme sorumluluğunu dengelemenin zorluklarını düşündürmektedir.

Refakatçilerin çoğunluğunun hasta ile yakın aile bireyi olması, aile bağlarının hasta bakımındaki önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Bununla birlikte, özel bakım elemanlarının sınırlı bir rol üstlendiği gözlemlenmiş ve hasta bakımında aile bireylerinin daha belirgin bir şekilde öne çıktığı belirlenmiştir. Literatürle

karşılaştırıldığında, refakatçilerin demografik özellikleri ve rolleri açısından benzerlikler olduğu, ancak refakat süreleri ve eğilimler açısından bazı farklılıkların bulunduğu görülmüştür. Özellikle kültürel normlar, demografik değişiklikler ve sağlık sistemlerindeki farklılıklar, refakatçilik uygulamalarında değişikliklere yol açabilmektedir.

Bu çalışma, refakatçilerin hasta güvenliği ve bakım süreçlerindeki kritik rolünü ortaya koymaktadır. Refakatçilerin demografik özellikleri, bilgi düzeyleri ve hasta ile ilişkileri, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkileyen önemli faktörler olarak değerlendirilmiştir. Genel olarak, hasta ve refakatçilerle ilgili tanımlayıcı bulgular, hasta bakımında refakatçilerin kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Bu rolün büyük ölçüde kadınlar ve orta yaş grubundaki bireyler tarafından üstlenildiği, refakatçilerin eğitim seviyelerinin bakım süreçlerinde olumlu etkilerinin olduğu ve aile üyelerinin (özellikle eş ve anne-baba) hasta bakımında öncelikli rol üstlendikleri ortaya çıkmıştır. Kadın refakatçilerin yüksek oranı, geleneksel toplumsal cinsiyet normları ve kültürel kalıplarla örtüşmekte olup, bu durum kadınlara yönelik destekleyici programların gerekliliğini vurgulamaktadır. Orta yaş grubundaki bireylerin sıklıkla yaşlı hastalara bakım vermesi, bu grubun bakım verme sorumluluğunu genellikle aktif bir şekilde üstlendiğini göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif olmak üzere dört tip refakatçi rolü tanımlanmıştır. Araştırma bulguları, refakatçilerin hasta adına bilgi toplama, sağlık hizmet sağlayıcılarına sorular sorma ve hastanın haklarını savunma gibi aktif rollerde etkili olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte, refakatçilerin genellikle olumlu ve iş birliğine dayalı bir yaklaşım sergiledikleri, sağlık hizmeti sunumunda nadiren muhalif bir tutum takındıkları anlaşılmıştır. Çalışmada, refakatçilerin hasta güvenliği süreçlerinde, özellikle düşme riskinin yönetimi, güvenli transfer uygulamaları ve bakım süreçlerine ilişkin katkılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Refakatçilerin, sağlık çalışanlarının önerilerini büyük ölçüde uyguladığı ve hasta güvenliği konusunda farkındalık sergilediği görülmüştür. Bunun yanı sıra, uzun

sürekli refakatçilik durumlarında yorgunluk ve dikkat kaybının, başlangıçtaki ilgi ve güvenlik katkısını olumsuz etkileyebileceği tespit edilmiştir. Refakatçilerin genellikle hasta ile yakın aile bireylerinden oluştuğu ve aile bağlarının hasta bakımında önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, refakatçilerin büyük çoğunluğunun savunucu-arabulucu rolü üstlenmesi, onların hasta güvenliğini sağlama ve bakım kalitesini artırma süreçlerinde aktif bir köprü işlevi gördüğünü ortaya koymaktadır. Literatürde, refakatçilerin hasta güvenliği süreçlerindeki aktif rollerinin etkili bir şekilde tanımlandığı ve olumlu katkılar sağladığına dair bulgularla bu çalışmanın sonuçlarının paralellik gösterdiği belirlenmiştir.

Refakatçilerin hasta güvenliği ve bakım süreçlerindeki rolleri, hem hasta hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu rollerin, toplumsal ve kültürel bağlamlarla şekillendiği ve hasta bakımındaki etkilerinin bu bağlamlarda değerlendirildiği anlaşılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular, refakatçilerin hasta güvenliğini artırmada önemli bir aktör olduğunu ve bu rollerin sağlık sistemlerinin daha etkin hale getirilmesi için temel bir unsur olduğunu göstermektedir.

Refakatçi Rollerini Üzerinde Etkili Olan Faktörlere İlişkin Sonuçlar

Çalışmanın bulguları, refakatçilerin hasta bakımındaki savunucu-arabulucu rollerini etkileyen faktörleri ve bu rollerin hasta bakım süreçlerindeki önemini açıkça ortaya koymaktadır. Refakatçilerin eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi ve hasta ile yakınlık derecesi, savunucu-arabulucu rolünü üstlenmelerinde belirleyici faktörler olarak öne çıkmıştır. Ortaöğretim mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre, hasta bakım bilgisi olanların az ya da hiç bilgisi olmayanlara göre ve hastanın çocuğu, kardeşi ya da özel bakım elemanı olanların eşi olanlara göre daha yüksek düzeyde savunucu-arabulucu rol sergilediği görülmüştür. Eğitim düzeyi ve sağlık bilgisi ile refakatçi rolleri arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalar, refakatçilerin daha bilinçli hareket ettiklerini ve hasta güvenliğini artırmada daha etkin bir rol oynadıklarını göstermektedir.

Çalışmanın bulguları, refakatçilerin savunucu-destekçi rollerinde eğitim düzeyi ve sağlık bakım bilgisinin önemli belirleyiciler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, refakatçilerin bilgi ve bilinç düzeyinin hasta bakım süreçlerine olumlu katkılar sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla daha yüksek eğitilmiş refakatçilerin, hasta bakımında daha etkin rol oynadığı, sağlık sistemi ile etkileşimlerinde daha fazla güven sergilediği ve hastalar adına daha iyi savunuculuk yaptığı ifade edilebilir. Bu durum, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi ve farkındalıklarının, hasta bakım süreçlerindeki etkinliklerini artırdığına işaret etmektedir. Diğer yandan, hasta bakım bilgisi yüksek olan refakatçilerin, tıbbi müdahalelerde aktif bir gözlemci ve destekleyici rol oynama eğiliminde olduğu, hastaya moral ve destek sağlamanın yanı sıra, sağlık profesyonelleriyle iletişim kurarak hastanın haklarını savunmada etkili bir rol üstlendikleri belirlenmiştir.

Refakatçilerin savunucu-destekçi rolleri, hasta güvenliğini artıran önemli bir unsurdur. Eğitim ve sağlık bakım bilgisi gibi faktörler, bu rollerin etkinliğini artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Çalışmanın sonuçları, refakatçilerin sağlık hizmetlerinde sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal destek sağlama açısından da önemli bir aktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışma sonucunda, yaş, eğitim düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi ve refakat süresi, pasif katılımcı rolünün benimsenmesinde belirleyici etkenler olarak öne çıkmıştır. Daha genç yaşta olan refakatçilerin, ileri yaş grubundakilere göre daha az pasif katılımcı rolü üstlendiği bulunmuştur. Benzer şekilde, eğitim düzeyi yüksek olan refakatçilerin, düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre bu rolde daha az davranış sergilediği belirlenmiştir. Hasta ile refakatçi arasındaki yakınlık derecesi de pasif katılımcı rolü üzerinde etkili bir değişken olarak ortaya çıkmıştır. Hastanın çocuğu olan refakatçilerin eşleri olanlara göre daha az; anne veya babası olan refakatçilerin ise eşlere kıyasla daha fazla pasif katılımcı davranış sergilediği gözlemlenmiştir. Dolayısıyla bu durum, refakatçilerin hasta ile ilişkilerinin niteliği, bakım süreçlerindeki rollerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Pasif katılımcı rolü üzerindeki bir diğer önemli faktör refakat

süresidir. Refakat süresinin uzaması, refakatçilerin pasif katılımcı davranışlarını sergileme olasılığını artırmıştır. Uzun süreli refakat, yorgunluk ve tükenmişlik gibi faktörlerin etkisiyle refakatçilerin bakım süreçlerindeki aktif rollerini azaltarak daha pasif bir tutum benimsemelerine yol açabilmektedir.

Çalışma sonuçları, refakatçilerin muhalif rolü benimsemelerinde cinsiyet, sağlık bakım bilgisi, hasta ile yakınlık derecesi ve hastanın ekipman kullanım durumunun etkili olduğunu göstermektedir. Refakatçilerin muhalif rolü, hasta adına eleştirel ve sorgulayıcı bir duruş sergileyerek sağlık hizmeti süreçlerine dahil olmalarını sağlamaktadır. Erkek refakatçilerin kadınlara kıyasla daha fazla muhalif davranış sergilediği, sağlık bakım bilgisi hiç olmayan refakatçilerin biraz bilgisi olanlara göre bu rolü daha sık üstlendikleri, hastanın eşi olan refakatçilerin çocuğu olanlara kıyasla daha muhalif bir duruş sergilediği ve hastasının ekipman kullandığı durumlarda refakatçilerin daha muhalif davranışlar sergilediği belirlenmiştir. Muhalif rolün refakatçilerin hasta adına eleştirel bir duruş sergilemeleri ve sağlık hizmeti sunucularına yönelik sorgulayıcı bir tutum geliştirmeleri ile karakterize olduğunu ortaya koymaktadır. Erkek refakatçilerin ve eşlerin bu rolde daha aktif olmaları, bu grupların sağlık hizmetlerine yönelik eleştirel bakış açısının ve hasta haklarına yönelik savunuculuk rollerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Ekipman kullanımı gibi hasta durumuna bağlı değişkenler de refakatçinin bu rolü üstlenme eğilimini artırmaktadır.

Çalışma sonucunda hasta güvenliği üzerinde etkili olan refakatçi davranışları; hasta tedavi süreci boyunca hasta bakımı ile ilgili uygulama deneyimi, kayıt ve iletişim deneyimi, hastanın düşme riskine ilişkin deneyim ve güvenli transfer deneyimi olmak üzere dört grup altında toplanmıştır. Buna göre refakatçinin hasta ile yakınlık derecesi, refakat süresi ve üstlendiği savunucu-destekçi, pasif katılımcı ve muhalif rolleri, hasta güvenliğine yönelik uygulama deneyimini doğrudan etkilemektedir. Özellikle, refakatçinin anne/baba veya kardeş olması, eşlerine kıyasla hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimine yönelik davranışlarını artırmaktadır. Bununla birlikte, uzun süreli refakatçilik, başlangıçta yüksek olan uygulama deneyiminin zamanla azalmasına neden olmaktadır. Bu

durum, uzun süreli refakatçilerin yorgunluk, dikkat kaybı ve ilgisizlik gibi faktörler nedeniyle hasta güvenliği ile ilgili uygulamalarda etkinliklerinin azaldığını ortaya koymaktadır. Refakat süresinin hasta güvenliğine yönelik etkisi, çift yönlü bir özellik taşımaktadır. Kısa süreli refakatçilikte refakatçilerin hasta güvenliği uygulamalarına olan katkıları yüksekken, uzun süreli refakatçiliğin bu katkıları azaltabileceği ve hatta hasta güvenliğini riske atabileceği görülmektedir. Bu durum, uzun süreli refakatçilerin psikolojik ve fiziksel yorgunluk nedeniyle daha pasif bir rol üstlenmesine ve hasta güvenliği risklerine kayıtsız kalmasına yol açabilmektedir. Çalışma sonucunda hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimi üzerinde en çok etkiye sahip faktörlerin refakatçinin sahip olduğu roller olduğu belirlenmiştir. Savunucu-destekçi ve pasif katılımcı roller, hasta güvenliği ile ilgili uygulama deneyimini artırırken, muhalif rolün bu deneyimi azalttığı ortaya konmuştur. Savunucu-destekçi refakatçiler, hastanın haklarını savunarak ve tıbbi süreçlere etkin bir şekilde dahil olarak hasta güvenliğini güçlendirmektedir. Pasif katılımcı refakatçiler ise tanımlanan görevleri yerine getirerek hastanın yanında yine destekleyici bir rol oynamaktadır. Buna karşın, muhalif refakatçilerin kendi gündemlerini ön planda tutma eğiliminde oldukları ve bu tutumun hasta güvenliği açısından risk oluşturabileceği belirlenmiştir.

Sağlık bakım bilgisi, refakatçi ile hasta arasındaki yakınlık derecesi, refakat süresi ve refakatçi rollerinden savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi ve pasif katılımcı rollerinin kayıt ve iletişim deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla refakatçinin sağlık bakım bilgisine sahip olması, hasta ile ilgili kayıt ve iletişim süreçlerine olan katkıyı da artırmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında bilgi düzeyinin refakatçilerin iletişim süreçlerine etkin katılımını kolaylaştırıcı etkiye sahip olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Aynı şekilde refakatçinin aile yakını olması kayıt ve iletişim süreçlerindeki katkısını artırmaktadır. Özellikle refakatçinin hastanın çocuğu veya anne/babası olması bu etkide daha fazla rol oynamaktadır. Aile bireylerinin hasta bakım sürecine daha yakın olmaları ve hastanın kişisel ve tıbbi geçmişine dair bilgiye daha fazla hakim olmaları, bu katkının temel nedenleri olarak düşünülebilir. Kayıt ve iletişim deneyimi üzerinde etkili olan bir diğer faktör refakatçinin refakat ettiği süre olarak görünmektedir.

Sürenin uzaması katılımın artması üzerinde etkili olmaktadır. Bu durum, refakat süresinin, refakatçinin hastane ortamına uyum sağlaması ve hasta bakım süreçlerine dahil olma kapasitesini artırdığına işaret etmektedir. Ancak, bu süre zarfının daha uzun olması durumunda, yorgunluk ve dikkat kaybının etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Refakatçi rollerinin de hasta güvenliği ile ilgili kayıt ve iletişim deneyimi üzerinde belirgin bir etkisi olduğu görülmüştür. Savunucu-arabulucu, savunucu-destekçi ve pasif katılımcı rollerin artmasıyla, kayıt ve iletişim süreçlerine yönelik deneyimlerin de arttığı tespit edilmiştir. Savunucu-arabulucu rol, refakatçilerin hasta adına sağlık profesyonelleriyle aktif bir iletişim içinde olmasını sağlarken; savunucu-destekçi rol, hastanın haklarını savunma ve bakım süreçlerine destek verme işlevini güçlendirmektedir. Pasif katılımcı rol ise refakatçilerin tanımlanmış görevleri yerine getirme eğilimiyle hasta güvenliği süreçlerine dolaylı bir katkı sağlamaktadır.

Hasta güvenliğinin ele alındığı çalışmaların üzerinde durulduğu önemli konulardan biri de hastaların düşmelere bağlı yaralanma veya olumsuz sonuçların ortaya çıkmasıdır. Çalışma kapsamında refakatçinin cinsiyeti, sağlık bakım bilgi düzeyi ve üstlendiği roller, düşme riski deneyimi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Erkek refakatçilerin, kadın refakatçilere göre düşme riski deneyimi açısından daha düşük katkı sağladığı belirlenmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kadınların erkeklere göre bakım verme konusundaki yatkınlık ve tecrübelerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Ayrıca, sağlık bakım bilgisi orta düzeyde olan refakatçilerin, hiç bilgisi olmayanlara kıyasla düşme riski deneyiminde daha düşük bir katkı sunduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık bakım bilgisi düzeyinin refakatçilerin düşme riskine ilişkin tutum ve davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Refakatçi rollerinin düşme riski deneyimi üzerindeki etkisi de çalışmanın önemli bulgularından biridir. Savunucu-destekçi ve pasif katılımcı rollerin artmasıyla düşme riski deneyimine ilişkin katkının arttığı, ancak muhalif rolün artmasının bu deneyimi azalttığı belirlenmiştir. Savunucu-destekçi rol üstlenen refakatçilerin, hastanın güvenliği adına aktif bir şekilde hareket ederek düşme riskini azaltmada önemli bir işlev gördüğü anlaşılmıştır. Pasif katılımcı rol üstlenen refakatçilerin, tanımlanmış görevlerini yerine getirerek

dolaylı bir şekilde hasta güvenliğine katkıda bulundukları gözlemlenmiştir. Buna karşın, muhalif rol sergileyen refakatçilerin, hastanın gündeminden uzaklaşarak düşme riskine ilişkin deneyim ve katkılarının azaldığı belirlenmiştir.

Hasta güvenliği ile ilgili belirlenen son faktör olan güvenli transfer deneyimi de refakatçinin sahip olduğu özelliklerden etkilendiği görülmektedir. Buna göre cinsiyet, eğitim düzeyi, sağlık bakım bilgisi, refakat süresi ve refakatçi rollerinin güvenli transfer deneyimi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Kadın refakatçilerin erkek refakatçilere kıyasla güvenli transfer deneyimi açısından daha dikkatli ve sorumluluk sahibi bir tutum sergiledikleri gözlemlenmiştir. Bu bulgu, kadın refakatçilerin genellikle daha destekleyici ve hasta odaklı roller üstlendiklerini bildiren literatürle uyumludur. Erkek refakatçilerin, detaylara daha az odaklanması ve günlük hasta ihtiyaçlarına yönelik ilgilerinin daha sınırlı olması, güvenli transfer davranışlarına olan katkılarını azaltabilir. Eğitim düzeyi açısından yapılan değerlendirmede, eğitim düzeyinin yüksek olması düşük olanlara kıyasla daha düşük bir eğilim gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum, eğitim düzeyi yüksek bireylerin hasta güvenliği süreçlerine katkı sağlama konusunda (kendilerinin kullanılmasından ziyade) farklı yöntemler tercih edebileceğini düşündürmektedir. Sağlık bakım bilgisi olan refakatçilerin, bu bilgiye sahip olmayanlara kıyasla güvenli transfer deneyimine ilişkin daha bilinçli davranışlar sergilediği gözlemlenmiştir. Refakat süresinin güvenli transfer deneyimi üzerindeki etkisi, bu çalışmanın önemli bulgularından biridir. Refakat süresi 1-2 gün olan refakatçilerin, 7 gün ve daha fazla süreyle refakat edenlere kıyasla güvenli transfer davranışları açısından daha yüksek bir katkı sağladığı bulunmuştur. Uzun süreli refakatçilikte ortaya çıkan yorgunluk ve dikkat kaybı gibi faktörler, bu bulgunun temel nedenleri arasında yer alabilir. Refakatçi rollerinin güvenli transfer deneyimi üzerindeki etkisi de belirgin şekilde ortaya konulmuştur. Savunucu-arabulucu ve savunucu-destekçi rollerin artması, güvenli transfer deneyiminin de artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu roller, refakatçilerin hasta adına daha aktif bir savunuculuk yapmasını ve tıbbi süreçlerde daha destekleyici bir tutum sergilemesini sağlamaktadır. Buna karşılık, muhalif rolün artması güvenli transfer deneyimini olumsuz yönde etkilemektedir. Muhalif rol sergileyen

refakatçilerin, hasta yerine kendi gündemlerini önceliklendirme eğilimi, güvenli transfer süreçlerini ihmal etmelerine ve hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olabilir.

Sonuç olarak çalışma kapsamında, hasta güvenliğine odaklanarak uygulama deneyimleri, kayıt/iletişim deneyimleri, düşme riski ve güvenli transfer ile ilgili refakatçilerin demografik özellikleri, refakatçilikle ilişkili faktörler ve refakatçi rollerinin etkileri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, refakatçilerin hasta güvenliğine katkılarının yalnızca rollerine bağlı olmadığını; aynı zamanda demografik değişkenler, hasta ile yakınlık derecesi, sağlık bakım bilgisi ve refakat süreçlerinin de bu deneyimleri şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, literatürdeki mevcut bulgularla uyumlu olmakla birlikte, refakatçi rollerinin hasta güvenliği üzerindeki etkileri açısından yeni perspektifler sunmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki öneriler oluşturulmuştur:

- Refakatçilerin hasta güvenliği süreçlerinde oynadığı kritik rol, ulusal düzeyde politika ve strateji geliştirme gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda sağlık otoritelerine, planlamacılara ve uygulayıcılara yönelik öneriler hem yasal düzenlemeler hem de örgütsel standartların oluşturulmasını kapsamaktadır.
- Sağlık otoriteleri, refakatçi rollerini tanımlayan, görev ve sorumluluklarını somutlaştıran ulusal standartlar belirlemelidir. Bu standartlar içerisinde refakatçilerin iletişim beceri veya yetkinlikleri, temel yetkinlikleri (düşme riskini belirleme, güvenli transfer sağlama, iletişim ve kayıt süreçlerini destekleme) ve bakıma uygun davranış çerçevesi gibi konulara özellikle yer verilmelidir. Dolayısıyla refakatçilerin hasta güvenliğine etkin katkı verebilmeleri için temel eğitim modüllerinin oluşturulması gerekmektedir. Bu modüller, düşme riskini azaltma stratejileri, güvenli hasta transferi teknikleri, doğru kayıt tutma süreçleri, hasta kimlik doğrulama protokolleri ve etkin iletişim becerilerini içermelidir. Ulusal düzeyde standartlaştırılacak

bu eğitimler, hastanelerin akreditasyon kriterlerine dahil edilerek zorunlu hale getirilebilir. Böylece, hasta güvenliği kültürünün ülke genelinde yaygınlaşması desteklenebilir.

- Ülkeler, kendi sosyo-kültürel dinamiklerini ve sağlık sistemlerinin yapısını dikkate alarak refakatçi politikaları geliştirmelidir. Özellikle yüksek düşme riski taşıyan yaşlı hastalar, kritik bakım hastaları, dil bariyeri olan hastalar veya bilişsel bozukluk yaşayan hasta grupları için refakatçi desteği standart hale getirilebilir. Bu doğrultuda özellikle refakat sürelerine ilişkin düzenlemelerin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu düzenlemelerin; refakatçilerin nöbetleşe olarak görev alması, uzun süreli refakatlerde dinlenme ve izin düzenlemeleri, psikososyal destek mekanizmaları ve aile içi bakım yükünü azaltacak stratejilere yer verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde uzun süreli refakatçiliğin ailelere getirdiği ekonomik ve sosyal yüklerin hafifletilmesi önemlidir. Çalışan refakatçilerin oranının kayda değer olması, refakatçilerin iş hayatıyla bakım verme sorumluluklarını dengelemek zorunda kaldığını düşündürmektedir. Sağlık planlamacıları, refakatçilere bakım izni, esnek çalışma saatleri, geçici profesyonel bakım desteği ve maddi yardım gibi olanaklar sunan politikalar geliştirmelidir. Bu sayede, refakatçilerin motivasyonları artırılırken, hasta güvenliği uygulamalarının sürdürülebilirliği de sağlanmış olur. Özellikle çalışan ve uzun süreli refakatçilik yapan kadın refakatçilere yönelik esnek istihdam modelleri, anne-baba izni gibi çözümler dikkate alınmalıdır.
- Ulusal politika geliştirme süreçlerinde hasta güvenliği komitelerine aile üyelerini dahil etmeye teşvik eden düzenlemeler yapılabilir. Diğer taraftan sağlık hizmetleri planlanırken refakatçilerin görüş ve önerilerini alma ile ilgili süreçlerin standartlaştırılması sağlanabilir.
- Konu ile ilgili kurumsal bazda yapılabilecek uygulamalar da mevcuttur. Hastaneler, düzenli eğitim, çalıştaylar, interaktif seminerler ve e-öğrenme materyalleri sunarak refakatçilerin bilgi düzeyini sürekli güncel tutmalıdır. Bu eğitimler özellikle düşme önleme stratejilerini, güvenli transfer

uygulamalarını, doğru hasta kimlik doğrulama süreçlerini ve etkin iletişim becerilerini içermelidir.

- Kurumsal web platformları, refakatçi rollerine göre düzenlenmiş akıllı cihaz uygulamaları ve basılı materyaller aracılığıyla refakatçilerin ihtiyaç duydukları bilgilere hızlı ve kolay erişimi sağlanmalıdır.
- Refakatçilerin, bakım ekibinin bir parçası olarak kabul edilmesi sağlanmalı; hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler, beslenme uzmanları ve psikologlarla koordineli bir iş birliği modeli benimsenmelidir. Bu ekip yaklaşımının, hastanın ihtiyaçlarına bütüncül bir bakış sunarak düşme, transfer sırasında oluşabilecek riskler veya iletişim hataları gibi sorunların önüne geçebileceği düşünülmektedir.
- Sağlık kurumları, refakatçilerin gözlem ve endişelerini rahatlıkla paylaşabilecekleri iletişim kanalları (örneğin hasta danışma birimleri, online geri bildirim formları, refakatçi çağrı hatları) oluşturmalıdır. Böylece, hasta güvenliğini tehdit eden durumlar zamanında tespit edilerek müdahale edilebilir.
- Hastanelerde refakatçiler için ayrılmış dinlenme alanları, bilgilendirme köşeleri ve danışma noktaları oluşturulmalıdır. Uzun süreli refakatçilikte tükenmişliği önlemek için psikolojik danışmanlık, stres yönetimi eğitimleri veya destek grupları sunulabilir. Bu tür uygulamalar, refakatçilerin moralini yükselterek onların hasta güvenliği konusundaki dikkat ve özenini artırabilir.
- Refakatçi rollerinin güçlendirilmesine yönelik savunucu-arabulucu ve savunucu-destekçi rollerin teşvik edilmesiyle refakatçilerin sağlık sistemine etkin katkıları artırılabilir. Refakatçilerin hasta güvenliği süreçlerine entegrasyonunu sağlamak için ekip temelli bir iş birliği modeli benimsenmelidir.
- Bazı durumlarda aile refakatçilerinin yerine ya da onlarla birlikte profesyonel bakım elemanları devreye girebilir. Hastane yönetimleri, özel

bakım elemanlarının hastaların yanına atıldığı durumlarda, bu kişilerin de refakatçi işlevi görecektir. Bu şekilde eğitilmelerini ve hasta güvenliği standartlarına uyum sağlamalarını temin etmelidir. Böylece bakım kalitesinde bütünlük sağlanabilir.

- Refakatçi rollerinin ve hasta güvenliği uygulamalarının farklı ülkelerde, kültürel çevrelerde ve sosyo-ekonomik koşullarda nasıl değişiklik gösterdiğini anlamak için karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.
- Hastaların düşme riskinde refakatçi varlığının etkisinin izlenmesi, transfer hatalarının azaltılmasında eğitim programlarının uzun vadeli sonuçlarının değerlendirilmesi gibi uzun soluklu araştırmalar, kalıcı etkileri göz önüne serer. Bu çalışmalar, refakatçi eğitiminin işe yararlılığını, sürdürülebilirliğini ve maliyet-etkinliğini ortaya koyabilir.
- Mobil uygulamalar, web seminerleri, sanal gerçeklik tabanlı eğitim modülleri, yapay zeka destekli hasta güvenliği sistemleri ve tıbbi cihaz güvenliği hakkında refakatçilere yönelik yeni teknolojilerin etkinliği incelenmelidir. Bu sayede, teknolojik yeniliklerin refakatçi rolünü nasıl güçlendirdiği ve hasta güvenliğine ne ölçüde katkı sağladığı anlaşılabilir.

Sonuç olarak, refakatçiler, sağlık hizmetlerinde görünmeyen birer kahraman olarak, iyi yönlendirildikleri ve desteklendikleri takdirde hasta güvenliği ve bakım kalitesinde belirleyici rol oynarlar. Sağlık otoriteleri, kurumlar, uzmanlar ve araştırmacılar el ele vererek bu rolü güçlendirebilir, böylece bütüncül bir sağlık bakım modeli inşa edilebilir. Bu bütüncül modelin, hem hasta hem de refakatçi deneyimini olumlu yönde dönüştürerek, daha güvenli, daha insancıl ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abiétar, D., Domingo, L., Perucha, L., Saavedra , N., Berenguera, A., Lacueva, L., . . . Sala, M. (2023). A qualitative exploration of patient safety in a hospital settingin Spain: Policy and practice recommendations on patients'and companions' participation. *Health Expectations*(26), 1536-1550. <https://doi.org/10.1111/hex.13758>
- Adelman, R., Greene , M., ve Charon, R. (1987). The Physician-Elderly Patient-Companion Triad in the Medical Encounter: The Development of a Conceptual Framework and Research Agenda. *The Gerontologist*, 27(6), 729-734. <https://doi.org/10.1093/geront/27.6.729>
- Adelman, R., Greene, M., ve Ory, M. (2000). Communication Between Older Patients And Their Physicians. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 1-24.
- Agency for Healthcare Research and Quality. [AHRQ]. (2018). *The Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families*. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/pfepc-fullguide-final508.pdf> Erişim tarihi: 06.12.2024
- AK , M. (2018). Patient Safety: A Nobody's Concern. *International Journal of Health and Clinical Research*, 1(2), 14-26.
- Akdağ, R., Aydın, S., ve Demirel, H. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr> Erişim tarihi: 09.03.2023

- Alcindor, M., ve Cadet, M. (2021). Nurses consider family involvement as an important element of patient care. *Evid Based Nurs*, 24(3). <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103322>
- Alhomoud, F., Dhillon, S., Aslanpour, Z., ve Smith, F. (2015). South Asian and Middle Eastern patients' perspectives on medicine-related problems in the United Kingdom. *International journal of clinical pharmacy*, 607–615. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0103-6>
- Almeida, A., Paguia, A., ve Neves, A. (2024). Nursing Interventions to Empower Family Caregivers to Manage the Risk of Falling in Older Adults: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 21(3), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030246>
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Ambrosi, E., Biavati, C., Guarnier, A., Barelli , P., Paola , Z., Elisabetta , A., . . . Palese, A. (2017). Factors affecting in-hospital informal caregiving as decided by families: findings from a longitudinal study conducted in acute medical units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 85-95. <https://doi.org/10.1111/scs.12321>
- Andrades, M., Kausar, S., ve Ambreen, A. (2013). Role and influence of the patient's companion in family medicine consultations: "The patient's perspective". *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(3), 283-287.
- Arıkan, D., GÜDÜCÜ Tüfekci, F., ve Taştekin, A. (2007). Çocuk Kliniklerindeki Refakatçilerin Hastanede Yaşadıkları Sorunlar, Beklentileri Ve Problem

Çözme Düzeyleri İle İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 49-57.

Åstedt-Kurki, P., Paunonen, M., ve Lehti, K. (1997). Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 908-914.

Auraaen, A., Slawomirski, L., ve Klazinga, N. (2018). Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care. *OECD Health Working Papers*(106). <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>.

Auslander, G. (2011). Family caregivers of hospitalized adults in Israel: a point-prevalence survey and exploration of tasks and motives. *Research in Nursing & Health*, 34, 204–217. <https://doi.org/10.1002/nur.20430>

Australian Bureau of Statistics. [ABS]. (2024). Patient Safety Statistics. Erişim adresi: <https://www.abs.gov.au/statistics> Erişim tarihi: 10.02.2024

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC]. (2021, Mayıs). *The National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards*. 2024 tarihinde Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au> Erişim tarihi: 01.03.2023

Aziato, L., ve Adejumo, O. (2014). Determinants of nurses' knowledge gap on pain management in Ghana. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 195-199.

Bartlett, M. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British journal of psychology.*, 3, 77-85.

- Bauer, J., ve Sousa-Poza , A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Journal of Population Ageing*, 8(3), 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bauer, J., ve Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Population Ageing*, 8, 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bédard, M., Kuzik , R., Chambers, L., Molloy, D., Dubois, S., ve Lever, J. (2005). Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviors. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 99-118.
- Beeber, A., ve Zimmerman, S. (2012). Adapting the family management style framework for families caring for older adults with dementia. *ournal of family nursing*, 18(1), 123-145. <https://doi.org/10.1177/1074840711427144>
- Beisecker, A. (1988). Aging and the desire for information and input in medical decisions: Patient consumerism in medical encounters. *Gerontologist*, 330-335.
- Beisecker, A. (1989). The Influence of a Companion on the Doctor- Elderly Patient Interaction. *Health Communication*, 55-70. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0101_7
- Beisecker, A., ve Moore, W. (1994). Oncologists' Perceptions of the Effects of Cancer Patients' Companions on Physician-Patient Interactions. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(1-2), 23-39.

- Berecki-Gisolf, J., Lucke, J., Hockey, R., & Dobson, A. (2008). Transitions into informal caregiving and out of paid employment of women in their 50s. *Social Science & Medicine*, 67(1), 122-127.
- Bergman, R., ve De Jesus, O. (2024, January). *Patient Care Transfer Techniques*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564305/> Erişim tarihi: 12.11.2024
- Berk, L., Berk, M., Dodd, S., Kelly, C., Cvetkovski, S., ve Jorm, A. (2013). Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Medicine*, 1-13.
- Bev , J., Conway, J., Marie , A., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., . . . Ford, D. (2008). *Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System A Roadmap for the Future A Work in Progress*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.
- Bloch, H., Minker, B., ve Grunebaum, H. (1968). The Accompanier. *The Psychiatric Quarterly*, 42(3), 508-530. doi:10.1007/BF01564389
- Bostwick, A., ve Beesley, S. (2018). Families in the Intensive Care Unit. G. Netzer içinde, *Families in the Intensive Care Unit* (s. 277-288). Baltimore, MD: Springer.
- Boswell, D., Ramsey, J., Smith, M., ve Barbara , W. (2001). The Cost-Effectiveness of a Patient-Sitter Program in an Acute Care Hospital: A Test of the Impact of Sitters on the Incidence of Falls and Patient Satisfaction. *Quality Management in Health Care*, 10-16.

- Botelho, R., Lue, B.-H., ve Fiscella, K. (1996). Family Involvement in Routine Health Care: A Survey of Patients' Behaviors and Preferences. *The Journal of Family Practice*, 572-576.
- Boult, C., Giddens, J., Frey, K., Reider, L., ve Novak, T. (2009). *Guided Care: A New Nurse-Physician Partnership in Chronic Care*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.7812/TPP/07-014>
- Brank, E., ve Wylie , L. (2016). Differing Perspectives on Older Adult Caregiving. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 35(7), 698-720. <https://doi.org/10.1177/0733464813517506>
- Brown, J., Brett, P., Stewart, M., ve Marshall, J. (1998). Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Canadian Family Physician*, 44(AUG.), 1644-1650.
- Brown, J., Brett, P., Stewart, M., ve Marshall, J. (1998). Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 44, 1644–1650.
- Bucher, J., Loscalzo, M., Zabora, J., Houts, P., Hooker, C., ve BrintzenhofeSzoc, K. (2001). Problem-Solving Cancer Care Education for Patients and Caregivers. *Cancer Practice*, 9(2), 66-70.
- Burns Beisecker, A. (1986). *Patients' Role Perceptions And Communication Behavior in Interaction With Doctors*. [Doktora Tezi]. Madison: Wisconsin Üniversitesi.
- Burucu, R., Çömlekci, R., Sağlam, Ş., ve Pınar, Y. (2023). Dahili Kliniklerde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Bakım Bağımlılıkları, Düşme Riskleri ve

İlişkili Faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(3), 505-514. doi:10.38108/ouhcd.1198040

Campbell, L. (2010). Sons Who Care: Examining the Experience and Meaning of Filial Caregiving for Married and Never-Married Sons. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(1), 73-84. doi:10.1017/S071498080999033X

Caporaso , N., Lanzoni, M., ve Castaldi , S. (2016). The characteristics of caregivers attending adult and paediatric patients in a Milan hospital. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità* , 133-144. doi:10.7416/ai.2016.2092

Caregiving, T. N. (2020). *Caregiving in the U.S. 2020*. The National Alliance for Caregiving.

Carlos G., F. (2014). *Cronbach's Alpha. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. (A. Michalos, Dü.) Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_622

Carman, K., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., ve Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32.

Carman, K., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., ve Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health A ffairs*, 223-231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>

- Carmichael , F., ve Charles , S. (2003). The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22(5), 781-803.
- Casado-Marín, D., García-Gómez, P., ve López-Nicolás , Á. (2011). Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain. *SERIEs*, 1-29. <https://doi.org/10.1007/s13209-009-0008-5>
- Chappell, N., ve Funk, L. (2011). Social support, caregiving, and aging. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne du Vieillissement.*, 355-370. doi:10.1017/s0714980811000316
- Ching-Yen, C., Ying-Jen, C., Yeong-Yuh, J., Chia-Yih, L., ve Ching-I, H. (2004). Role and attitude of companions on geriatric psychiatry outpatient visits in Taiwan | Enhanced Reader. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(3), 257–261.
- Christe, B. L. (2017). Introduction to Biomedical Instrumentation: The Technology of Patient Care (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cigoli, V., ve Binda, W. (1993). Health and the family. *World Health*, 6-7.
- Clarke, S. (1999). Perceptions of Organizational Safety: Implications for the Development of Safety Culture. *Journal of Organizational Behavior*, 20(2), 185-198.
- Clay, A., ve Parsh, B. (2016, January). Patient- and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18(1), s. 40-44.
- Clayman, M., Roter, D., Wissow, L., ve Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-

making activity in geriatric primary care visits. *Social Science and Medicine*, 1583-1591.

Coe, R., ve Prendergast, C. (1985). The formation of coalitions: interaction strategies in triads. *Sociology of Health & Illness*, 7(2), 236–247.
doi:<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10949087>

Corina, I., ve Shapiro, E. (2007). *Family Centered Patient Advocacy A Training Manual*. Wantagh, NY: PULSE of New York.

Correia, T., Martins , M., Barroso , F., Pinho, L., Longo , J., ve Valentim, O. (2023). The Family's Contribution to Patient Safety. *Nursing reports*, 13(2), 634–643. doi:10.3390/nursrep13020056

Correia, T., Martins, M., ve Barroso, F. (2021). The Family and Safety of the Hospitalized Patient: An Integrative Literature Review. *Portuguese Journal of Public Health*, 38(2), 129-140. doi:10.1159/000511855

Cunningham, C., Hutchings, T., Henderson, J., Rimas, H., ve Chen, Y. (2016). Modeling the hospital safety partnership preferences of patients and their families: a discrete choice conjoint experiment. *Patient Preference and Adherence*, 1359-1372.

Darren, G., ve Paul, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update* (10 b.). Allyn ve Bacon, 2010.

de Bienassis, K., ve Klazinga , N. (2024). *omparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2*. Paris: OECD Publishing.

- Dergal, J. (2011). *Family Members' Use of Private Companions in Nursing Homes: A Mixed Methods Study*. [Doktora Tezi]. Toronto: Toronto Üniversitesi.
- Dericioğlu, N., Albakır, M., ve Saygı, S. (2000). The role of patient companions in long-term video-EEG. *Seizure*, 9, 124-127.
- DiGioia III, A., Greenhouse, P. K., ve Levison, T. J. (2007). Patient and family-centered collaborative care: an orthopaedic model. *Clinical orthopaedics and related research*, Oct(463), 13-19.
- Doltani, D., Imran, A., Saunders, J., ve Harmon, D. (2017). Who accompanies patients to the chronic pain clinic? *Irish Journal of Medical Science*, 186(1), 235-238. doi:10.1007/s11845-016-1494-7
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. 83(4), 691–729. doi:https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Ekizer, A. (2020). Sağlık Sosyolojisi Ve Tarihsel Gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1-12.
- Elderkin Bell, J. (1969). *The Family in the Hospital: Lessons from Developing Countries*. Maryland: National Institute of Mental Health.
- Elibol, N. (1996). *Hasta Refakatçilerinin Hastanede Yaptıkları Uygulamalar Ve Hastane Ortamından Etkilenme Durumları* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Elibol, N., ve Doğan, S. (1997). Hasta Refakatçilerinin Hastanede Yaptıkları Uygulamalar ve Hastane Ortamından Etkilenme Durumları. *V. Ulusal hemşirelik kongresi*, (s. 150-162). İzmir, Turkey.

- Ellingson, L. (2002). The roles of companions in geriatric patient–interdisciplinary oncology team interactions. *Journal of Aging Studies*, 16(4), 361-382.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., . . . Walton, M. (2008). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*. (H. Battles JB, ve Keyes M.A.) Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/> Erişim tarihi: 04.05.2023
- Ercan, İ., ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 211-216.
- Erdem, R., ve Günlü, E. (2006). İletişim Eğilimlerinin Yüksek Bağlam-Düşük Bağlam Ayrımı İle İncelenmesi: Hastane Çalışanları Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9, 177-195.
- Ersoy, G., Yanturali, S., Suner, S., Karakuş, N., Aksay, E., ve Atilla, R. (2009). Turkish patient relatives' attitudes towards family-witnessed resuscitation and affecting sociodemographic factors. *European Journal of Emergency Medicine*, 188-193. doi:10.1097/MEJ.0b013e328311a8dc
- Fatigante, M., Zuccheromaglio, C., ve Alby, F. (2021). Being in Place: A Multimodal Analysis of the Contribution of the Patient's Companion to “First Time” Oncological Visits. (A. Bova, Dü.) *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.664747
- Feng, X., Bobay, K., ve Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310-319. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x>

- Flin, R., ve Yule, S. (2004). Leadership for safety: industrial experience. *BMJ Quality & Safety*, 13, 45-51.
- Franklin, R., Sarr, D., Gueye, M., Sylla, O., ve Collignon, R. (1996). Cultural Response To Mental Illness In Senegal: Reflections Through Patient Companions - Part II. Statistical Correlates. *Social Science and Medicine*, 42(3), 339-351.
- Franklin, R., Sarr, D., Gueye, M., Sylla, O., ve Collignon, R. (1996). Cultural Response To Mental Illness In Senegal: Reflections through patient companions-part I. methods and descriptive data. *Soc. Sci. Med*, 42(3), 325-338.
- Fredman, L., ve Daly, M. P. (1993). Physicians and Family Caregivers: A Model for Partnership. *JAMA*, 1426-1427.
- Fredman, L., Daly, M., ve Lazur, A. (1995). Burden Among White and Black Caregivers to Elderly Adults. *Journal Of Gerontology: Social Sciences*, 100-118.
- Friedemann, M.-L., ve Buckwalter, K. (2014). Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships. *J Fam Nurs.*, 20(3), 313-336. doi:10.1177/1074840714532715
- Frota, O., de Sene, A., Ferreira-Júnior, M., Giacon-Arruda, B., Teston, É., Pompeo, D., ve Martins de Paula, F. (2020). Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 1-6.

- Fulmer, T., Paveza, G., Carla Vande Weerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., ve Norman, R. (2005). Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525-534.
- Glasser, M., Prohaska, T., ve Roska, J. (1992). The role of the family in medical care-seeking decisions of older adults. *Family & Community Health*, 59-70.
- Göregenli, M. (1995). Kültürümüz Açısından Bireycilik-Toplulukçuluk Eğilimleri: Bir Başlangıç Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(35), 1-14.
- Greene , M., Adelman, R., Friedmann , E., ve Charon , R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social Science & Medicine*, 1279-1288.
- Gürlek Kısacık, Ö., ve Fırın, S. (2019). Pediatrik hasta popülasyonundaki düşme riskine yönelik refakatçi ebeveynlerin farkındalık ve uygulamaları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 141-149.
- Gwaza, E., ve Msiska, G. (2022). Family Involvement in Caring for Inpatients in Acute Care Hospital Settings: A Systematic Review of Literature. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-15.
- Hall, E. (1959). *The Silent Language*. New York: Doubleday & Company, Inc.
- Han, C.-Y., Lin, C.-C., Chen, L.-C., Liu, S.-H., Goopy, S., ve Chang, W. (2022). Family Caregivers' Experiences of Preventing Harm to Older People during Hospitalization: A Phenomenographic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15375), 1-13.
- Hasselkus, B. (1994). Three-track care: Older patient, family member, and physician in the medical visit. *Journal of Aging Studies*, 291-307.

- Haug, M. (1996). Elements in Physician/Patient Interactions in Late Life. *Research on Aging*, 18(1), 32-51.
- Heath, J., Kobylarz, F., Brown, M., ve Castaño, S. (2005). Interventions from home-based geriatric assessments of adult protective service clients suffering elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1538–1542. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53469.x>
- Herndon, R. (1984). The Companion. *Journal of the American Medical Association*.
- Hewison, A. (1996). Organizational culture: a useful concept for nurse managers. *Journal of Nursing Medicine*. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.1996.tb00021.x>
- Hoffmann, L., Wegner, W., Biasibetti, C., Peres, M., Gerhardt, L., ve Breigeiron, M. (2019). Patient safety incidents identified by the caregivers of hospitalized children. *Rev Bras Enferm*, 72(3). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International Differences in Work-related Values*. Sage Publications, SAGE Publications, Inc.
- Hong, G.-R., ve Kim, H. (2008). Family Caregiver Burden by Relationship to Care Recipient with Dementia in Korea. *Geriatric Nursing*, 29(4), 267-274.
- Hu, L.-t., ve Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 424-453.

- Institute of Medicine [IOM}. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Isenberg, S., Aslakson, R., Dionne-Odom, J., Clegg Smith, K., Singh, S., Larson, S., . . . Roter, D. (2018). Family companions' involvement during pre-surgical consent visits for major cancer surgery and its relationship to visit communication and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1066-1074. doi:10.1016/j.pec.2018.01.011
- Ishikawa, H. (2003). *Physician-Elderly Patient-Companion Communication In Japanese Geriatric Encounters: Roles And Influence Of The Companion*. [Doktora Tezi] Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Üniversitesi.
- Ishikawa, H., ve Yamazaki, Y. (2005). How Applicable are Western Models of Patient-Physician Relationship in Asia?: Changing Patient-Physician Relationship in Contemporary Japan. *International Journal of Japanese Sociology*, 14, 84-93. doi:https://doi.org/10.1111/j.1475-6781.2005.00070.x
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., Roter, D., Yamazaki, Y., Takayama, T., ve Yano, E. (2005). Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient-centeredness. *Journal of General Internal Medicine*, 906-910.
- Ishikawa, H., Roter, D., Yamazaki, Y., ve Tomoko, T. (2005). Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social Science and Medicine*, 2307-2320.
- Ishtiaq, A., ve Sundas, I. (2021). Reliability and validity: Importance in Medical Research. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 10.

- İspirli, G. (2016). *Geriatrik Olgularda Refakatçi Ve Baş Çevirme İşaretinin Kognitif Yetersizliği Saptamadaki Yeri*. [İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi] İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Jansen, J., van Weert, J., Meij, L.-d., Van Dulmen, S., Heeren, T., ve Bensing, J. (2010). The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psycho-Oncology*, 19, 170-179.
- Johnson, R., ve Lo Sasso, A. (2006). The impact of elder care on women's labor supply. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 43(3), 195-210. doi:https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl_43.3.195
- Joint Commisions International. [JCI]. What is a Patient Advocate?. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/take-charge/use-an-advocate-or-be-an-advocate-for-others/> Erişim tarihi: 01.11.2024
- Joint Commission. (2007). *The Joint Commission announces the 2008 National Patient Safety Goals and Requirements*. Jt Comm Perspect.
- Joint Commission International. [JCI] (2017). *Hastane Akreditasyonu Standartları*. Joint Commission International.
- Kapp, M. (1991). Health care decision making by the elderly: I get by with a little help from my family. *The Gerontologist*, 619-623.
- Keeling, D. I., Laing, A., ve Ruyter, K. D. (2018). Evolving roles and structures of triadic engagement in healthcare. [Triadic engagement in healthcare] *Journal of Service Management*, 29(3), 352-377. <https://doi.org/10.1108/JOSM-09-2016-0249>.

- Khan, A., Coffey, M., Litterer, K., Baird, J., Furtak, S., Garcia, B., . . . Landrigan, C. (2017). Families as partners in hospital error and adverse event surveillance. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 372-381. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.4812
- Khan, A., Furtak, S., Melvin, P., Rogers, J., Schuster, M., ve Landrigan, C. (2016). Parent-Reported Errors and Adverse Eventsin Hospitalized Children. *JAMA pediatrics*, 170(4), 1-8. doi:https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4608
- Kızılcı S, Akpınar Söylemez B, Uğur Ö, Sezgin D, Küçükgülü Ö. İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Refakatçiler Hakkındaki Görüş Ve Deneyimleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2013;16(4):241-9.
- King, D., ve Pickard, L. (2013). When is a carer's employment at risk? Longitudinal analysis of unpaid care and employment in midlife in England. *Health & social care in the community*, 21(3), 303-314. doi:https://doi.org/10.1111/hsc.12018
- Kır, İ. (2011). Toplumsal Bir Kurum Olarak Ailenin İşlevleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 381-404.
- Kirk, L. M. (2020). Patient-Centeredness Through Shared Decision-Making. P. Sreeramoju, S. Weber, A. Snyder, L. Kirk, W. Reed, ve B. Hardy-Decuir (Dü) içinde, *The Patient and Health Care System: Perspectives on High-Quality Care* (Cilt 51, s. 163-171). Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-030-46567-4_13

- Kızılcı, S., Akpınar Söylemez, B., Uğur, Ö., Sezgi, D., ve Küçükğüçlü, Ö. (2013). İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Refakatçiler Hakkındaki Görüş ve Deneyimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 241-249.
- Kohn, L., Corrigan, J., ve Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kolade, O., Porat-Dahlerbruch, J., Makhmutov, R., van Achterberg, T., ve Ellen, M. (2004). Strategies for engaging older adults and informal caregivers in health policy development: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 22-26. doi:<https://doi.org/10.1186/s12961-024-01107-9>
- Labrecque , M., Blanchard , C., Ruckdeschel , J., ve Blanchard, E. (1991). The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science & Medicine*, 33(11), 1253-1261.
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Lam, W., . . . Juraskova, I. (2013). Physician–patient–companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 3-13.
- Levine, C., ve Zuckerman, C. (1999). The Trouble with Families: Toward an Ethic of Accommodation. *American Society of Internal Medicine*, 148-152.
- Liput, S., Kane-Gill, S., Seybert, A., ve Smithburger, P. (2016). A Review of the Perceptions of Healthcare Providers and Family Members Toward Family Involvement in Active Adult Patient Care in the ICU. *Critical care medicine*, 44(6), 1191–1197. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001641>

- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L., ve Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic proceedings*, 85(1), 53-62.
- Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality and Safety in Health Care*, 140-142. doi:10.1136/qshc.2006.018861
- Mackie, B., Mitchell, M., ve Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25(1), 131-140. doi:https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.01.006
- Manton, K., ve Soldo, B. (1985). Dynamics of Health Changes in the Oldest Old: New Perspectives and Evidence. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 206-285.
- Markus, H., ve Kitayama, S. (1991). Culture and the Self." Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- McCluskey, A. (2000). Paid attendant carers hold important and unexpected roles which contribute to the lives of people with brain injury. *BRAIN INJURY*, 14(11), 943-957.
- Meng, A. (2012). Informal Caregiving and the Retirement Decision. *German Economic Review*, 13(3), 245-361. doi: https://doi.org/10.1111/j.1468-0475.2011.00559.x
- Mortelmans, L., Van Broeckhoven, V., Van Boxtael, S., De Cauwer, H., Verfaillie, L., Van Hellemond, P., . . . M.F. Cas, W. (2010). Patients'and

relatives'view on witnessed resuscitation in the emergency department: A prospective study. *European Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 203-207. doi:10.1097/MEJ.0b013e328331477e

Schulz, R., Eden, J., Committee on Family Caregiving for Older Adults, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Eds.). (2016). *Families Caring for an Aging America*. National Academies Press (US).

Nguyen, H., ve Connelly, L. (2014). The effect of unpaid caregiving intensity on labour force participation: results from a multinomial endogenous treatment model. *Social science & medicine* (1982), 115-122. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.031

Nunley, M. (1998). The involvement of families in Indian psychiatry. *Culture, medicine and psychiatry*, 22(3), 317–353. doi:10.1023/a:1005351332024

OECD. (2024). *Patient safety*. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/en/topics/patient-safety.html> Erişim tarihi: 11.03.2024

Oksel, E. (2018). Düşmeye Hemşire Bakışı ve Değerlendirilmesi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(4), 140-142.

Ottosen, M., Sedlock, E., Aigbe, A., Bell, S., Gallagher, T., ve Thomas, E. (2021). Long-Term Impacts Faced by Patients and Families After Harmful Healthcare Events. *Journal of Patient Safety*, 1-7.

Öner, B., Güldal, D., ve Şemin, S. (2001). Hastanelerde Neden Refakatçi Kalıyorlar? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 5(1-4), 18-21.

- Özdemir Ürkmez, D., Özkul Özel, H., Sertoğlu, E., Çelik Çevik, L., Koç, S., Demiray, S., ve Cebeci, Z. (2015). Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmelerine Yönelik Aldıkları Önlemlerin Değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(4), 184-188. doi:10.5222/otd.2015.1016
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., . . . Ashcrof, D. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 1-11.
- Papautsky, E., Abdulbaseer, U., ve Faiola, A. (2017). What Is The Role Of Patient Families? An Exploratory Study In A Medical Intensive Care Unit. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 2017 Annual Meeting*, (s. 550-554).
- Passos, S. D., Henckemaier, L., Costa, J. C., Pereira, Á., ve Nitschke, R. G. (2016). Daily care of families in hospital: what about patient safety? *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(04).
- Patient Advocate Foundation.(2023) Bringing Together Diverse Case Management Expertise to Help Patients. Erişim adresi: <https://www.patientadvocate.org> Erişim tarihi: 05.02.2023
- Picker Institute. (2022) *Picker Institute Reports*. Picker Erişim adresi: <https://picker.org/> Erişim tarihi: 09.10.2024
- Pointer Smith, R., Woodward , N., Wallston , B., Wallston , K., Rye , P., ve Zylstra , M. (1988). Health Care Implications of Desire and Expectancy for Control in Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 43(1), 1-7.

Prohaska, T., ve Glasser, M. (1996). Patients' Views of Family Involvement in Medical Care Decisions and Encounters. *Research on Aging*, 18(1), 52-69.

Prohaska, T., ve Glasser, M. (2005). Patients' Views of Family Involvement in Medical Care Decisions and Encounters. *Research on Aging*, 52-69.

Pulse Center for Patient Safety, Education and Advocacy. [PULSE]. Quick Guide for a Support Person. Erişim adresi: <https://www.pulsecenterforpatientsafety.org/> Erişim tarihi: 30.04.2023

Quinn, B., Schmitt, M., Gedney Baggs, J., Norton, S., Dombeck, M., ve Craig, R. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American journal of critical care*, 21(1), 43-51. doi:doi.org/10.4037/ajcc2012520

Reen, E. (2009). *Patient View of Medical Companios*. [Yüksek Lisans Tezi] Buffalo, NY. D'Youville Üniversitesi

Rees, P., Wimberg, J., ve Walsh, K. (2018). Patient and Family Partnership for Safer Health Care. *Pediatrics*(3), 1-4.

Reinhard, S., Given, B., Petlick, N., ve Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1-64.

Resmî Gazete. (1998, 08 01). Hasta Hakları Yönetmeliği. 23420 . Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 11.01.2023

- Rini, C., Jandorf, L., Goldsmith, R., Manne, S., Harpaz, N., ve Itzkowitz, S. (2011). Interpersonal influences on patients' surgical decision making:. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(5), 396-407.
- Robson, C., Drew, P., ve Reuber, M. (2016). The role of companions in outpatient seizure clinic interactions: Apilot study. *Epilepsy & Behavior*, 60, 86-93.
- Rodrigo-Rincon, I., Irigoyen-Aristorena, I., Tirapu-Leon, B., Zaballos-Barcala, N., Sarobe-Carricas, M., Antelo-Caamaño, M., . . . Martin-Vizcaino, M. (2022). Do Patients and Relatives Have Different Dispositions When Challenging Healthcare Professionals About Patient Safety? Results Before and After an Educational Program. *Journal of Patient Safety*, 45-50. doi:10.1097/PTS.0000000000000703
- Roth, D., Fredman, L., ve Haley, W. (2015). nformal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. doi:https://doi.org/10.1093/geront/gnu177
- Sanders, S. (2007). Experiences of rural male caregivers of older adults with their informal support networks. *Journal of gerontological social work*, 49(4), 97-115. doi: 10.1300/J083v49n04_06
- Schenk, E., Bryant, R., Van Son, C., ve Odom-Maryon, T. (2019). Perspectives on patient and family engagement with reduction in harm: The forgotten voice. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 73-79. doi:10.1097/NCQ.0000000000000333
- Schilling, L. M., Scatena, L., Steiner, J. F., Albertson, G. A., Lin, C. T., Cyran, L., . . . Anderson, R. J. (2002). The third person in the room: frequency, role,

and influence of companions during primary care medical encounters. *The Journal of Family Practice*, 685-690.

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., ve Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill:Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

Schumacker, R., ve Lomax, R. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* ((3rd ed.) b.). New York, NY: Taylor and Francis Group.

Sethi, B., Williams, A., ve Leung, J. (2022). Caregiving Across International Borders: a Systematic Review of Literature on Transnational Carer-Employees. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 37(4), 427-461. doi:<https://doi.org/10.1007/s10823-022-09468-w>

Shaila , P., ve Kapur, R. (1981). The Burden on the Family of a Psychiatric Patient: Development of an Interview Schedule. *The British Journal of Psych*, 332-335. doi:10.1192/bjp.138.4.332

Shen, M.-H., Yang, C.-T., Wu, C.-C., Huang, H.-L., Lin, Y.-E., Shyu, Y.-I., ve Chung, S.-C. (2020). Resuming Normal Life as a Family Caregiver During Drip-Like Recovery of Older Persons With Cognitive Impairment Recovering From Hip Surgery: A Grounded Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 3, 250-260. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12554>

Shulyaev, K., Gur-Yaish, N., Shadmi, E., ve Zisberg, A. (2020). Patterns of informal family care during acute hospitalization of older adults from different ethno-cultural groups in Israel. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-9.

- Slawomirski, L., Auraaen, A., ve Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. 96.
- Southwick, F., Cranley, N., ve Hallisy, J. (2015). A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: the perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality & Safety*(10), 620-629.
- Stewart, N., Morgan, D., Karunanayake, C., Wickenhauser , J., Cammer, A., Minish , D., . . . Hayduk, L. (2016). Rural Caregivers for a Family Member With Dementia: Models of Burden and Distress Differ for Women and Men. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 35(2), 150-178.
doi:<https://doi.org/10.1177/0733464813517547>
- Street, R., ve Gordon, H. (2008). Companion participation in cancer consultations. *Psycho-oncology*, 17(3), 244-251. doi:10.1002/pon.1225
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi*. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> Erişim tarihi: 24.03.2024
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği*. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi*. Erişim adresi: <https://hgbs.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 01.10.2024
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi*: Erişim adresi: <https://hgbs.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 01.03.2024

- T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane. (2024). *Dijital Hastane*. Dijital Hastane: Erişim adresi: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr> Erişim tarihi: 11.09.2024
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları*. Ankara: Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022). *Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri*. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-105654/ulusal-hasta-guvenligi-hedefleri.html> Erişim tarihi: 25.12.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2024). *Akılcı İlaç Kullanımı*. Erişim adresi: <https://akilciilac.titck.gov.tr/home/nedenakilcilackullanimi/> Erişim tarihi: 17.12.2024
- Taiwan Minister of Health and Welfare. (2019). *Taiwan Minister of Health and Welfare*. Statistics of General Health and Welfare 2018: Erişim adresi: <https://www.mohw.gov.tw/> Erişim tarihi: 14.11.2023
- Takase, M. (2022). Falls as the result of interplay between nurses, patient and the environment: Using text-mining to uncover how and why falls happen. *International journal of nursing sciences*, 10(1), 30-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.12.003>
- Tamayo, G., Broxson, A., Munsell, M., ve Cohen, M. (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 50-57.
- Tavakol, M., ve Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*.

- Thompson, R., Lewis, S., Murphy, M., Hale, J., Blackwell, P., Acton, G., . . . Bonner, P. (2004). Are there Sex Differences in Emotional and Biological Responses in Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease? *Biological Research For Nursing*, 241-332.
doi:<https://doi.org/10.1177/109980040426328>
- Tracey , S. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursng*, 67-73.
- Tran, B. Q., Mendoza, M. M., Saini, S. K., ve Sweeny, K. (2023). Let the Kid Speak: Dynamics of Triadic Medical Interactions Involving Pediatric Patients. *Health communication*, 38(9), 1762–1769.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2031450>
- Tsironi, S., ve Koulierakis, G. (2017). Factors associated with parents' levels of stress in pediatric wards. *Journal of Child Health Care : for Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 175-185.
doi:<https://doi.org/10.1177/1367493517749327>
- Tsironi, S., ve Koulierakis, G. (2017). Factors associated with parents' levels of stress in pediatric wards. *Journal of Child Health Care*, 1-11.
doi:10.1177/1367493517749327
- Tsironi, S., ve Koulierakis, G. (2017, ts). Measuring parental satisfaction of care quality provided in hospitalized children. *Elliniko Periodiko tīs Nosīleutikīs Epistīmīs* , 10(1), 13-25.
- Turabian, J. L., Rodriguez, L., Ruiz, S., Rodriguez-Almonte, F., Jove, R., ve Castro, A. (2017). The social and health gender differences in patient's

companion in the family medicine consultation. 2(1), 45-49.
doi:10.4172/2529-797x.1000014

Turabian, J., Rodriguez, L., Moreno Ruiz, S., Rodriguez Almonte, F., Cucho Jove, R., ve Villarin Castro, A. (2017). Differences in Verbal Behaviour Style in Interviews of Patients Females with Patients Companion (Triads) and Without Patient's Companion (Dyads) in Family Medicine. *Journal of General Practice*, 1-6.

Türk Dil Kurumu. [TDK] (2020). Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: <https://sozluk.tdk.gov.tr> Erişim tarihi: 12.11.2020

Türkiye İstatistik Kurumu. [TİK] (2024). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2023*. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2023-53710>
Erişim tarihi: 12.11.2024

Türmen, T. (1993). *Priority health issues affecting women*. World Health Organization.

Tzeng, H.-M., ve Yin, C.-Y. (2008). Family Involvement in Inpatient Care in Taiwan. *Clinical Nursing Research* , 297-311.

Tzeng, H.-M., ve Yin, C.-Y. (2009). Inpatient falls: the impact of family and personal caregivers. *Applied Nursing Research*, 22, 159-165.

Van Houtven, C., Coe, N., ve Skira, M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of health economics*, 32(1), 240-252.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.006>

van Rosse, F., Essink-Bot, M.-L., Stronks, K., de Bruijne, M., ve Wagner, C. (2014). Ethnic minority patients not at increased risk of adverse events during hospitalisation in urban hospitals in the Netherlands: results of a

prospectiveobservational study. *BMJ Open*, 1-10. doi:
doi:10.1136/bmjopen-2014-005527

Van Rosse, F., Suurmond, J., Wagner, C., De Bruijne, M., ve Essink-Bot, M. (2016). Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: A qualitative study. *BMJ Open*(4), 1-10.

van Rosse, F., Suurmond, J., Wagner, C., de Bruijne, M., ve Essink-Bot, M.-L. (2016). Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care : a qualitative study. *BMJ Open*, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015009052

Wale, J., ve Moon, R. (2005). Engaging patients and family members in patient safety - The experience of the New York City Health and Hospitals Corporation. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 85-95.

Wasti, S., ve Erdil, S. (2007). Bireycilik ve toplulukçuluk değerlerinin ölçülmesi: benlik kurgusu ve INDCOL ölçeklerinin Türkçe geçerlemesi. *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 7, 39-66.

Wegner, W., ve Rubim Pedro, E. (2012). Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(3), 427-434.

Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S., ve Welch, L. (2005). Family Perspectives on End-of-Life CareExperiences in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 45(5), 642-650.

Wolff, J., ve Roter, D. (2008). Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of internal medicine*, 168, 1409–1415. doi:https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1409

- Wolff, J., ve Roter, D. (2011). Family presence in routine medical visits: A meta-analytical review. *Social Science & Medicine*, 72(6), 823-831.
- Wolff, J., Roter, D., Barron, J., Boyd, C., Leff, B., Finucane, T., . . . Gitlin, L. (2014). A Tool to Strengthen the Older Patient-Companion Partnership in Primary Care: Results from a Pilot Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 312-319.
- Wolff, K. (1964). *The Sociology of Greog Simmel*. The Free Press, Glencoe, Illinois.
- World Health Organization. (2006, 03 29). Patients for Patient Safety: London Declaration. *Patients for Patient Safety: London Declaration*, 1. World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/m/item/patients-for-patient-safety-london-declaration> Erişim tarihi: 17.03.2024
- World Health Organization. (2008). *WHO Surgical Safety Checklist*. 04 10, 2024 tarihinde World Health Organization: Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources> Erişim tarihi: 17.03.2024
- World Health Organization. (2008). *The second global patient safety challenge : safe surgery saves lives*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Patients for Patient safety: partnerships for safer health care*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*.

World Health Organization. (2020). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*. World Health Organization. Erişim adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334151/WHO-SRH-20.13-eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi: 15.06.2021

World Health Organization . (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf Erişim tarihi: 27.11.2022

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Patient safety*. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Erişim tarihi: 11.11.2024

Wyskiel, R., Weeks, K., ve Marsteller, J. (2015). Inviting families to in care: A family involvement menu. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41, 43-46.

Yavuz, D. (2024). The Companion: A Hospital Autoethnography on the Relationship Between Informal and Formal Institutions. *Journal of Contemporary Ethnography*, 488-515. doi: <https://doi.org/10.1177/08912416241248459>

Zhang, S., Cheng, M., Ma, W., Liu, H., ve Zhao, C. (2023). Companion responses to diagnosis in Chinese outpatient clinical interaction. *Social Science & Medicine*, 338, 1-30.



EK-1. REFAKATÇİ ROLLERİNE İLİŞKİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

			Estimate	S.E.	C.R.	P
Savunucu Arabulucu	<-->	Savunucu Destekleyici	,665	,012	7,824	***
Savunucu Destekleyici	<-->	Pasif Katılımcı	,259	,018	3,891	***
Pasif Katılımcı	<-->	Muhalif	,428	,007	2,482	,013
Savunucu Arabulucu	<-->	Pasif Katılımcı	,203	,016	3,258	,001
Savunucu Destekleyici	<-->	Muhalif	,067	,001	1,068	,286
Savunucu Arabulucu	<-->	Muhalif	,046	,001	,760	,448

EK-2. MADDELER İÇİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

			Estimate	S.E.	C.R.	P
RR13	<---	Savunucu Arabulucu	,916			
RR12	<---	Savunucu Arabulucu	,752	,040	16,437	***
RR9	<---	Savunucu Arabulucu	,533	,053	10,502	***
RR8	<---	Savunucu Arabulucu	,606	,059	12,185	***
RR20	<---	Savunucu Destekleyici	,566			
RR3	<---	Savunucu Destekleyici	,646	,072	10,847	***
RR2	<---	Savunucu Destekleyici	,878	,103	10,899	***
RR1	<---	Savunucu Destekleyici	,608	,083	9,378	***
RR19	<---	Pasif Katılımcı	,853			
RR18	<---	Pasif Katılımcı	,489	,105	6,192	***
RR17	<---	Pasif Katılımcı	,367	,084	5,169	***
RR15	<---	Muhalif	,322	,596	3,464	***
RR14	<---	Muhalif	,916	4,729	2,437	,015
RR6	<---	Muhalif	,186			
RR5	<---	Muhalif	,292	,471	3,029	,002

EK- 3. ALT BOYUTLAR ARASINDA STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

			Estimate	S.E.	C.R.	P
Faktor1	<-->	Faktor2	,571	,028	6,537	***
Faktor2	<-->	Faktor3	,560	,024	6,387	***
Faktor3	<-->	Faktor4	,423	,010	5,667	***
Faktor1	<-->	Faktor3	,417	,009	5,885	***
Faktor2	<-->	Faktor4	,707	,036	6,920	***
Faktor1	<-->	Faktor4	,500	,012	6,462	***

EK-4. MADDELER İÇİN STANDARTLAŞTIRILMIŞ KESTİRİMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

			Estimate	S.E.	C.R.	P
HG22	<---	Faktor1	,625			
HG21	<---	Faktor1	,748	,064	13,659	***
HG16	<---	Faktor1	,788	,086	11,897	***
HG15	<---	Faktor1	,734	,094	12,053	***
HG14	<---	Faktor1	,859	,066	12,177	***
HG13	<---	Faktor1	,693	,055	11,767	***
HG12	<---	Faktor1	,643	,076	11,260	***
HG11	<---	Faktor1	,619	,066	10,771	***
HG20	<---	Faktor2	,594			
HG19	<---	Faktor2	,705	,090	11,031	***
HG18	<---	Faktor2	,764	,101	9,736	***
HG17	<---	Faktor2	,596	,100	8,451	***
HG6	<---	Faktor3	,602			
HG3	<---	Faktor3	,609	,076	10,463	***
HG2	<---	Faktor3	,954	,142	13,791	***
HG1	<---	Faktor3	,797	,130	12,730	***
HG10	<---	Faktor4	,682			
HG8	<---	Faktor4	,779	,134	11,838	***
HG4	<---	Faktor4	,713	,141	11,314	***

EK-5. ANKET FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
HASTALAR İÇİN
HASTA NO:

Sayın Katılımcı,

“Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tarafından yapılan bir doktora tez araştırmasıdır. Araştırma; refakatçi davranışları ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Türk Sağlık Sistemi'ne yönelik olarak sunulabilecek çeşitli öneriler planlanabilecektir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken devam etmek istemezseniz son verebilirsiniz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Uzm. Aysun AKBULUT

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: .././2021

REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI ve HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU
(HASTA SORU SETİ)

BÖLÜM A: DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız.....
3. Eğitim durumunuz ☐ 1. Okur yazar ☐ 2. İlkokul mezunu ☐ 3. Ortaokul mezunu ☐ 4. Lise mezunu ☐ 5. Üniversite mezunu, ☐ 6. Lisans üstü mezunu
4. Medeni durumunuz ☐ 1. Evli ☐ 2. Bekar
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? ☐ 1. Evet tam gün ☐ 2. Evet, yarım gün ☐ 3. Ev hanımı ☐ 4. Öğrenci ☐ 5. Emekli ☐ 6. İşsiz
6. Sigara Kullanıyor musunuz? ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır
7. Bu yatışınızda sedasyon ya da anestezi aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

8. Bakım ekipmanı kullanıyor musunuz?a. ☐Evet ☐Hayır

b. Evet, ise hangi ekipmanı kullandığınızı belirtiniz:.....

BÖLÜM B. REFAKATÇİNİZ İLE İLGİLİ DİĞER FAKTÖRLERAşağıda refakatçiniz ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.**9. Refakatçiniz ile yakınlık dereceniz nedir?**☐Eşim ☐Çocuğum ☐Torunum ☐Kardeşim ☐Diğer (belirtiniz).....**10. Refakatçiniz kaç gündür size refakatçilik yapmaktadır?****11. Refakatçiniz sağlık bakım ihtiyaçlarınız hakkında bilgili mi?**☐Çok ☐Biraz ☐Az ☐Hiç**12. Tedavi süreci boyunca düşme ya da düşme riski yaşadınız mı?**☐Evet ☐Hayır**13. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

- ☐ Çok yakında iyileşeceğim
- ☐ Stabilize olup ve bir süre sonra iyileşeceğim
- ☐ Durumumun nispeten ciddi olduğunu düşünüyorum

BÖLÜM C. HASTA SORU FORMU**Refakatçinizin refakat esnasında göstermiş olduğu davranışlara ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.**

		Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
1	Sağlık çalışanlarına, benimle ilgili ve sağlığımı geliştirici sorular sorar.	1	2	3
2	Sağlık çalışanlarına benim hakkımda tıbbi bilgi desteği sağlar.	1	2	3
3	Doktorla birlikte karar alırken beni destekler (ör: kullanacağınız ilaç formunun rahatlıkla kullanabileceğiniz türden olmasını önermek).	1	2	3
4	Sağlık personeline kendisi ya da başka birinin sağlık durumu ile ilgili sorular sorar.	1	2	3
5	Sağlık personeli ile tıbbi görüşme sırasında ani konu değişikliği yapar.	1	2	3
6	Üçüncü kişilerle konuşurken benden “o, şu, bu” gibi ifadelerle bahseder.	1	2	3
7	Genel olarak bana karşı arkadaşça, sabırlı ve sorumlu davranır.	1	2	3
8	Sağlık personeli ile iletişim kurmamı kolaylaştırır.	1	2	3
9	Anlamakta güçlük yaşadığım konuları netleştirmeme yardımcı olur.	1	2	3
10	Doktor ve hemşirelere ihtiyacım olduğunda onlara ulaşabilmemi sağlar.	1	2	3
11	Doktor ve hemşire ziyaretlerinde görüşme sırasında yanımda bulunur.	1	2	3

12	Doktorun dediklerini bana hatırlatır.	1	2	3
13	Doktorla benim aramda geçen diyalogları hem bana hem de doktora ayrıntılı biçimde açıklar.	1	2	3
14	Sağlık bakımı konusunda beni yetersiz görür.	1	2	3
15	Genel olarak beni küçümser.	1	2	3
16	Bölüm çalışanları ile koordineli olarak bakım verir.	1	2	3
17	Refakatçi değişimleri sorun yaşamama neden olur.	1	2	3
18	Refakatçimden tuvalete gitmek, banyo yapmak için yardım alırım.	1	2	3
19	Sağlığım ile ilgili kararları refakatçim verir.	1	2	3
20	Refakatçimin yaşayabileceğim sorunlara yönelik çok iyi bir içgörüsü vardır.	1	2	3

BÖLÜM D. HASTA/REFAKATÇİ KAYNAKLI OLAYLAR

	<i>Aşağıda refakatçinize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.</i>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Yatak içindeyken yatak kenarlıklarının kaldırılmış olmasına dikkat eder.	1	2	3	4	5
2	Yatak içindeyken yatak frenlerinin kilitli olmasına dikkat eder.	1	2	3	4	5
3	Yatacağım ya da oturtacağım yerin fiziksel durumuma uygun özellikte olmasına dikkat eder.	1	2	3	4	5
4	Hasta odasından ayrılması gereken durumlarda beni başkasına emanet ederek odadan ayrılır.	1	2	3	4	5
5	Hareket halindeyken düşmeye sebebiyet verebilecek durumlara karşı dikkatli olmamı söyleyerek beni uyarır.	1	2	3	4	5
6	Ben hareket halindeyken zeminin ıslak ya da kuru olma durumuna dikkat eder.	1	2	3	4	5
7	Sağlık personelinin hasta güvenliği konusunda (düşmelerin önlenmesi gibi) anlattığı önerileri anlar ve uygular.	1	2	3	4	5
8	Yanımdan ayrılırken ya da diğer bir refakatçi ile değişim yapacağı zaman sağlık çalışanlarını bilgilendirir.	1	2	3	4	5
9	Bakım/tedavi uygulaması öncesinde sağlık çalışanları ile birlikte hasta kimliğinin doğrulanmasına dikkat eder.	1	2	3	4	5
10	Hastane bölümleri arasında transferlerde yanımda olarak, bilgi problemlerinin yaşanmasını önler.	1	2	3	4	5

11	En iyi/en güvenli bakımı alabilmem için bölüm çalışanları ile organize olur.	1	2	3	4	5
12	Aktivite sınırlarımı bilir ve ona göre hareket ettirir.	1	2	3	4	5
13	Yattığım alanın temiz ve düzenli olmasını sağlar.	1	2	3	4	5
14	Sağlık görevlilerinin belirlediği seviyede, bağımsız hareket edebilmemi destekler.	1	2	3	4	5
15	Almam gereken katı ve sıvı gıdalar konusunda bilgilidir ve tüketimimi kontrol eder.	1	2	3	4	5
16	Sağlık çalışanlarının verdiği bakım ile ilişkili görevleri zamanında uygular.	1	2	3	4	5
17	Tıbbi kayıt sırasında kimlik bilgilerim alınırken refakatçim yardımcı olur.	1	2	3	4	5
18	Temel bilgilerime ilişkin kayıtları kontrol eder.	1	2	3	4	5
19	Refakatçim sorunlarımı ve endişelerimi iyi açıklamamda yardımcı olur.	1	2	3	4	5
20	Refakatçimin olması sağlık çalışanlarının daha detaylı bilgi vermesinde etkili olur.	1	2	3	4	5
21	Rahatsızlığımı giderici önlemler alır.	1	2	3	4	5
22	Korkularımı ve kaygılarımı anlar ve onları giderici çabada bulunur.	1	2	3	4	5

Refakatçinizi hasta güvenliği konusunda puanlayınız

☐ Harika ☐ Çok İyi ☐ Kabul edilebilir ☐ Zayıf ☐ Çok Kötü

Yatışınız sırasında güvenliğinizi tehdit edici bir olay yaşandı mı? Yaşandıysa açıklayınız.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
REFAKATÇİLER İÇİN
REFAKATÇİ NO:

Sayın Katılımcı,

“Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tarafından yapılan bir doktora tez araştırmasıdır. Araştırma; refakatçi davranışları ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Türk Sağlık Sistemi’ne yönelik olarak sunulabilecek çeşitli öneriler planlanabilecektir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken devam etmek istemezseniz son verebilirsiniz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Uzm. Aysun AKBULUT

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: ../../2021

REFAKATÇİ DAVRANIŞLARI ve HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU
(REFAKATÇİ SORU SETİ)

BÖLÜM A: DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek		
2. Yaşınız.....		
3. Eğitim durumunuz		
☐ 1. Okur yazar	☐ 2. İlkokul mezunu	☐ 3. Ortaokul mezunu
☐ 4. Lise mezunu	☐ 5. Üniversite mezunu,	☐ 6. Lisans üstü mezunu
4. Medeni durumunuz ☐ 1. Evli ☐ 2. Bekâr		
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?		
☐ 1. Evet tam gün	☐ 2. Evet, yarım gün	☐ 3. Ev hanımı
☐ 4. Öğrenci	☐ 5. Emekli	☐ 6. İşsiz
6. Sigara Kullanıyor musunuz? ☐ 1.Evet ☐ 2. Hayır		

BÖLÜM B. HASTANIZ İLE İLGİLİ DİĞER FAKTÖRLER

Aşağıda hastanız ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

7. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

☐Eşim ☐Çocuğum ☐Torunum ☐Kardeşim ☐Diğer (belirtiniz).....

8. Kaç gündür refakatçilik yapmaktasınız? Lütfen belirtiniz:.....

9. Hastanızın sağlık bakım ihtiyaçları hakkında bilgili misiniz?

☐ Çok ☐ Biraz ☐ Az ☐ Hiç

10. Hastanız bu yatışında sedasyon ya da anestezi aldı mı?

☐Evet ☐Hayır

11. Hastanız bakım ekipmanı kullanıyor mu?

a. ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

b. ☐ Evet ise; hangi bakım ekipmanını kullanıyor:.....

12. Hastanız tedavi süreci boyunca düşme ya da düşme riski yaşadı mı?

☐Evet ☐Hayır

13. Hastanızın sağlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yakında iyileşecek
☐ Stabilize olup ve bir süre sonra iyileşecek
☐ Durumunun nispeten ciddi olduğunu düşünüyorum

BÖLÜM C. REFAKATÇİ SORU FORMU

Hastanıza refakat esnasında göstermiş olduğunuz davranışlara ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
1	Doktora (ve diğer sağlık çalışanlarına), hasta ile ilgili ve sağlığını geliştirici sorular sorarım.	1	2	3
2	Doktora hasta hakkında tıbbi bilgi desteği sağlarım.	1	2	3
3	Doktorla birlikte karar alırken hastayı desteklerim (ör: kullanacağı ilaç formunun rahatlıkla kullanabileceği türden olmasını önermek)	1	2	3
4	Sağlık personeline kendim ya da başka birinin sağlık durumu ile ilgili sorular sorarım	1	2	3
5	Sağlık personeli ile tıbbi görüşme sırasında ani konu değişikliği yaparım	1	2	3
6	Üçüncü kişilerle konuşurken hastadan "o, şu, bu" gibi ifadelerle bahsederim	1	2	3
7	Genel olarak hastaya karşı arkadaşça, sabırlı ve sorumlu davranırım	1	2	3
8	Sağlık personeli ile iletişim kurmasını kolaylaştırırım	1	2	3
9	Anlamakta güçlük yaşadığı konuları netleştirmesine yardımcı olurum	1	2	3

10	Doktor ve hemşirelere ihtiyacı olduğunda onlara ulaşabilmesini sağlarım	1	2	3
11	Doktor ve Hemşire ziyaretlerinde (visitlerde) görüşme sırasında yanında bulunurum	1	2	3
12	Doktorun dediklerini hastaya hatırlatırım.	1	2	3
13	Doktorla arasında geçen diyalogları hem hastaya hem de doktora ayrıntılı biçimde açıklarım.	1	2	3
14	Sağlık bakımı konusunda hastayı yetersiz görürüm	1	2	3
15	Genel olarak hastayı küçümserim.	1	2	3
16	Bölüm çalışanları ile koordineli olarak bakım veririm.	1	2	3
17	Refakatçi değişimleri hastanın sorun yaşamasına neden olur.	1	2	3
18	Hasta tuvalete gitmek, banyo yapmak için benden yardım alır.	1	2	3
19	Hastanın sağlığı ile ilgili kararları ben veririm.	1	2	3
20	Hastanın yaşayabileceği sorunlara yönelik çok iyi bir içgörüüm vardır.	1	2	3

BÖLÜM D. HASTA/REFAKATÇİ KAYNAKLI OLAYLAR

Refakatçilerin *Düşme Riskini* Önlemeye Yönelik Davranışlarına İlişkin İfadeler

	<i>Aşağıda refakatçiliğinize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.</i>	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Yatak içindeyken yatak kenarlıklarının kaldırılmış olmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
2	Yatak içindeyken yatak frenlerinin kilitli olmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
3	Hastanın yatacağı ya da oturtacağı yerin fiziksel durumuna uygun özellikte olmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
4	Hasta odasından ayrılmam gereken durumlarda hastayı başkasına emanet ederek odadan ayrılırım.	1	2	3	4	5
5	Hareket halindeyken düşmeye sebebiyet verebilecek durumlara karşı dikkatli olmasını söyleyerek hastayı uyarırım.	1	2	3	4	5
6	Hasta hareket halindeyken zeminin ıslak ya da kuru olma durumuna dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7	Sağlık personelinin hasta güvenliği konusunda (düşmelerin önlenmesi gibi) anlattığı önerileri anlar ve uygularım.	1	2	3	4	5

8	Hastanın yanından ayrılırken ya da diğer bir refakatçi ile değişim yapacağım zaman sağlık çalışanlarını bilgilendiririm.	1	2	3	4	5
9	Bakım/tedavi uygulaması öncesinde sağlık çalışanları ile birlikte hasta kimliğinin doğrulanmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
10	Hastane bölümleri arasında transferlerde hastanın yanında olarak, bilgi problemlerinin yaşanmasını önlerim.	1	2	3	4	5
11	En iyi/en güvenli bakımı alabilmesi için bölüm çalışanları ile organize olurum.	1	2	3	4	5
12	Hastanın aktivite sınırlarını bilir ve ona göre hareket ettiririm.	1	2	3	4	5
13	Yattığı alanın temiz ve düzenli olmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
14	Sağlık görevlilerinin belirlediği seviyede, hastanın bağımsız hareket edebilmesini desteklerim.	1	2	3	4	5
15	Alması gereken katı ve sıvı gıdalar konusunda bilgiliyimdir ve tüketimini kontrol ederim.	1	2	3	4	5
16	Sağlık çalışanlarının verdiği bakım ile ilişkili görevleri zamanında uygularım.	1	2	3	4	5
17	Tıbbi kayıt sırasında kimlik bilgileri alınırken hastaya yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
18	Hastanın temel bilgilerine ilişkin kayıtları kontrol ederim.	1	2	3	4	5
19	Hastanın sorunlarını ve endişelerini iyi açıklamasında yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
20	Refakatçi olmam, sağlık çalışanlarının daha detaylı bilgi vermesinde etkili olur.	1	2	3	4	5
21	Rahatsızlığını giderici önlemleri alırım.	1	2	3	4	5
22	Korkularını ve kaygılarını anlar ve onları giderici çabada bulunurum.	1	2	3	4	5

Refakatçiliğinizi hasta güvenliği konusunda puanlayınız

☐ Harika ☐ Çok İyi ☐ Kabul edilebilir ☐ Zayıf ☐ Çok Kötü

Refakatçiliğiniz sırasında hastanın güvenliğini tehdit edici bir olay yaşandı mı? Yaşandıysa açıklayınız.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim.

EK-6.ETİK KURUL UYGUNLUK ONAYI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-458

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 17 MART 2020 SALI
Toplantı No : 2020/06
Proje No : GO 20/225(Değerlendirme Tarihi: 17.03.2020)
Karar No : 2020/06-47

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Oğuz IŞIK'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Aysun AKBULUT'un doktora tezi olan, GO 20/225 kayıt numaralı, *"Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 18 Mart 2020-18 Kasım 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
İZİMLİ			
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	11. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Özyay GÖKÖZ	(Üye)
İZİMLİ			
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGEL	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)		

EK-7. ETİK KURUL SÜRE UZATIM ONAYI (1)



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1210

Konu :

20.10.2020

Doç. Dr. Oğuz IŞIK
İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. IŞIK,

Kurulumuzun 17.03.2020 tarihli toplantısında GÖ 20/225 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve "*Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki*" başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 06.10.2020 tarihli süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 20.10.2020 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 21 Nisan 2021 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim

Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN
Başkan

EK

Toplantı Katılım Tutanağı

EK-8. ETİK KURUL SÜRE UZATIM ONAYI (2)



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -4059

Konu :

20.04.2021

Doç. Dr. Oğuz IŞIK
İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. IŞIK,

Kurulumuzun 17.03.2020 tarihli toplantısında GO 20/225 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve **"Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki"** başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 12.04.2021 tarihli süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 20.04.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 20 Nisan 2022 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim

Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN
Başkan

EK _____ :
Toplantı Katılım Tutanağı

EK-9. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-21-1009 No’lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği’nden “Refakatçi Davranışları İle Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

10/11/2021

Prof. Dr. Fuat Emre Canpolat
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

EK-10.ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 11/02/2025	
Tez Başlığı "Refakatçi Davranışları ile Hasta Güvenliği Arasındaki İlişki"	
Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 143 sayfalık kısmına ilişkin, 10/02/2025 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 9'dur.	
Uygulanan filtrelemeler**:	
1. ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2. ☒ Kaynakça hariç	
3. ☒ Alıntılar hariç	
4. ☐ Alıntılar dâhil	
5. ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
Aysun AKBULUT	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Aysun AKBULUT	
	Öğrenci No	N12243271	
	Enstitü Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
	Programı	Sağlık Yönetimi	
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Oğuz IŞIK

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı Tez Yazım Dilinde yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev. Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT	
Date: 11/02/2025	
Thesis Title (In English): "Relationship Between Accompanying Behavior and Patient Safety"	
According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 10/02/2025 for the total of 143 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 9%.	
Filtering options applied**:	
1. ☒ Approval and Declaration sections excluded 2. ☒ References cited excluded 3. ☒ Quotes excluded 4. ☐ Quotes included 5. ☒ Match size up to 5 words excluded	
I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.	
I respectfully submit this for approval.	
Aysun AKBULUT	

Student Information	Name-Surname	Aysun AKBULUT	
	Student Number	N12243271	
	Department	Health Management	
	Programme	Health Management	
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Oğuz IŞIK

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.