



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI:
ANKARA İLİNDE BİR UYGULAMA**

ZEYNEP KARADAĞ

**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

KASIM 2019



**MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI:
ANKARA İLİNDE BİR UYGULAMA**

Zeynep KARADAĞ

DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Kasım 2019

Zeynep KARADAĞ tarafından hazırlanan “Müşteri Sadakati Açısından Hasta Güvenliği Algısı: Ankara İlinde Bir Uygulama” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı , Hacı Bayram Veli Üniversitesi

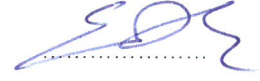
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan: Prof. Dr. Emine ORHANER

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı , Hacı Bayram Veli Üniversitesi

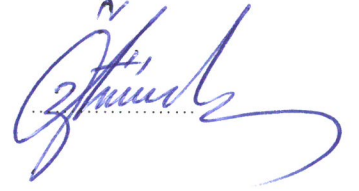
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı , Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İşletme Anabilim Dalı, Atılım Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Doç. Dr. Beyza GÜLTEKİN

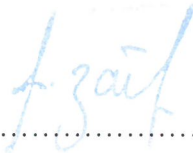
İşletme Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 29/11/2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



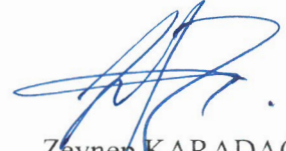
Prof. Dr. Figen ZAİF

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Zeynep KARADAĞ
06/12/2019

MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI:
ANKARA İLİNDE BİR UYGULAMA
(Doktora Tezi)

Zeynep KARADAĞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Kasım 2019

ÖZET

Hasta güvenliği konusu ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık hizmetlerinde önemli ve öncelikli konuların başında gelmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların odağında sağlık çalışanlarının görüşleri yer almakta olup, hastaların güvenlik algıları ve hasta katılımının çalışmalarda yeterli düzeyde ele alınmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırmada, sağlık hizmeti tüketicilerinin hasta güvenliği algısının müşteri sadakati açısından incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmayı, Ankara ilinin merkez bölgesinde bulunan özel hastanelerden hizmet alanlar içerisinde kolayda örneklem yöntemi ile seçilen 382 kişi oluşturmuştur. Verilerin analizinde SPSS ve AMOS programları kullanılmıştır. Elde edilen veriler; frekans, yüzde dağılımları, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, t-testi, tek yönlü anova testi, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, özel hastanelerden hizmet alan katılımcıların aldıkları hizmeti güvenli (%83,7) buldukları görülmüştür. Hasta güvenliği algısı ile müşteri sadakati arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (0,847). Hasta güvenliği algısının müşteri sadakati üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (%71,7). Demografik değişkenlerle (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu), hasta güvenliği algısı ve müşteri sadakati puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla t-testi ve anova testi yapılmıştır. Cinsiyet ve medeni durumlarına göre verilen cevapların ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yaş ve eğitim durumu açısından ise anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tıbbi hataların düzeltilmesi puan ortalamaları bakımından, demografik değişkenlerle (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca, hastanede tıbbi hataya maruz kalan hastaların hasta güvenliği algısı puanları, tıbbi hataya maruz kalmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Bilim Kodu : 114709
Anahtar Kelimeler : Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hata, Müşteri Sadakati
Sayfa Adedi : 165
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

PATIENT SAFETY PERCEPTION IN TERMS OF COSTUMER LOYALTY
AN APPLICATION IN ANKARA PROVINCE

(Ph. D. Thesis)

Zeynep KARADAĞ

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

November 2019

ABSTRACT

Patient safety and prevention of medical errors are among the most important and priority issues in health care. The focus of the studies on patient safety is the opinions of healthcare workers but it was observed that safety perceptions of patients and patient participation were not adequately addressed in the studies. Thus in this study it is aimed to examine and evaluate the perception of patient safety of health care consumers in terms of customer loyalty. The main population of the study consists of those receiving services from private hospitals in the central region of Ankara. 382 people that were selected by simple random sampling method, form the sample of the study. SPSS and AMOS programmes were used in analysis of datas. The data obtained was evaluated by using frequency, percentage distributions, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, t-test, one-way Anova test, pearson correlation analysis and regression analysis. As a result of the research, it was seen that the participants receiving services from private hospitals found the service received safe (83.7%). A high and positive relationship was found between patient safety perception and customer loyalty (0,847). Patient safety culture was found to be effective on customer loyalty culture (71.7%). In order to determine the difference between demographic variables (gender, age, marital status and educational status), patient safety perception and customer loyalty scores, t-test and anova test were performed. There was no statistically significant difference between the averages of the answers given according to gender and marital status. There was a significant difference in terms of age and education level. There was no statistically significant difference between demographic variables (gender, age, marital status and educational status) in terms of mean scores for correction of medical errors. Also the patient safety culture scores of the patients exposed to medical errors in the hospital were found significantly lower than the ones that were not exposed to medical errors.

Science Code : 114709
Key Words : Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Error, Customer Loyalty
Page Number : 165
Supervisor : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin başlangıcından beri bilgi ve deneyimleri ile her zaman bana destek olup yol gösteren, en sıkıntılı zamanlarımda beni cesaretlendiren, bu süreçte nezaketini ve şefkatini benden esirgemeyen, kendime tekrar inanmamı sağlayan, akademik duruşu ile örnek aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Sezer KORKMAZ'a,

Doktora eğitimim boyunca her türlü yardım ve desteklerini benden esirgemeyen, bilgi, tecrübe ve olumlu eleştirileriyle beni yönlendiren, tanımaktan onur duyduğum ve ayrıca Tez İzleme Komitemde bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK, Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU ve Prof. Dr. Emine ORHANER'e,

Bugünlere gelmemde emeklerini asla ödeyemeyeceğim sevgilerini ve desteklerini her zaman arkamda hissettiğim, kıymetli anne, babam Hasan ve Gülsen BAYKOCA ve canım aileme,

En büyük destekçim, fedakarlığı ve sabrı ile doktora eğitim sürecimde yanımda olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Evren KARADAĞ'a, varlığıyla bana güç veren hayat ışığım biricik oğlum Hüseyin'ime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

1.1. Güvenlik Kültürü Kavramının Geçmişi.....	9
1.2. Hasta Güvenliği Kavramı	9
1.3. Hasta Güvenliği Kültürü	12
1.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar	15
1.5. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Tıbbi Hatalar	17
1.5.1. Tanıda Yapılan Hatalar.....	18
1.5.2. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar	19
1.5.3. Önlenebilir Hatalar	22
1.5.4. Diğer Hatalar	26
1.6. Hasta Güvenliği Konusunda Tüketici Perspektifinin Değerlendirilmesi	29
1.6.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Gelişmesinde Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Önemi	30
1.6.2. Hasta Güvenliğinde Hastaların Rolü	31
1.6.3. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımının Sağlanması	32
1.6.4. Hastaların Hasta Güvenliği Faaliyetlerine Katılımını Etkileyen Faktörler	33

Sayfa

1.6.5. Hastaların Hasta Güvenliği Konusundaki Sorumluluğu	36
1.6.6. Hasta Güvenliğinde Hasta Perspektifi	36
1.7. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkili Kavramlar	39
1.7.1. Toplam Kalite ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi	39
1.7.2. Sinizm ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi	40
1.7.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi	42
1.8. Türkiye’de ve Dünyada Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları	44

2. BÖLÜM**MÜŞTERİ SADAKATI**

2.1. Müşteri Sadakatinin Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi.....	59
2.2. Müşteri Sadakatinin Önemi	64
2.3. Müşteri Sadakatinin Aşamaları.....	68
2.3.1. Bilişsel Sadakat Aşaması.....	69
2.3.2. Duygusal Sadakat Aşaması	70
2.3.3. Niyetsel Sadakat Aşaması	71
2.3.4. Eylemsel Sadakat Aşaması.....	72
2.4. Müşteri Sadakatinin Seviyeleri.....	72
2.4.1. Gerçek Sadakat	73
2.4.2. Gelişmemiş (Gizli) Sadakat.....	74
2.4.3. Sahte Sadakat.....	75
2.4.4. Sadakatsizlik.....	76
2.5. Müşteri Sadakati İle İlişkili Kavramlar	78
2.5.1. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki.....	78
2.5.2. Kalite ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki	79
2.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati İlişkisi.....	81
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakati	86

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakatinin Önemi.....	87
--	----

3. BÖLÜM

MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISI BELİRLEMEYE İLİŞKİN ARAŞTIRMA

3.1. Yöntem.....	93
3.1.1. Evren ve Örneklem.....	93
3.1.2. Anket Formu ve Ölçüm Aracı	94
3.1.3. Verilerin Analizi	96
3.1.4. Doğrulamalı Faktör Analizi.....	96
3.1.5. Model Uyum İndeksleri.....	97
3.1.6. Güvenilirlik Analizi.....	101
3.1.7. Normallik Testi.....	102
3.2. Araştırmanın Bulguları	103
3.2.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler.....	103
3.2.2. Boyutlar Arasındaki Korelasyonlar	112
3.2.3. Regresyon Analizi Sonuçları	114
3.2.4. Demografik Özelliklerin Karşılaştırma Sonuçları.....	115
SONUÇ VE ÖNERİLER	125
KAYNAKLAR	137
EKLER.....	161
Ek-1. Hasta Güvenliği Algısı Ölçeği	162
ÖZGEÇMİŞ	165

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	18
Çizelge 2.1. Müşteri Sadakati Tanımları	60
Çizelge 2.2. Müşteri Sadakat Seviyeleri	73
Çizelge 2.3. Müşteri Sadakat Düzeylerinin İşletme Kararları Üzerindeki Etkileri	77
YÇizelge 3.1. Ölçüm Modelinin Uyum İyiliği Değerleri	101
Çizelge 3.2. Müşteri Sadakati Açısından Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	102
Çizelge 3.3. Normallik Testi Bulguları.....	103
Çizelge 3.4. Demografik Özelliklerin Dağılımları	104
Çizelge 3.5. Hastanedeki Süreçte Yaşanılan Problemlere Göre Dağılımlar.....	105
Çizelge 3.6. Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadelere Verilen Cevapların Dağılımları.....	106
Çizelge 3.7. Hastanede Yatılan Süre Boyunca Alınan Sağlık Hizmetinin Vermiş Olduğu Güvenlik Duygusunu En İyi Tanımlayan Cevapların Dağılımı	108
Çizelge 3.8. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan İstatistikleri.....	108
Çizelge 3.9. Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri.....	111
Çizelge 3.10. Pearson Korelasyon Değerleri	113
Çizelge 3.11. Hasta Güvenliği Kültürü ile Müşteri Sadakati Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonucu.....	113
Çizelge 3.12. Müşteri Sadakatine Hasta Güvenliği Kültürünün Etkisi ve Modeldeki Katsayısının Anlamlılığı	114
Çizelge 3.13. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Kadınlar ile Erkekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	115
Çizelge 3. 14. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	116
Çizelge 3.15. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Duruma Göre Farklılığın İncelenmesi.....	117

Çizelge**Sayfa**

Çizelge 3.16. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	118
Çizelge 3.17. Hasta Güvenliği Kültürü Puan Ortalamaları Bakımından Hastanede Kalınan Süreçte Problem Yaşayanlar ile Yaşamayanlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	119
Çizelge 3.18. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Kadınlar ile Erkekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	120
Çizelge 3.19. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	121
Çizelge 3.20. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Evliler ile Bekarlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	122
Çizelge 3.21. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	123
Çizelge 3.22. Hipotezlerin Değerlendirilmesi	124

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. İsveç peyniri modeli	12
Şekil 1.2. Tıbbi hataları önlemede hastanın katılımını etkileyen faktörlerin kavramsal modeli	34
Şekil 2.1. Müşteri sadakati merdiveni.....	61
Şekil 2.2. Müşteri sadakatinin kavramsallaştırılması	63
Şekil 2.3. Müşteri sadakatinin unsurları	67
Şekil 2.4. Müşteri sadakatini etkileyen unsurlar	80
Şekil 2.5. Memnuniyet, kalite ve sadakat arasındaki ilişki.....	89
YŞekil 3.1. Müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ölçüm modeli.	110

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

$Adj. R^2$	Düzeltilmiş R^2
F	Test İstatistiği
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon Katsayısı
t	Test İstatistiği
α	Alfa
χ^2	Ki-Kare Testi

Kısaltmalar

Açıklamalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiği İstatistiği
AMOS	Moment Yapıların Analizi
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DFA	Doğrulayıcı faktör analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFI	Uyum İyiği İstatistiği
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemleri
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
HSS	Hata Sınıflandırma Sistemleri

Kısaltmalar	Açıklamalar
JCI	Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International)
MS	Müşteri Sadakati
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
NPSA	Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
PaPSC	Hastaların Güvenlik Kültürü Algısı Ölçeği
RMR	Ortalama Hataların Karekökü
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SRMR	Standardize Ortalama Hataların Karekökü
SS	Standart Sapma
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
YEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi

GİRİŞ

Sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamına hasta güvenliği denilmektedir (Kırılmaz 2010). Hasta güvenliğinde asıl amaç, sağlık kurumlarından hizmet alan hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratmaktır (Sezgin, 2007:25-26; Güven 2007). Süreçlerdeki basit hataların önlenerek hastaya zarar vermesinin önüne geçmek ve hataları engellemek, hastane yönetimine raporlama kolaylığı sağlayarak şikayet yönetimi sürecini başarıyla gerçekleştirmeyi sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti sunumunda hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine öncelik gösterilmesi beraberinde sağlık bilimlerinin temel öğelerinden biri olan “önce zarar vermeme ilkesi”ni desteklemektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin her aşamasında tıbbi hatalar önlenerek hasta güvenliğinin sağlanması önemlidir (Kurutkan 2009; Güven 2007).

Hasta güvenliği kültürü, dünyada ilk olarak 1999 yılında Amerika İlaç Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından hastanelerde yapılan bir araştırma sonucunda “To Err is Human Building a Safer Health System” adıyla bir rapor yayımlanarak tartışılmıştır (Institute of Medicine, 2000:1). Bu rapora göre, ABD’de yatan hastalara yapılan iki çalışmada tıbbi bakım sırasında yan etkilere bağlı olarak hata görülme sıklığının %2.9 ve %3.7 olduğu görülmüş ve sırasıyla % 53’ü ve % 58’inin önlenabilir tıbbi hata olduğu saptanmış, ayrıca bu hastaların % 6,6’sı ve % 13,6’sının tıbbi hata sebebiyle öldüğü bildirilmiştir (Brennan ve ark 1991, Leape ve ark 1991). Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülebilmesi konuları üzerinde tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Bu konularla doğrudan ilişkili olan bir diğer konu başlığı da hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü kavramıdır.

Hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ülkemiz açısından, 1990’lı yıllarda sağlıkta reform hareketine paralel olarak tartışılmaya başlanan yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının 2003 yılından itibaren hız kazanmasına bağlı olarak hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü konuları uygulamada ve akademik

hayatta daha fazla önem kazanmış ve uygulamalı çalışmalar literatürde yer almaya başlamıştır.

Sağlık sektöründe tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine verilen önem göz önüne alındığında, hastaların hastaneye yatırılırken kendilerini ne kadar güvende hissettiklerini anlamak önemlidir. Hastaların tedavi edilebileceği ve iyileşebileceği, sıradan hayatın tehlikelerinden korunaklı ve güvenli ortamlar yaratma gereği uzun zamandır kabul edilmektedir. Hastanelerin önemi göz önüne alındığında, hastalarının güvenlik algıları hakkında az sayıda çalışma bulunmaktadır (Wolosin, Vercler ve Matthews, 2006).

Yapılan bazı çalışmalarda (Berwick, 2003; Sözer, 2012) hasta güvenliğine ilişkin ihlaller üzerinde durulmuş ve bu ihlallerin giderilmesine yönelik çözüm önerileri sunulmaya çalışılmıştır. Çözüm önerileri kapsamında hasta hakları hususunda sağlık hizmetinden yararlananların farkındalık düzeylerinin artırılmasının yanı sıra hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi konusuna ayrıca önem verilmiştir. Hasta güvenliği kültürü sağlık sektöründe, sağlık hizmeti sunan ve yararlananların tümünü kapsayan ve süreklilik gösteren tıbbi hataların azaltılmasına ilişkin güvenlikle ilgili teknik unsurların yanı sıra değerler ve tutumları da kapsayan bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden hasta güvenliği konusunun ve hasta güvenliği kültürünün sağlık sektörü katılımcıları tarafından benimsenmesi önem taşımaktadır. Hasta güvenliği kültürünün benimsenmesinin sağlanması aynı zamanda iç müşterilerin ve dış müşterilerin sunulan hizmetlere ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına sadakatini de beraberinde getirecektir.

Araştırmanın Konusu

Sağlık sektöründe hasta güvenliği kavramı, sağlık bakım hizmetlerinin güvenilir bir sisteme ulaşması için güvenlik bilimi metotlarının uygulandığı bir disiplindir. Hasta güvenliği kavramı aynı zamanda sağlık sistemlerinin hatalarından kaynaklanan olumsuz etkileri en aza indirgeyen bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır.

Çalışmanın ana konusunu, sağlık sektöründe hasta güvenliği ve hasta güvenliğinin oluşturulmasına ilişkin kriterler ile kültürel bir değer olarak söz konusu kavramın sağlık sektöründe dış müşteri açısından nasıl algılandığı oluşturmaktadır.

Araştırmanın Problemi

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusundaki çalışmalar; genel olarak sistemdeki aksaklıklar, hataların bildirimi ve raporlanması ile sağlık çalışanlarının görüşlerinin araştırılması şeklinde ele alınmaktadır (Northcott vd., 2008). Halbuki tıbbi hatalar ve hasta güvenliği yalnızca sistemin ya da çalışanların değil, hizmeti tüketenlerin de etki edebileceği ve sonuçlarından etkilenebileceği önemli bir konudur. Northcott ve arkadaşları (2008) tıbbi hatalar ve hasta güvenliğinin daha iyi anlaşılabilmesinde, sağlık hizmetini sunanlar kadar bu hizmetten yararlananların görüşlerinin belirlenebilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Nitekim yerli ve yabancı literatür incelendiğinde, bu kapsamda sağlık hizmeti tüketenlerin görüşlerinin değerlendirildiği çalışma sayısı yetersiz olduğu düşünülmektedir (Adams ve Boscarino, 2004; Blendon vd., 2002; Bodur, Filiz ve Durduran, 2011). Hasta güvenliği konusunda hasta katılımının uygulanabilirliği ve etkinliği hakkında bilgilerin çok yetersiz olduğu söylenebilir (Schwappach, 2010).

Hastaların sağlık hizmeti içindeki rolleri her geçen gün daha çok tartışılmakta ve sağlık hizmeti alırken daha aktif rol almaları gerektiği önerilmektedir. Oysa söz konusu hasta güvenliği olduğunda sağlık hizmetini alanlar, sistemin pasif ve mağdur tarafları olarak görülmektedir. Hastaların kendi bakımlarında aktif rol almalarından yola çıkılarak hasta güvenliği konusunda da daha aktif rol almaları önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Vincent ve Coulter, 2002).

Sağlık hizmetinin tüketicisi olan hastaların, hasta güvenliğini değerlendirmesi sağlık çalışanlarından ve kurum yöneticilerinden farklılık gösterecektir. Bu bağlamda sağlık hizmetini kullananların görüşleri dışarıda bırakılarak alınacak tedbirler, hasta güvenliğini sağlamada yeterli olmayacaktır (Northcott vd., 2008; Blendon vd., 2002).

Güvenli olmayan bir sağlık hizmeti hastaların yaralanması veya ölümü gibi istenmeyen olaylar ile sonuçlanacağından, hastalar açısından güvenli algılanmayan bir sağlık hizmetinin tüketimi de söz konusu olmayacaktır.

Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmeti tüketicilerinin, hasta güvenliği kültürü konusundaki algılarının ölçülmesi, sağlık hizmeti politikalarının belirlenmesinin yanında sağlık hizmeti eğitimi veren her düzeydeki eğitim kurumu için konunun eğitim müfredatına eklenmesinde yol gösterici olacaktır.

Sağlık hizmetini tüketenlerden (hastalar, aileleri ve toplum) elde edilecek bilgilerin ve onların hasta güvenliğine bakış açısının bilinmesinin, hasta güvenliğinin geliştirilmesi için girişilecek faaliyetlere zemin oluşturacağına inanılmaktadır (Adams ve Boscarino, 2004; Blendon vd., 2002).

Ülkemizde, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusu ile ilgili geriye doğru bakıldığında, hasta kayıtları incelenerek yapılmış ulusal sonuçları yansıtan çalışmaların olmadığı görülecektir. Ancak hasta güvenliği ile ilgili sağlık çalışanlarının bilgilerini değerlendiren, hatalarla ilgili görüş ve deneyimlerini yansıtan çalışmalar bulunmaktadır (Çırpı, Doğan-Merih ve Yaşar-Kocabey, 2009; Ertem, Oksel ve Akbıyık, 2009; Gökdoğan ve Yorgun 2010; Özata ve Altunkan, 2010). Fakat bu çalışmalarda da hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında henüz yerleşmediği etkin bir hata raporlama sisteminin olmadığı ve hataların gizlendiği belirtilmektedir. Bu şekilde hasta güvenliği kültürü ve etkin bir hata bildirim sistemi oluşturulmadan kayıtlar üzerinden yapılacak çalışmalarla sağlıklı sonuçlar elde edilemeyeceği vurgulanmaktadır (Özata ve Altunkan, 2010).

Hastanelerde istenmeyen olayları araştıran çalışmalar geleneksel olarak temelde tıbbi bakış açısıyla ele alınmaktadır (Evans, Berry, Smith, ve Esterman, 2006; Karson ve Bates, 1999). İstenmeyen bir olay deneyiminin, sağlık hizmetlerinde tüketici sadakati üzerindeki etkisi büyük ölçüde bilinmemektedir (Davis vd., 2007).

Hastalar ve onların ailelerinin deneyimleri sonucunda elde edilen bilgiler; sağlık çalışanları, hastane yöneticileri ve pazarlama uygulayıcıları için değerli bir kaynaktır. Sağlık sisteminde, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yerleştirilmesi, hasta katılımı olmadan mümkün olmayacaktır. Bu nedenle hasta deneyimlerine ilişkin verilerin, kalite düzeyini geliştirecek sistemlerin bir unsuru olarak toplanması bir gerekliliktir.

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde hasta güvenliğinin genel olarak tıbbi bakış açısından incelendiği görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmaların hemen hepsinin sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması bağlamında incelendiği görülmüştür. Hasta güvenliği, hastaların güvenli bir şekilde hizmet almasının yanında pazarlama bilimi açısından da değerli bilgileri içermesi bakımından önem taşımaktadır. Hastanın ya da müşterinin, kurumdan aldığı hizmete ilişkin güvenlik endişesinin olmamasının, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatini olumlu şekilde etkilemesi beklenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmamızda genel olarak, literatürde yer alan hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakatini sağlayan kavramları incelemek, bu kavramların birbirleriyle olan ilişkilerini belirlemek, sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinden yararlananların hasta güvenliği kültürü ve buna bağlı olarak algıladıkları sadakat duygularını incelemek ve bu kavramların birbirleri ile olan ilişkilerini saptamak amaçlanmıştır.

Özetle bu çalışmada, sağlık hizmeti tüketicilerinin (hastaların) hasta güvenliği algısının müşteri sadakati açısından incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu ana amaç etrafında belirlenen çalışmanın alt amaçları aşağıda sıralanmıştır.

- Sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan (ilaç sunum, cerrahi hatalar, tedavide yapılan hatalar, önleyici hatalar, hastane enfeksiyonları ve kimlik belirleme hataları) tıbbi hataların belirlenmesidir.
- Hastanelerde yaşanan istenmeyen olayların ve bu olayların oranlarının belirlenmesidir.
- Hastanelerde tüketicilerin güvenlik algısının belirlenmesi ve böylelikle güvenlik eksikliğinin belirleyicilerinin tanımlanmasıdır.
- Hastanede kaldıkları süre boyunca aldıkları sağlık hizmetinden problem yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından fark olup olmadığının belirlenmesidir.
- Hastaların hasta güvenliği algı puanı ve müşteri sadakati puan ortalamalarının hastaların demografik değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri

Sağlık çalışanlarının ve toplumdaki bireylerin önemli bir bölümü tıbbi hatalarla karşılaşmaktadır. Bu hataların önlenmesi için sağlık çalışanları ve hastaların ortak görüşleri olabileceği gibi birbirinden farklı görüşleri de bulunmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesi ya da azaltılabilmesinde her iki tarafın ortak görüşlerinden başlanması başarı oranını artırabilir (Bodur, Filiz ve Durduran, 2012). Hastalar ve hasta yakınları hastanede kaldıkları süre boyunca gözlem ve etkileşim yoluyla güvenlik kültürünü deneyimleyebilirler (Hammer, Ernstmann, Ommen, Wirtz, Manser, Pfeiffer ve Pfaff, 2011). Bu yüzden hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların hasta deneyimlerini kapsamı gerekmektedir. Hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca hastane ortamında güvenlik kültürüne yönelik algıları göz önünde bulundurulmalıdır (Monaca, Bestmann, Katte, Langner, Müller ve Manser, 2017). Hasta ve yakınlarının bakış açısı, hastane çalışanları ve hastane yönetiminin bakış açısını tamamlayıcı bilgiler sunabilir (Hammer vd., 2011).

Sağlık hizmetinin daha iyi sunulabilmesi için, hastaların istenmeyen tıbbi olaylara ilişkin zamanında, şeffaf ve net bilgi alması gerekmektedir. Ayrıca bir hasta tıbbi hatalarla ilgili doğru ve tam bilgi veren bir çalışanı, kendisiyle inatlaşan ve sürekli kendisini savunan bir sağlık çalışanına kıyasla daha olumlu karşılayabilir. Bu nedenle, tıbbi hatalarla ilgili hastaların düşünceleri öğrenilmeli ve bu hataların nasıl önlenebileceğine dair onlara spesifik bilgiler verilmelidir (Greenberg, Battles ve Haskell, 2010)

Davis ve arkadaşları (2007) hastaların sağlık bakım hizmetlerine aktif olarak katılmasının hasta güvenliğini arttırmada önemli bir rol oynayabileceği görüşünü desteklemişler ve hastaların böyle bir rolü üstlenme dereceleri üzerine ampirik veri eksikliği bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Bu araştırma, hasta güvenliği kültürünü müşteri sadakati bakımından değerlendirmesi yönüyle keşfedici türdeki betimsel bir çalışmadır. Çalışmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir.

H1: Hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasında ilişki vardır.

H2: Hasta güvenliği kültürü, müşteri sadakatini etkiler.

H3: Hastanede kaldıkları süre boyunca aldıkları sağlık hizmetinden problem yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından fark vardır.

H4: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

H5: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların yaşına göre farklılık gösterir.

H6: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların medeni durumlarına göre farklılık gösterir.

H7: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların eğitim durumlarına göre farklılık gösterir.

H8: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

H9: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların yaşına göre farklılık gösterir.

H10: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların medeni durumlarına göre farklılık gösterir.

H11: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların eğitim durumlarına göre farklılık gösterir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırmaya ilişkin çeşitli sınırlılıklar mevcuttur. Araştırmanın sınırlılıkları aşağıda ifade edildiği gibidir.

- Katılımcılara uygulanan ankette hasta güvenliğinin, hastaların kendi bilgi ve deneyimlerine dayalı olarak yorumlanması istenmiştir. Ancak hastalar, hastanede yaşamış ya da görmüş oldukları bir olayın hasta güvenliği açısından sorun olup olmadığını uzman bakış açısıyla aynı biçimde yorumlayamamış olabilir.
- Katılımcılardan geçmişte yaşamış oldukları bir deneyime ilişkin görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Ancak hastaların, hastanede yaşadıkları birden fazla olumlu/olumsuz deneyim olabilir. Bu durum yaşanan istenmeyen olayların şiddetinin oranını etkileyebilir. Bu nedenle hastalar güvenlikle ilgili sorunları daha abartılı ya da daha düşük düzeyde hatırlayabilir.
- Araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati ile ilişkili faktörlerin saptanmasına yönelik yeterli ve güvenilir bilgileri toplayacak nitelikte olacağı varsayılmıştır.

- Araştırmaya katılan sağlık hizmeti almış hastaların ölçekteki soruları samimi, doğru ve eksiksiz olarak cevaplandıracakları varsayılmıştır.
- Araştırmaya katılanlara ayrıca bir açıklama yapmaksızın anketi kendilerinin doldurması sonuçlarda hataya neden olabilir.

Bu çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünde hasta güvenliği kavramı geniş bir biçimde ele alınmıştır. Yine bu bölümde, hastanelerde ortaya çıkan tıbbi hatalar, tıbbi hataların nedenleri ve tıbbi hatalar nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık riskleri konusu incelenmiş ve tıbbi hataların ortaya çıkmaması için alınması gereken tedbirlere yer verilmiştir. Bu bölümde son olarak, hasta güvenliği kavramının hastalar açısından ne ifade ettiği ve hastaların hasta güvenliğine katkılarının sağlayacağı faydalar üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde müşteri sadakati kavramı incelenmiştir. Bu bölümde, sadakatin aşamaları ve müşteri sadakatinin sağlık işletmeleri için önemi açıklanmış, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Çalışmanın son bölümünde, hasta güvenliği kültürünün kavramsal çerçevesi oluşturulduktan sonra, hasta güvenliği kültürü konusuna özellikle sağlık hizmetinden yararlananların bakış açıları ortaya konulmaya çalışılmış ve oluşturulmuş müşteri güvenliği kültürünün hizmetten yararlananların sadakati üzerindeki etkisine bakılmıştır.

1. BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

1.1. Güvenlik Kültürü Kavramının Geçmişi

Güvenlik kültürü; nükleer güç, petrokimya endüstrisi, uzay endüstrisi ve havacılık gibi yüksek riskli alanlarda meydana gelen kazaların sonuçları nedeniyle konsept olarak ortaya çıkmıştır. Örneğin; 1979 yılında Three-mile adalarında kısmi çekirdek erimesi, 1986 yılında Çernobil kazası, 2003 yılında Columbia uzay mekiği kazası ve son olarak; 2010 yılında British Petrol platformunda kaza sonucu Meksika Körfezine petrol sızıntısı teknolojik önemlerin yanı sıra güvenlik kültürüne gereken önemin verilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Bu kazaların sebepleri araştırıldığında, bunların sadece teknoloji kaynaklı olmadığı, bunun aksine karar verme ve çalışanlar arası iletişimin açık olmaması, iletişim eksikliği gibi nedenlerden kaynaklandığı görülmüştür (Sözer, 2012).

Uluslararası Atom Enerjisi Kurumunun Çernobil kazasına ilişkin hazırladığı raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından söz edilmiştir. Böylece 1986 yılında hazırlanan bu raporla kamuoyunun dikkati güvenlik kültürü kavramına yoğunlaşmıştır. Ancak literatür incelendiğinde güvenlik kültürü kavramından ilk kez 1951 yılında Keenan, Kerr ve Sherman tarafından yapılan bir çalışmada bahsedildiği bilinmektedir (Sözer, 2012).

Güvenlik konusunda geçmişte yaşanan tecrübelerin bir sonucu olarak sağlık alanında hasta güvenliği konusu her geçen gün daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Bu bağlamda hasta güvenliği kavramı, aşağıda detaylı bir biçimde ele alınmıştır.

1.2. Hasta Güvenliği Kavramı

Güvenlik, hastane ortamının yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetleri veya evde bakım sürecini de kapsayan diğer tüm sağlık bakım ortamlarında meydana gelebilecek her türlü durumu içermektedir. Bu olaylardan bazıları; yanlış tanı, yanlış klinik karar veya müdahale, yanlış ilaç dozu, ilaçların veya diğer tedavilerin yan etkileri, standartlara uygun olmayan ürünlerden kaynaklanan tehlikeler, insan ve sistem arızalarının neden olduğu

zararlarıdır (European Patients Forum, 2016; Institute of Medicine, 2000; Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA) hasta güvenliğini, sağlık hizmeti sunumunda beklenmeyen ya da istenmeyen bir olay nedeniyle oluşabilecek zararı ortadan kaldırmaya/en aza indirmeye yönelik uygulamalar olarak tanımlamaktadır (National Patient Safety Agency-NPSA, 2018). Hasta güvenliği, uzmanlık alanına ve alanda kullanılan uygulamalara atıfta bulunan bir kavramdır (National Patient Safety Foundation, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini, sağlık bakım sürecinde hastada oluşabilecek önlenabilir zararların olmaması ve sağlık hizmetinin kendisinin neden olduğu zararı önlemek için ortaya koyduğu koordineli çabalar olarak tanımlamaktadır (WHO, 2005). Bu tanıma göre, hasta güvenliği hedef ve uygulama olmak üzere iki boyutu kapsamaktadır. Hasta güvenliği, hastaların zarar görmesini engelleme bakımından hedef iken sağlık hizmetlerini daha güvenli hale getirmeyi amaçlayan süreçler ve yapılar bakımından uygulama olarak kabul edilmektedir (European Patients Forum, 2016).

Hasta güvenliği açısından istenmeyen olaylar (advers olay, yan etki), hastanın hastalığından ziyade sağlık yönetiminin neden olduğu sakatlık, ölüm veya uzun süreli yatış ile sonuçlanan istenmeyen bir yaralanma veya komplikasyon olarak tanımlanır (Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby, ve Hamilton, 1995). İstenmeyen olaylar daha çok yatan hastalarda görülen, maliyetli ve genellikle de önlenabilir durumlardır (Karson ve Bates, 1999).

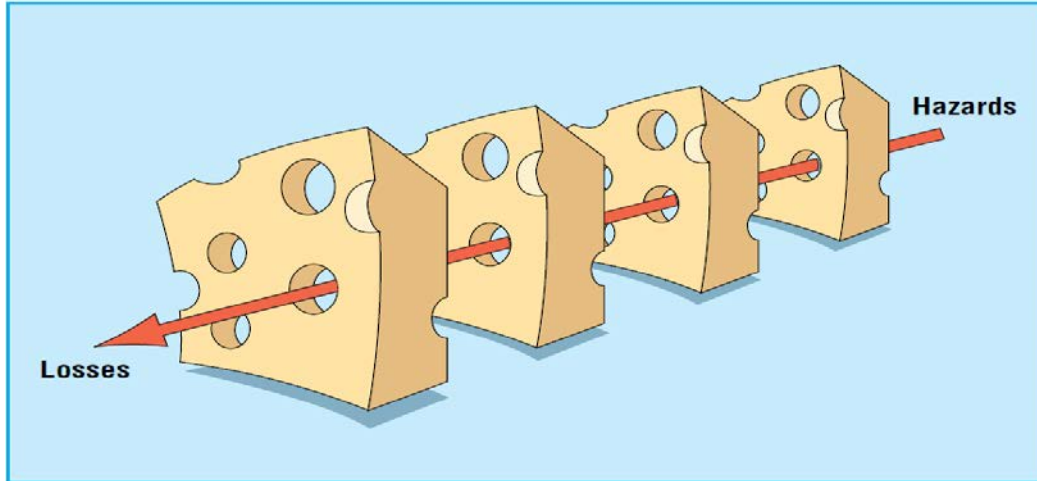
Uzun zamandan beri sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalar ve istenmeyen olaylar hakkındaki verilere yoğun bir şekilde odaklanılmasına rağmen, gerçekleşen olayların istenilen düzeyde azaltılmadığı görülmektedir (Conklin, 2009). Dünya Sağlık Örgütü (2018) verilerine göre, gelir düzeyi yüksek ülkelerde her 10 hastadan biri hastanedeki tedavi sürecinde zarar görmektedir. Bu zararın yarısı önlenabilir olay ya da yan etki nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Düşük ve orta gelirli 26 ülkede istenmeyen olayların sıklığı ve önlenebilirliği üzerine yapılan bir çalışmada, yan etkilerin oranının %8 civarında olduğu tespit edilmiştir. . Tespit edilen yan etkilerin %83'ü önlenabilir nitelikteyken %30'u ölümlle sonuçlanmaktadır. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde önlenabilir zararların başında güvenli olmayan ilaç uygulamaları ve ilaç hataları gelmektedir. Oluşan diğer zararlar ise bası ülserleri ve enfeksiyonlardır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre,

lkelerdeki toplam sağlık harcamalarının %15'i istenmeyen olaylar ile ilişkilidir (WHO, 2018). Schoen ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan ve altı ülkeyi kapsayan bir çalışmada tıbbi hata oranları ABD'de %34, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve Birleşik Krallıkta %22 olarak bulunmuştur (Schoen, Osborn, Huynh, Doty, Zapert, Peugh, ve Davis, 2005). Bu nedenle hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmaların odağında tıbbi hatalar ve tıbbi hatalara bağlı ölümlerin engellenmesi yer almaktadır (Institute of Medicine, 2000).

Institute of Medicine'nin (2000) "To Err is Human: Building a Safer Health System" isimli Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerine ilişkin hazırladığı rapor, hasta güvenliği kavramının tekrar sorgulanmasına neden olmuştur. Bu rapora göre, ABD'de her yıl 44.000 ila 98.000 kişinin önlenebilecek tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde öldüğü tahmin edilmektedir. Ölüm oranları tahmin edilenin altında gerçekleşmiş olsa bile hastanelerdeki önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle gerçekleşen ölüm oranları, motorlu araç kazaları, meme kanseri ve AIDS gibi korkulan ölüm nedenlerine ilişkin ölüm oranlarını dahi açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğine ilişkin sunulan rakamlar, ülkelerin ekonomileri üzerinde olduğu gibi hastaların sağlık hizmetleri sistemine olan güveni üzerinde de bir etkiye sahiptir ve Avrupa Birliği (AB) vatandaşlarının yaklaşık %50'si hastanede aldığı bakımdan zarar görme riski olduğuna inanmaktadır. Katılımcıların %9'u bunu çok muhtemel olarak, %41'i ise oldukça muhtemel olarak değerlendirmektedir (Special Eurobarometer 327, 2010).

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan hatalar iki şekilde meydana gelmektedir. Bunlardan ilki unutkanlık, yorgunluk, dikkatsizlik, umursamazlık ve moral bozukluğu gibi insan hataları odaklı bireysel uygulamalardır. Diğeri ise bireysel hataları ve onun etkilerini hafifletmek/önlemek amacıyla çalışılan koşullar üzerine yoğunlaşan sistem uygulamalarıdır (sistemde var olan gizli durumlar) (Reason, 2000). Sağlık hizmetlerinde sistemsel hataları önlemek amacıyla James Reason (2000) tarafından "İsveç Peyniri" isimli model tasarlanmıştır. Bu model şekil 1.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 1.1. İsveç peyniri modeli

Kaynak: Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.

İdeal bir hizmet sunum ortamında şekildeki her dilim sağlam bir savunma tabakasını oluşturmaktadır. Gerçekte ise her tabaka çok sayıda deliğe sahip İsveç peyniri dilimleri gibidir. Bu dilimler, sistemde hata yapmayı engellemeye veya yapılan hatanın hastalara erişmesine engel olan bariyerleri temsil etmektedir. Ancak peynir dilimi üzerindeki deliklerin aksine bu delikler sürekli açılmakta, kapanmakta ya da yer değiştirmektedir. Herhangi bir dilim üzerindeki delik normalde kötü bir sonuç vermez. Sistemdeki aksaklıkların bir araya gelmesiyle problemlerin bu deliklerden geçerek bir geçit oluşturması halinde hata oluşmaktadır. Sistemde var olan gizli aksaklıklara insan hatalarının eklenmesi başarısızlıkların oluşmasına neden olur. İstenmeyen sonuçların oluşmaması için öncelikle sistemden kaynaklanan gizli durumlar önceden görülmeli ve çok yönlü bir tutum ele alınmalıdır (Reason, 2000).

1.3. Hasta Güvenliği Kültürü

Çernobil Nükleer Santralinde 1986 yılında yaşanan kazadan sonra güvenlik iklimi kavramıyla birlikte güvenlik kültürü kavramı gündemde yer almaya başlamıştır. Toplumun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA) tarafından 1986 yılında yayımlanan raporun büyük etkisi olmuştur. Bu rapora göre, bir kazanın yaşanmasının önemli nedenlerinden birisi kurum güvenlik kültürünün zayıflaması olarak görülmektedir (Özkan ve Lajunen, 2003).

Kültür, örgüt içindeki paylaşılan değerleri, tutumları veya inançları merkezileştirir. Sağlık hizmetleri literatüründe güvenlik kültürü, raporlamayı teşvik eden, suçlamayı ortadan kaldıran, üst düzey liderliği içeren ve sistemlere odaklanan bir ortamı tanımlamaktadır (Aorn Guidance Statement, 2006).

Sağlık sektörü, risk faktörlerinin yüksek olduğu endüstrilerden birisidir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucularının güçlü bir güvenlik kültürüne sahip olması, insan hayatının kaybedilmesine neden olabilecek her türlü tıbbi hatayı önleme potansiyeli taşımaktadır (Institute of Medicine, 2000).

Hasta güvenlik kültürü, hastanede ve her düzeydeki sağlık birimlerinde hasta güvenliğini ön plana alan bir konu olarak tanımlanmaktadır (Zohar, Livne, Tenne-Gazit, Admi, ve Donchin, 2007). Başka bir tanımda ise, hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğine yönelik norm, inanç, tutum ve değerlerin paylaşılması olarak tanımlanmıştır (Atan, Dönmez ve Taşçı, 2013).

Genel olarak güvenlik kültürü, kuruluşun üyelerinin ortak değerlerine ve normlarına bağlı olan bir örgütte güvenliğin nasıl görüldüğünü ve nasıl ele alındığını ifade eden örgüt kültürünün bir yüzü olarak ifade edilir (Guldenmund, 2000). Bu değerler ve normlar, bir örgütün tüm üyelerinin tutumlarını, algılarını ve davranışlarını etkiler. Bu yüzden güvenlik kültürü, personelin dikkatini güvenlik konularına yönlendirerek ve onları güvenli çalışma uygulamalarına teşvik ederek hasta güvenliğinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir (The Health Foundation, 2011).

Her boyuttaki sağlık kuruluşunun güvenlik kültürü oluşturması için çaba göstermesi gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürü, sağlık ekibinin tüm üyelerinin hatalarını, süreç iyileştirmelerini ya da sistem sorunlarını herhangi bir korku veya endişe hissetmeksizin açıkça konuşup tartışabileceği bir ortam sağlayacaktır. Güvenlik kültürü, esnekliğe önem verir ve bu sayede öğrenmenin, güvenliği iyileştirmek ve hataları azaltmak için bir araç olmasını sağlar. Güvenlik kültürünün özellikleri aşağıdaki maddeleri içermektedir (Aorn Guidance Statement, 2006):

- Açık ve dürüst iletişim vardır.
- Bireyden ziyade takıma vurgu yapılır.

- Standartlar ve uygulamalar çok disiplinli bir çerçevede geliştirilir.
- Personel birbirinin yardımcısı ve destekleyicisidir.
- Çalışanlar birbirine güvenir.
- Cerrahi ekibi üyeleri, güvenilirlik ve dikkate önem veren samimi ve açık bir ilişkiye sahiptir.
- Esnek, yaratıcılığı teşvik eden ve hasta sonuçlarına odaklı bir ortam vardır.
- İş akışı ve süreçler üzerine odaklanma sağlanır.
- Yukarıda sayılan özellikler, olaylardan ve yapılan hatalardan öğrenen bilinçli bir kültür tarafından desteklenir.

Hastanelerde güvenlik kültürünün oluşturulması için öncelikli olarak kurumun ve hizmet sunanların hasta güvenliğini kabul etmesi ve hasta güvenliğini kurumsallaştırma kaygısı taşıması gerekmektedir (McKeon, Oswaks ve Cunningham, 2006). Hasta güvenliği konusunda farkındalığın sağlanması, hasta güvenliğine yönelik uygulanan programlara katılımı ve ilgiyi artırmak için her düzeyde yöneticilerin eğitilmesi, hasta güvenliği kültürünün yerleştiği sağlık hizmetinin sunumu, çalışanlara hizmet içi eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliğine ilişkin sorumlulukların paylaşılması, çalışanların hata bildirimini konusunda cesaretlendirilmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanması vb. gibi güvenli ve standart uygulamalar gerçekleştirilmelidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, öncelikli olarak hasta güvenliği ile ilgili sorunlu ya da geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesine fırsat vermektedir. Bunun dışında kurum çalışanlarında hasta güvenliği konusunda farkındalık oluşturmada, hasta güvenliği amacıyla gerçekleştirilen değişikliklerin izlenmesi ve sonuçların karşılaştırılmasına imkan sağlar (Nieva ve Sorra, 2003).

Ülkemizde henüz tam anlamıyla yapılandırılmış ve uygulanmakta olan hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Fakat uluslararası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilmiş hastanelerde, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylar takip edilmekte, kaydedilmekte, analiz edilmekte ve gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır. Hasta güvenliği konusunda bilincin yükseltilmesi ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için çalışmalar yapılmakta, bu çalışmalar kongre ve toplantılarla desteklenmektedir. Hasta güvenliği ilk bakışta hastayı koruyan, hastaların yararına yönelik yapılan çalışmalar gibi

görünüyor olsa da hasta ile birlikte sağlık çalışanlarının güvenli çalışması için de oldukça önemlidir (Ovalı, 2010).

Sağlık kuruluşunda çalışan tüm personel her hizmet düzeyinde güvenlik konusuna önem göstermelidir. Güvenlik öncelikli olarak değerlendirilmeli, verimlilik pahasına güvenlikten vazgeçilmemelidir. Sağlık kuruluşları, sağlam bir hasta güvenliği kültürünü teşvik etmek için uygun miktarda kaynak ayırmalı, bu konuda teşvik edici ve ödüllendirici bir tutum almalıdır. Hasta güvenliği kültürünün başarılı olabilmesi için uygulanabilir nitelikte olması gerektiği unutulmamalıdır (Aorn Guidance Statement, 2006).

1.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

Hasta güvenliğinin sağlanmasında başlıca amaç, sağlık hizmetini alan kişiler ile onlara bu hizmeti sunanlar için fiziksel ve ruhsal bakımdan olumlu bir ortam oluşturmak ve hizmetlerin sunumu ile ilgili oluşabilecek her türlü zararı önlemektir (Sur, Özsarı ve Say, 2013).

Hastanede kaldığı süre boyunca kendisi ya da bir yakını ile ilgili istenmeyen olayı deneyimlemiş tüketicilerin, hastaneye yönelik güveni olumsuz yönde etkilenmektedir. Olumsuz olayın ciddiyeti, katılımcıların güvensiz hissettikleri derecenin belirlenmesinde anahtar faktör olmaktadır. Tıbbi hatalara maruz kalma bireylerin hastaneye yönelik güvensiz hissetme olasılığının artmasına yol açmaktadır (Evans, Berry, Smith, ve Esterman, 2006; Louis Harris ve Associates, 1997). Akalın (2005), tıbbi hataların nedenlerini; insana bağlı faktörler ve kurumsal faktörler olarak iki başlıkta ele almıştır. Yorgunluk, eğitim yetersizliği, önlem almama, yeteri kadar özen göstermeme, yetersiz iletişim, dikkatsizlik, güç/kontrol, yanlış karar, zamansızlık, tartışmacı kişiliğe sahip olma ve mantık hatası gibi nedenler insan hatasına bağlı faktörlerin başında gelmektedir. Diğer taraftan, iş yeri yapısı, kurum politikaları, idari ve finansal yapı, yetersiz geri bildirim, liderlik, personelin yanlış dağılımı, cihazların yetersizliği, otomasyon yetersizliği, eksik cihazlar, entegrasyon eksikliği ve karar destek sistemlerinde eksiksizlik gibi nedenler ise tıbbi hatalara neden olan kurumsal faktörler olarak sıralanmaktadır (Özata ve Altunkan, 2010).

Ülkemizde gerçekleşen tıbbi hataların ortaya çıkış nedenleri incelendiğinde; sağlık eğitimi veren kurumların niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, yeterli sayıda sağlık çalışanının olmaması, çalışma saatlerinin fazlalığı, vardiyalı çalışma sistemi, sağlık personeli başına düşen hasta sayısının fazlalığı, meslekten memnuniyetsizlik, yorgunluk, stres, cihazların yetersizliği ve kalibrasyonunun yapılmaması, fiziki mekanlardan kaynaklanan sorunlar, sağlık hizmetine ayrılan kaynakların yetersizliği ve bilgi teknolojilerinin yeterince kullanılmaması gibi çok sayıda faktör sıralanmaktadır (Caymaz, 2015).

Tıbbi hataların gelişme nedenlerinin ortaya çıkarılması için öncelikli olarak veri ve kanıtların toplanması, sonrasında belirlenen sorunların çözülmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun uygulanabilmesi için ise hasta güvenliği kültürünün geliştirmesi ve hata bildirimini yapılması zorunludur (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Ülkemizde hataların bildirimine yönelik yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre doktorların %46,9'u, hemşirelerin ise %69,2'si bir hata meydana geldiğinde kesinlikle bildirilmesi gerektiğini, doktorların %50'si ve hemşirelerin ise %30,8'i ise ortaya çıkan duruma göre bildirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada doktorların %90,6'sının, hemşirelerin ise %94,9'nun meydana gelen hataları önlenabilir olarak değerlendirdikleri görülmüştür (Kılıç ve Elbaş, 2014). Wolf ve Hugles (2008), hataların bildirilmesi, hatalara sebep olan sorunların tespit edilmesi ve ardından bu sorunların ortadan kaldırılmasının hasta güvenliğini artırabileceğini söylemişlerdir.

Sağlık hizmeti sunan hemşire, doktor ve eczacıların tıbbi hata bildirimini ve raporlanmasına ilişkin algılarını inceleyen bir çalışmada, tıbbi hataların bildiriminde etkili olan çeşitli faktörleri ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada sağlık personeli en fazla ilaç hataları yaptıklarını, eğer bildirim yapacaklarsa bunu yazılı olmak yerine sözlü olacağını ifade etmişlerdir. Çalışanlar, hastanın durumunun ağırlaşmasının sonrasında oluşabilecek hasta tepkilerinden endişe ve korku duyduklarını ifade etmişlerdir. İş arkadaşları tarafından suçlanma ve ayıplanma, toplum tarafından hatanın kabullenilmemesi, hatanın siciline işlenmesi ve işini kaybetme korkusu hatanın bildirilmesine engel olmaktadır (Wolf, Serembus, Smetzer, Cohen ve Cohen, 2000).

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesinde, doğru raporlama sisteminin kurulması ve hasta güvenliği ile ilgili elektronik kayıtların kullanılması önemli bir yer tutmaktadır. Hataların raporlanmasında anonim bildirim sisteminin olması, hata bildirimini yapan personelin hızlı

şekilde deşifre edilmemesi, cezalandırıcı olma yerine hata bildiriminin teşvik edilmesi ve hata bildirimi yapan personeli koruyacak bir yaklaşım sergilenmelidir. Hata bildirimi konusunda zorunluluktan ziyade gönüllülüğü hedef alan bir strateji benimsenmelidir. Ulusal bazda veri bankaları oluşturulmalı, elde edilen veriler analiz edilmeli, analiz sonuçları hasta güvenliği programı ve çıktılarına katkı sağlamalıdır (Akgün ve Al-Assaf, 2007; Evans, Berry, Smith, ve Esterman, 2006).

Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar genel olarak dört başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar (Crigger ve Meek, 2007; Kim, Donalisio da Silva, Gustafson, Nogueira, Harlin, ve Paul, 2015).

- Tanı koymada hata yapma ya da gecikme, gereken tetkiklerin yapılmaması, tedavide ve tanıda güncel olmayan yaklaşımların takip edilmesi ile tahlil ve tetkik sonuçlarına dayalı olmayan tanı koyma hataları,
- Cerrahi tedaviye ilişkin işlem, girişim ve tetkiklerin hatalı uygulanması, doktorun istemine uygun olmayan ilaç, ilaç dozu ve ilaç verilmiş yönetimi hataları, tedavinin gecikmesi ve yanlış tedavinin uygulanması gibi tedavi hataları,
- Koruyucu tedaviye yönelik profilaktik tedavinin uygulanmaması/uygulamada hata yapılması ve tedavi izleminin yetersiz olmasından kaynaklı hatalar,
- Yetersiz iletişim, hatalı/yetersiz malzeme kullanımı ve sistemdeki yetersizliklerden kaynaklanan diğer hatalardır.

1.5. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Tıbbi Hatalar

Literatürde tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesine yönelik çok sayıda araştırma yapılmaktadır (Evans, Berry, Smith, ve Esterman, 2006; Özata ve Altunkan, 2010; Lau, Florax, Porsius ve De Boer, 2000; Aslan ve Ünal, 2005; Avcı ve Aktan, 2015; Conklin, 2009). Tıbbi hatalar yalnızca bir nedene bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi bazen birden fazla nedeninin bir araya gelmesiyle de oluşabilmektedir. Çizelge 1.1.'de Leape, Lawthers, Brennan ve Johnson (1993) tarafından tıbbi hatalar ve tıbbi hata nedenlerinin sınıflandırılması gösterilmiştir.

Çizelge 1.1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tanı Hataları	Tanıda hata ya da tanıyı geç koymada yapılan hatalar
	Testlerde yapılan hatalar (doğru testin yapılmaması)
	Eski ya da artık hiç kullanılmayan testlerin kullanımı
	Test sonuçlarına yönelik hareket etmede gecikme
Tedavi Hataları	Teknik hatalar (operasyon, prosedür hataları vb.)
	Tedavinin uygulanmasında hatalar
	Bir ilacın kullanımında hata
	Tedavide gecikme
	Uygun olmayan tedavi yönteminin kullanılması
Önlenebilir Hatalar	Önlenebilir yaralanmalarda başarısızlık
	Yetersiz izlem
Diğer Hatalar	İletişim hataları
	Ekipman hataları (ekipman yetersizliği ya da bozukluğu)
	Diğer sistemsel hatalar
	Sınıflandırılmamış hatalar

Kaynak: Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., & Johnson, W. G. (1993). Preventing medical injury. QRB. Quality review bulletin, 19(5), 144-149.

Çizelge 1.1.'de gösterilen tıbbi hataların sınıflandırılmasına ilişkin olarak aşağıda tıbbi hataların çeşitleri, tıbbi hataların oluşumu ve sonuçları ile ilgili çeşitli bilgilere daha detaylı olarak yer verilmiştir.

1.5.1. Tanıda Yapılan Hatalar

Tanıda yapılan bir yanlışlık, tedavinin yanlış ve yetersiz uygulanmasına ya da gereksiz yere ek tetkiklere neden olabilir (Akalin, 2005; İntepeler ve Dursun, 2012). Hasta güvenliği açısından değerlendirildiğinde yanlış tanı, tanı konulmasında gecikme ve sonuçları yanlış yorumlamanın neticesinde hastalığın ilerlemesi ve hastanın kaybıyla sonuçlanabilir (İntepeler ve Dursun, 2012). Sık rastlanan tanı hatalarının nedenlerinden biri laboratuvar testlerinin hatalı yapılması veya uygulanması neticesinde ortaya çıkmaktadır. Bu tür hatalara özellikle yeteri kadar deneyimi olmayan personel tarafından yapılan tetkiklerde karşılaşılmaktadır (Akalin, 2005).

Yanlış tanı bazen hastaların hastalıkları ile ilgili belirtileri hakkında söylediklerinin bazen de kaygılarının aceleyle dinlenmemesinden kaynaklanmaktadır Doğru tanı, klinik belirtilerin ve semptomların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ile birlikte hastadan tam öykünün alınmasına bağlıdır. Bu nedenle tanı sürecinde hastanın rolü azalırsa, tanıda hata olasılığı artar (Vincent ve Coulter, 2002).

İnsan kaynaklı hatalar insanın doğası gereği kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalar, diğer sektörlerde olanlara benzer bir biçimde sağlık alanında insan kaynaklı hataların çeşitli sonuçlarını ortaya koymaktadır. Hastalıkların tanısı ile ilgili yapılan hataların yarısı gerekli testlerin yapılmamasından, %32'si ise test ya da bulgulara ilişkin sonuçlara uygun hareket edilmemesinden kaynaklanmaktadır. Tanı koymaya ilişkin hataların %55'i ise önlenabilir gecikmeye bağlı olarak gerçekleşmektedir (Tütüncü, Yağcı ve Küçükusta, 2006).

1.5.2. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar

Hastanın hastanede kaldığı süre boyunca tedavi ve bakımlarının dikkatli bir şekilde takip edilmesi tedavinin başarılı olmasında önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların yeterli düzeyde takiplerinin yapılmaması, hastalar ve sağlık çalışanları açısından istenmeyen durumlarla karşılaşılmasıyla sonuçlanmaktadır. Özellikle hemşireler hastaya bakım vermede ön planda bulunurlar. Hemşirelerin hastaların durumuyla ilgili değişiklikleri takip etmesi, diğer sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğunun bulunması ile hastanın durumunu düzenli takibi ve kaydetmesi nedeniyle istemleri açık ve anlaşılır olmalıdır. Hastanın sık aralıklarla gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi gerekiyorsa bu durum tüm bakım ekibinin bilgisi dahilinde olmalıdır (Eskreis, 1998; Aştı ve Acaroğlu, 2000). Eskreis'e (1998) göre, gelişmiş ülkelerdeki tıbbi hatalara ilişkin açılan davaların önemli bir bölümü yetersiz hasta izlemi nedeniyle açılmaktadır.

Diğer bir hata ise, ilaç uygulama hatalarıdır. Genel olarak ilaçların istemi (order edilme) aşamasından başlayan, uygulama ve son olarak da ilacın etkilerinin izlenmesini içeren geniş bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Aslan ve Ünal, 2005).

Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Koordinasyon Konseyi ilaç hatalarını sağlık çalışanı, hasta veya tüketicinin kontrolündeyken, hastanın aldığı ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı kullanmasına neden olabilecek önlenabilir olay

olarak tanımlamıştır. Bu olaylar; reçete yazma, reçete ile ilgili iletişim, ilacın isimlendirilmesi, paketlenmesi/doğru dizilmesi, doğru şekilde birleştirilmesi, hazırlanması, doğru hastaya uygulanması, eğitimi, izlenmesi ve kullanımı da dahil olmak üzere profesyonel bir biçimde uygulanması, sağlık ürünlerinin kendisi, prosedürleri ve sistemleri ile ilgili olabilmektedir (NCC MERP, 2005; Aslan ve Ünal, 2005).

İlaç hataları hangi şekilde olursa olsun, bu hatalar hizmet sunan personelin kasıtlı davranışlarının sonucu olmasından ziyade sistemsel sorunlardan kaynaklandığı bilinmektedir (Beyea, 2002).

Hastanede yatan hastalar arasında, ilaç hataları ve ilaçların yan etkileri nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları sıklıkla görülmektedir. İlaç kullanımını güvenli hale getirmeye yönelik ilk adım hastaneye girişte başlamaktadır (Cornish, Knowles, Marchesano, Tam, Shadowitz, Juurlink ve Etchells, 2005). Hastaneye girişte doğru ilaç öyküsünün alınması hasta değerlendirmesinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hatalı bir ilaç kullanım öyküsü, hastaneye yatış nedeni olarak ilaca bağlı sorunların saptanamamasına veya uygun olmayan ilaç tedavisine başlanmasına yol açabilir. Her iki durum da hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun bir sonucu olarak, hastanın hastaneden taburcu edilmesinin ardından bu hataların devam etmesi, ilaç etkileşimleri, tedavinin artırılması, diğer istenmeyen olaylar ve ek maliyetlerle sonuçlanabilir (Lau, Florax, Porsius ve De Boer, 2000; Nester ve Hale, 2002). Hizmet sunucu ve hasta arasında ortaklık kurulması ve sürdürülmesi ilaç hatalarının ve istenmeyen sonuçların önlenmesinde kilit rol oynamaktadır (Institute of Medicine, 2007: 2).

Sağlık hizmetinin önemli sunum alanlarından birisi olan ameliyathaneler, hasta servisleri ya da poliklinikleri ile karşılaştırıldığında, daha fazla teknik bilgi ve donanımın kullanıldığı, steril alanların, ilaç ve solüsyonların kullanıldığı pek çok profesyonel sağlık uzmanının birlikte görev yaptığı alanlardan biridir (Beyea, 2002).

Cerrahi girişime ilişkin hatalar riskleri ve sonuçları değerlendirildiğinde, hastanelerde güvenlik kültürü oluşturmak, cerrahi ekipte yer alan sağlık personeli ve hastaneler için yüksek bir önceliktir (Makary, Sexton, Freischlag, Millman, Pryor, Holzmüller, ve Pronovost, 2006).

Sağlık uzmanları cerrahi bir müdahaleye başlamadan önce doğru hasta, doğru işlem, doğru vücut bölümünü belirlemek, cerrahi müdahale için gerekli olan doküman ve ekipmanların doğruluğunu belirlemeye yönelik bilgiler içeren bir kontrol listesi kullanmalıdır. Kontrol listeleri insan hafızasına dayalı işlemlerin azaltılmasıyla, tıbbi hataların azaltılması/önlenmesini sağlayan protokollerdir. Örneğin, Uluslararası Birleşik Komisyon [Joint Commission International (JCI-UBK)] tarafından hazırlanan Yanlış–Tarf, Yanlış Uygulama ve Yanlış-Hasta Cerrahisini Önleme Evrensel Protokolü bu amaçla oluşturulmuştur (Önler, 2010; Avcı ve Aktan,2015). Cerrahi bir girişimde bu protokolün uygulanması yanlış taraf cerrahisi riskini azaltacaktır. Protokol, cerrahi bir girişimin her aşamasında gerekli kontrollerin yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Örneğin, operasyon sürecine hasta dahil edilmeli, hasta-personel ve personelin kendi arasında etkin iletişim kurulmalı ve cerrahi girişimin yapılacağı bölge görülecek şekilde işaretlenmelidir (Eastman, 2006).

Cerrahi operasyon sırasında en sık karşılaşılan sorunlardan biri de hastada yabancı cisim unutulmasıdır. Genellikle her sağlık kurumu ya da hastanenin kendine has tıbbi malzeme sayma yöntemleri vardır. Hastada yabancı cisim unutulmasını azaltmak/engellemek için; malzeme sayımını yapacak personel önceden belirlenmiş olmalı, ilgili personel kullanılan malzemeleri tanımalı, cerrahi girişimde kullanılan malzemelerin giriş-çıkışlarının eksiksiz ve doğru sayımı yapılmalı, ameliyathanelerdeki malzeme sayımı kuralları bilinmeli, kurallara uyulmalı ve kuralların dışına çıkılmamalıdır (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir diğer durum hastane yangınlarıdır. Ameliyathaneler yangın riski oluşturabilecek çok sayıda unsuru içinde barındıran ortamlardır. Karıştırma sırasında duman oluşturabilecek kemik çimentoları, yanıcı çeşitli malzemeler (kumaş ve polipropilen ya da kağıt örtüler, süngerler, hasta önlükleri vs.), kauçuk ve plastik içeren materyaller (endotrakeal tüpler, anestezi devreleri, eldivenler, kaflar, ameliyathane önlükleri vs.), solüsyonlar (özellikle alkol bazlı antiseptikler), hasta (saç, vücut kılları, gastrointestinal gazlar, parfüm, saç spreyi, vs.), lazer cihazları, elektro cerrahi üniteleri ve diğer cihaz ve/veya elektrikli aletler ile oksijen bu tür risklere örnek olarak verilebilir. Bu nedenle ameliyathane ve diğer uygulama alanlarında yangın risklerine karşı önlemler alınmalıdır (Avcı ve Aktan, 2015).

Diğer bir hata güvenli kan transfüzyonu sırasında ortaya çıkmaktadır. Güvenli kan transfüzyonu konusunda yapılan çalışmalar, kan transfüzyon işlemi esnasında oluştuğunu ortaya koymaktadır. Transfüzyon işlemi yapan ve takip eden sağlık çalışanı hemşireler olduğundan, bu hataların hemşirelerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu nedenle güvenli kan transfüzyonunda hemşireler önemli bir görev üstlenmektedir. Bu görev; işlem hakkında hastaya bilgi verme, hasta kimliğinin doğrulanması, doğru kanın kullanılması, kanın uygun şekilde bekletilmesi, ısıtılması ve hastaya verilmesi, işlem sırasında oluşabilecek reaksiyonlara karşı hastanın izlenmesi ve bir komplikasyon gelişmesi durumunda hastaya doğru müdahaleyi yapabilecek bilgi, yetenek ve donanımına sahip personeli kapsamaktadır (Şahin, 2006).

Sağlık Bakanlığı güvenli kan transfüzyonunun sağlanabilmesi için hazırladığı yönetmelikte, kan transfüzyonu öncesi hasta kimliğinin doğrulanması gerektiğini bildirmiştir. Ayrıca transfüzyon yapılacak ve kan örneği alınacak hastanın kimlik bilgileri, hastanın dosyası, kol bandı ve kendisinden doğrulanmalı, ayrıca hastadan numune alınmadan önce laboratuvar tüplerine etiketler yapıştırılmalıdır (Resmi Gazete, 2009-27214).

1.5.3. Önlenebilir Hatalar

Bugün tüm dünyada hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir sorun olan hastane enfeksiyonları, gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan hastaların %5-10'unda görülürken, gelişmekte olan ülkelere bu oran %25'i geçmektedir (Pittet, Allegranzi, Stor, Nejad, Dziekan, Leotsakos ve Donaldson, 2008; Weinstein, 1998).

Hastane enfeksiyonları, hastanın hastaneye başvurduğunda inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yatışından 48-72 saat sonra gelişen veya taburcu olduktan sonra 10 gün içerisinde ortaya çıkan enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır (Artan, Artan ve Baykan, 2015).

Türkiye'de hastane enfeksiyonlarını kontrol etmeye yönelik çalışmalar uzun süre enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının bireysel çabalarıyla sürdürülmüştür. Uzun yıllar yasal bir dayanağın bulunmaması ve Sağlık Bakanlığınca desteklenmemesi bu konuda atılacak adımları geciktirmiştir. 2004 yılında eski bir bakanın hastane enfeksiyonu nedeniyle

hayatını kaybetmesi, 2005 yılında iki üniversite hastanesinde hastane enfeksiyonu kaynaklı bebek ölümlerinin yaşanması çalışmaların hızlanmasına neden olmuştur. 11 Ağustos 2005 tarihinde, 25903 sayılı Resmi Gazete’de Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinin yayımlanarak yürürlüğe girmesi sayesinde yıllardır ihtiyaç duyulan yasal dayanak açığı kapatılmıştır. 2009 yılı sonu itibariyle Türkiye’deki tüm yataklı tedavi kurumlarının hastane enfeksiyonu verileri elektronik ortamda Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı ve Kontrolü Birimi’ne bildirilmekte ve Türkiye geneline ait raporlar yıllık olarak yayınlanmaktadır (Şardan, 2010). Bugün ülkemizde hastane enfeksiyon oranının %5-15 arasında değiştiği kabul edilmektedir. Hastane enfeksiyonları güvenlik kurallarına uyulması durumunda önlenebilmektedir. Aksi takdirde dünyada ölümlere neden olan önemli bir sağlık problemi olarak varlığını devam ettirecektir (Durmuş, 2018).

Günümüzde hastane enfeksiyonlarını önlemek için ortaya konulan yaklaşım değişmiştir. Bu bağlamda hastanede enfeksiyon kontrol programlarının hedefi, hastanelerde oluşan enfeksiyonların hızını azaltmaktan ziyade, hastane enfeksiyonlarına “sıfır tolerans” yaklaşımının ve “sıfır hastane enfeksiyonu” kültürünün geliştirilmesidir (Warye, Murphy ve Louis, 2008).

Hasta Düşmeleri diğer önlenabilir hatalardan biridir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar için hastanın düşmesi ve düşme ile ilgili yaralanmaların önlenmesi birçok hastane için önemli ve zor bir hedeftir. Düşmeler tüm sağlık kurumları için yüksek riskli ve yüksek maliyetli bir problemdir. Hastane kaynaklı düşmelerin tahminen %30’u ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır (Stevens, 2005).

Bir hastanın düşme riskinin yüksek olduğu durumlar genellikle fizyolojik, psikolojik ya da fizyolojik ve psikolojik faktörlerin birleşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar en yaygın düşme nedenlerinin ruhsal durumlardaki değişimler, kişinin düşme hikayesinin olması, yaş, kullanılan ilaçların etkileri, tuvalet ihtiyacı ya da hareket kısıtlılığı olduğu tespit edilmiştir (Branzan, 2008; Hendrich, 2006). Bu nedenlerin dışında hastaların, akut ve kronik hastalıklar, yatak yüksekliği, yatak kenarlıklarının olmaması ya da uygun pozisyonda bulunmaması, yetersiz aydınlatma, uygun olmayan zemin ve uygun olmayan ayakkabı kullanımı gibi nedenlerle de düştüğü bildirilmiştir. Sağlık personeli sayılan risklerden biri ya da bir kaçını tanımladığında, riskleri azaltmak için; hastanın fiziksel

çevresinin düzenlenmesi, hastanın gözetim altında tutulması, destek sağlanması, hastaya düşme risklerine yönelik eğitim verilmesi ve gerekiyorsa bakıcı sağlamayı içeren önlemler almalıdır (Avcı ve Aktan, 2015). Bunun yanında, örneğin kol bandı gibi hastanın vücudunda düşme riski olduğunu anlatan bir işaret bulundurulması, hastanın başka tedavi alanlarına gitmesi durumunda, diğer sağlık çalışanlarının da hastanın taşıdığı riski anlamasını sağlayacaktır (Gavin-Dreschnack vd., 2005).

Düşme risklerine karşı oluşturulan düşmeleri önleme politikaları hemşire, doktor ve diğer personelin katılımı ile değil yalnızca hemşirelerin müdahaleleri ile sınırlı kalmaktadır. Oysa düşmelerin önlenmesi tüm sağlık çalışanları için bir sorundur. Her hasta farklı risk faktörleri tarafından farklı şekilde etkilendiği için düşmelerin önlenmesine yönelik yaklaşımlar bireyselleştirilmelidir (Branzan, 2008; Hendrich, 2006). Düşmelerin önlenmesine yönelik programlarda başarı sağlanabilmesi için aşağıda verilen önerilere önem verilmelidir (Hendrich, 2006).

- Sağlık bakımı verilen birimlerde düşmelere neden olabilecek risk faktörleri araştırılmalıdır.
- Hastalar için çevresel tehlikelere daha fazla dikkat edilmelidir.
- Hemşirelik bakımı ve tıbbi müdahaleler, düşme riski faktörlerinin azaltılması ile uyumlu olmalıdır.
- Sağlık hizmeti verilen her birim için düşme olaylarına ilişkin sürekli veri toplanmalıdır.
- Ekip çalışmasında yer alan bakım verenler ve sağlık hizmeti sunan birimler arasında hastaların düşme riskleri ile ilgili etkili iletişim sağlanmalıdır.

Düşmeler ve düşmeyle ilgili yaralanmalar bireylere, topluma ve sağlık sistemimize çok büyük bir yük getirmektedir. Bu yükün kaldırılması için etkili müdahalelerin geliştirilmesi, teşvik edilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Ayrıca, farklı özelliklere ve risk faktörlerine sahip popülasyonlara yönelik müdahaleleri uyarlamak için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır (Stevens, 2005).

Önlenebilir hatalardan bir diğeri olan Kimlik Doğrulama Hatalarıdır. Hasta kimliği konusunda yapılan hatalar, hastanın zararıyla sonuçlanan ve tamamen önlenebilir tıbbi

hatalardandır. Bu hataların önlenebilirliği konusunda etkili stratejilerin belirlenmesi araştırmalar için öncelikli konulardan biridir (Makary, Epstein, Pronovost, Millman, Hartmann ve Freischlag, 2007). Hastaların kimliğinin doğru tespit edilmesi, doğru tanı ve doğru tedavinin verilmesi, etkili, güvenli, zamanında, verimli, adil ve hasta merkezli sağlık hizmetleri sunmada sağlık hizmeti sunulan tüm ortamlar için gereklidir (Snyder vd., 2012).

Hasta kimliğini belirlemede yapılacak hatalar yaralanma, sakatlık, ölüm, hastanede kalma süresinin uzaması ve daha yüksek sağlık harcamalarına neden olabilen yanlış ya da gecikmeli tedavi ile sonuçlanmaktadır. Hastanın kimliğinin belirlenmesi konusunda yapılacak hataların sonuçları, hastalar için ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin yanı sıra sağlık hizmeti için ayrılan kaynakların boşa harcanmasına da neden olacaktır (Wagar, Tamashiro, Yasin, Hilborne ve Bruckner, 2006; Lippi vd., 2009).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta kimliğinin doğru tespit edilmesi, hasta güvenliği konusunda atılacak en önemli adımlardan bir olarak görülmektedir. UBK, hasta kimliğini belirleme konusunda yapılacak hataların sonuçlarını önlemek amacıyla çeşitli yöntemlerin kullanılması gerektiğini önermektedir. Hastanın kimliği konusundaki hataları engellemek için hastanın oda numarası ya da hasta odasının yerinin kullanılmaması, hastanın adı ve doğum tarihi gibi en az iki hasta bilgisinin ve hasta bilgilerinin yer aldığı hasta bilekliklerinin kullanılması gerektiğini bildirmiştir (JCI, 2018; Dhatt, Damir, Matarelli, Sankaranarayanan ve James, 2011).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde hasta kimliğinin tanımlanması ve doğrulanması kapsamında yapılması gerekenleri açıklanmıştır. Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında; protokol numarası, hastanın T.C. kimlik numarası, hastanın adı-soyadı, doğum tarihi, doğum yeri ve tabibin adı soyadı bulunmalıdır (Resmi Gazete, 2009-27214).

1.5.4. Diğer Hatalar

Tıbbi hatalar içinde çok sık rastlanan ve en az dikkat edilen hatalardan biri iletişim hatalarıdır. İletişimle ilgili hataların yönlendirme ve eğitimle ilgili hatalar olduğu kadar etnik-kültürel özelliklerle sosyoekonomik faktörlerden de etkilendiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, doktorların “Benim zamanım değerli” ve “Hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür” anlayışıyla hastaya yeterli zamanı ayırmadığı ve iletişimi önemsemediğini ortaya koymuştur. Hastalar ise “Cahil görünmemek için” soru sormamaları nedeniyle tanı ve tedavi konusunda bilgisiz kalmakta, bilgisizliğinin nedeni olarak da doktorları suçlamaktadırlar. ABD’de sigorta şirketleri erkek doktorlar için kadın doktorlara kıyasla daha fazla ödeme yapmaktadır. Kadınların iletişiminin daha iyi olması nedeniyle hasta hakları ile ilgili daha az dava açılmaktadır. Okuryazarlık, eğitim düzeyi vb. nedenlerle hiçbir sağlık çalışanının “Cahil” olmasını gerekçe göstererek hastayı reddetme hakkı yoktur (Ovalı, 2010). Çünkü hastaların faydaları, zararları ve yan etkileri de dahil olmak üzere hastalığın prognoz ve tedavi seçenekleri hakkında iyi bilgilendirilmeleri, hastanın tedaviye uyumunu ve dolayısıyla daha iyi sağlık sonuçlarının alınmasını sağlamaktadır (Di Blasi, Harjness, Ernst, Georgiou ve Kleijnen, 2001).

Bilimsel çalışmalar, hastaların herhangi bir nedenle bir sağlık kurumuna başvurduklarında, çekinme, utanma ya da heyecanlanmaları nedeniyle soru sormadıklarını ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, kimi zaman kendi durumları konusunda nasıl soru sormaları gerektiğini dahi bilmemektedirler. Kötü iletişimin bir sonucu olarak, verilen tedavi ne kadar doğru olursa olsun hastaların tedaviye uyumu sorunlu olmaktadır (Onganer, Bozkurt ve Kılıç, 2014).

İletişim, hasta güvenliği için bir fırsat ve risk faktörüdür: iletişim güçlükleri ve dil engelleriyle karşılaşan hastalar, sağlık hizmeti içindeki rollerini yerine getirmede güçlük çekmekte ve güvenlik sorunlarına daha fazla maruz kalmaktadır (Kingston-Riechers, Ospina, Jonsson, Childs, McLeod ve Maxted, 2010).

İletişimle ilgili hataların bir boyutunu hasta ile sağlık çalışanının iletişimi oluştururken, diğer boyutunu sağlık personelinin kendi aralarındaki iletişimi oluşturmaktadır. Dingley ve arkadaşları, hemşireler ve hekimler arasındaki iletişim süresinin yüzde 40’ının problemli olduğunu bulmuştur (Dingley, Daugherty, Derieg ve Persing, 2008). Tanaka ve

arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu bir çalışmada, sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki iletişim eksikliğinin tıbbi hataların oluşmasında etkili faktörlerden biri olduğu bulunmuştur. Bu konuda yapılan başka bir çalışmada, iletişim ile hasta güvenliği arasında yakın bir ilişki olduğu bulunmuştur. Özellikle bakım planının hazırlanması, takım çalışması ve servisin organizasyonu vb. çalışmalarda iletişim problemi yaşanması hasta bakımını ve hasta güvenliğini olumsuz şekilde etkilediği belirtilmiştir (Woods vd., 2008).

Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının kendi arasında güvenli iletişimi sağlayabilmesi için sözlü/telefonla iletişimin nasıl olması gerektiğine ilişkin esasları belirlemiştir. Buna göre, “Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.” denilmektedir. Sözlü/telefon talimatı alınırken, ilaç ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığının belirtilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bakanlığın bildirdiği esaslar çerçevesinde, sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılmalı, sonra yazılan talimat geri okunmalı ve doruluğu onaylatılmalı, gerek duyulması halinde ilacın ismi kodlanmalıdır (Resmi Gazete, 2009-27214).

Hastanelerde yapılan hatalardan biri Hasta Transferi sırasında oluşmaktadır. Hastaların hastane içerisindeki hizmet aldığı birimden farklı bir hizmet sunum birimine nakledilmesi ya da bir hastaneden başka bir hastaneye nakli sırasında gerçekleşmektedir (Ovalı, 2010). Hastane içi ya da hastaneler arası hasta transferi hastanın mevcut durumunu yönetmek veya geliştirmek için sıklıkla karşılaşılan hasta bakımının önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Hasta transferinde temel amaç, tıbbi bakımın devamlılığının sağlanmasıdır (Kulshrestha ve Singh, 2016).

Hasta transferi, hastanın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilecek çeşitli fizyolojik değişimlere neden olabileceğinden, sistematik olarak ve kanıta dayalı rehberlere göre başlatılmalıdır (Kulshrestha ve Singh, 2016). Kötü organize edilmiş ve aceleyle yapılmış bir hasta transferi, morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde katkıda bulunabilir (Joosse vd., 2012).

Hastalar nakil sırasında; akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar, asit baz dengesizlikleri ve çeşitli sağlık risklerine maruz kalabilirler (Kulshrestha ve Singh, 2016). Hastanın bir birimden diğerine veya bir hastaneden başka bir hastaneye nakli sırasında hataları önlemek için; hastanın kimlik bilgilerinin, hasta protokol

numarasının, hekim bilgilerinin, tanısının, yapılan işlemlerin, mevcut durumu ile tedavisi ile ilgili değişikliklerin belirtilmesi gerekmektedir (Ovalı, 2010).

Buraya kadar hasta güvenliği kültürü açıklanmış, sağlık hizmet sunumu öncesinde, sunum sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar ve bu hataların önlenbilmesine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Burada anlatılanlardan yola çıkarak, doğru bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için dikkate alınması gereken temel ilkeler aşağıda sıralanmıştır (Suresh, 2004).

- Yüksek riskli ve hataya neden olabilecek durumların tespit edilmesi,
- Tıbbi hataları araştıran ve tespit eden bir ortam oluşturulması,
- Zaman kaybını ve israfı önleyerek sağlık hizmetlerinin verimli sunulması,
- Yalnızca sağlık çalışanlarının hafızalarına güvenerek karar vermelerinin önüne geçilerek, bilgisayar programları, kontrol listeleri ve protokollerin yaygın biçimde kullanımının sağlanması,
- Hekimin ihtiyaç duyduğu bilgiye kolay ve hızlı biçimde erişiminin sağlanması,
- Tedavilerin düzenlenmesinde bilgisayar destekli programların kullanılması,
- Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemlerinin kurulması,
- İntravenöz yolla verilecek tedavilerin hasta başında hazırlanması yerine, hastane eczanesinde hazırlanmasının sağlanması,
- Nadir kullanılan ve yüksek riskli ilaçlarla ilgili özel protokoller hazırlanması,
- Hastane eczanelerinde 24 saat boyunca nöbetçi eczacı bulundurulması,
- Tedavi işlemlerinin mümkün olan en yüksek düzeyde standardize edilmesi,
- Cezalandırmanın ön planda olmadığı bir kültürün geliştirilmesi,
- Yüksek riskin olduğu hallerde iş birliği kurularak ortak çözümler üretilmesi,
- Yeni teknolojilerle ilgili riskler konusunda halkı bilgilendirmek, bu türden tedavi girişimlerde hastadan bilgilendirilmiş onam almaları için hekimlerin eğitilmesi,
- Sağlık alanındaki problemleri ortaya koymak ve hizmet sunumundaki kaynakların yetersizliği ile ilgili kamuoyu oluşturulması,
- Sosyal alanlarda ve okullarda genel sağlık eğitimi için programlar hazırlanması,
- Tıp eğitiminin düzeyinin yükseltilmesi,
- Hekimler için tıbbi hizmetlerin kalitesini yükseltecek programların hazırlanması,
- Bilgi ve beceri bakımından yeterli olmayan hekimler için politikalar geliştirilmesi,

- Hükümetlerin ve halkın defansif tıp uygulamasının çeşitli boyutları ile ilgili uyarılması,
- Halka, tıbbi uygulamalar esnasında öngörülemeyen durumların olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarıda bulunulması,
- Tıbbi uygulamalardan zarar gören hastaların zararlarının karşılanabilmesi için ulusal yasalarda bir engel olmaması,
- Tıbbi hatalardan zarar görecekt hastalara yapılacak zararın karşılanması için, ödeme yöntemleri ve ödenecek miktarın yasalarla belirlenmesidir.

Yukarıda sıralanan ilkeler dikkatlice incelendiğinde, hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamaların sadece hastalar yararına olmadığı, bu ilkelerin hastaların ve sağlık çalışanlarının ortak yararına olduğu görülecektir (Ovalı, 2010). Bu nedenle hasta güvenliği kültürüne ilişkin hastaların, sağlık çalışanlarının ya da her ikisinin bakış açısının birlikte değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu noktada, hasta güvenliği konusunun hasta bakış açısından nasıl değerlendirildiğine ilişkin bilgiler, konuya farklı bir bakış açısı kazandıracaktır.

1.6. Hasta Güvenliği Konusunda Tüketici Perspektifinin Değerlendirilmesi

Hastalar, sağlık hizmeti sunucularının güvenlik uygulamaları konusunda habersizken, hizmet sunucular da hastaların güvenlik algıları hakkında bilgisizdir. Araştırmacılar, son zamanlarda hasta güvenliği kültüründe sağlık sunucularının baskın rolüne dikkat çekmektedirler. Hasta güvenliği ile ilgili olarak, hasta güvenliğinde hastalar ve onların bakış açıları yerine, hizmet sunucuların bakış açısının egemen olduğunu ifade etmişlerdir (Wolosin, Vercler ve Matthews, 2006). Oysa hastalardan elde edilecek bilgiler, hasta güvenliğinin geliştirilmesi, hasta güvenliği kültürünün kurulması ve sürdürülmesinde başarı kazanılmasına neden olacaktır. Önümüzdeki yıllarda hastaların sağlık hizmeti tüketimi sırasındaki güvenlik algılarının bugün ve düne göre daha kıymetli olacağı beklenmektedir.

1.6.1.Hasta Güvenliği Kültürünün Gelişmesinde Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Önemi

Hasta güvenliği yalnızca istatistiksel bir kavram olmanın ötesinde, güvenli olmayan bir bakıma maruz kalan ve bunun sonucunda yaralanan/ölen insanların ve ailelerinin hayatlarına zarar ile sonuçlanan önemli bir konudur (WHO, 2006). Bu nedenle hasta güvenliği sadece sağlık çalışanlarının ve sağlık sunucularının değil sonuçları göz önüne alındığında hastalar ve hatta aileleri açısından da önemli konulardan biri haline gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2006 yılında “World Alliance for Patient Safety” isimli bir program yayınlamış ve bu programda hasta güvenliğinde hastalarla ortaklığa ve hasta liderliğine vurgu yapmıştır. Programda, dünya genelinde, hasta güvenliğini geliştirmede en başarılı olan sağlık kuruluşlarının, hastalar ve aileleri ile yakın işbirliğini teşvik eden kuruluşlar olduğu bildirilmiştir. Hastalar, sağlık çalışanları, politika yapıcılar ve sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık hizmetlerinde önlenebilecek zararları önlemek için birlikte çalışmaları tavsiye edilmiştir (WHO, 2006).

Göz önünde bulundurulması gereken özel bir husus, hastaların hastane ortamında güvenlik kültürüne yönelik algılarıdır (Monaca vd., 2017). Hastaların, hasta güvenliğinin nasıl geliştirileceği ile ilgili görüşleri ve öncelikleri sağlık uzmanlarının görüş ve önceliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (Blendon vd., 2002). Örneğin, hastalar, tıbbi hatayı teknik bir hatadan önce psikolojik ve duygusal zararlar olarak tanımlayabilirler (Kuzel vd., 2004). Özellikle, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde hataların belirlenmesi ve hata nedeniyle ortaya çıkan zararların ortadan kaldırılmasında, hastaların çalışmalara dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır. Fakat hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmaların çoğunun odağında hastalardan ziyade sağlık çalışanları yer almaktadır (The Health Foundation, 2013). Bunun yanı sıra, -genel algının aksine- hastaların tıbbi hataları doğru bir biçimde anlatabilecekleri de kabul edilmektedir (The Health Foundation, 2013). Hastaları, hasta güvenliği çalışmalarına dahil etmek ve onların görüşlerini almak, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için güvenliği iyileştirmenin bir yolu olarak görülmektedir (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, ve Pittet, 2010; Giles, Lawton, Din, McEachan, 2013). Bu yaklaşım, hastalar ve sağlık uzmanlarının birbirlerinin beklentilerini ve önceliklerini anlamalarına yardım edecektir (Stocks vd., 2018).

Hastalar, doğru tanı konmasına yardımcı olmada, uygun tedaviye karar vermede, deneyimli ve güvenli bir hizmet sunucu seçmede, tedavinin doğru şekilde seçilmesini, izlenmesini ve uygulanmasını sağlamada, istenmeyen olayları belirleme ve uygun şekilde aksiyon almada kilit rol oynarlar. Hastalar istenmeyen olayların sonuçları ve olayın yönetimi nedeniyle ciddi ölçüde psikolojik travma yaşayabilirler (Vincent ve Coulter, 2002).

Hasta güvenliğinin gelişmesinde hastaların katılımını sağlamak, tıbbi yaralanma meydana gelmesi durumunda, hastayı ve / veya aileyi dinlemek, hasarı kabul etmek, dürüst ve açık bir açıklama ile özür dilemek, duygusal travma ve gelecekteki tedavi ile ilgili endişeleri sormak ve hızlı bir şekilde pratik ve finansal yardım sağlamak için de önemlidir (Vincent ve Coulter, 2002).

1.6.2. Hasta Güvenliğinde Hastaların Rolü

Hastalar kronik durumların yönetiminde hayati bir rol oynamaktadır. İnsanlar yaşamları boyunca çok kez hastalık geçirmekte, bu hastalıkların tedavi süreçleri ve onların hayatları üzerindeki etkilerinin bir sonucu olarak sağlık sisteminin başarı ve başarısızlığı ile ilgili konularda uzman kişiler olmaktadır. Hasta güvenliğini iyileştirmede bireysel ve toplu olarak hastaların anlamlı katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi öncelikli konulardan biridir. Bireysel düzeyde hastalar kendi bakımlarına aktif olarak katılarak sürece katkıda bulunabilirler. Sağlık bakım yolculuklarındaki deneyimleri, sistemdeki boşluklar ve başarısızlıklar hakkında zengin bilgi kaynağıdır ve “son güvenlik bariyeri” olarak işlev görebilir. Hastalar bu yolculukları sırasında çok fazla gözlem yapmaktadırlar. (European Patients Forum, 2016). Özellikle, doğru tanının konulmasında, doğru tedavi yönteminin seçiminde ve tedavinin yönetimine ilişkin stratejilere karar verilmesinde, sağlık hizmetinin güvenli sunulmasını sağlayacak kişilerin seçiminde, alınan tedavinin uygun biçimde verilme durumuna ilişkin takibin yapılmasında, yan etkilerin tespit edilmesinde ve uygun davranışın sağlanmasında, hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesini destekleyecekleri ifade edilmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Hastalar tedavi yolculukları sırasında ve sonrasında çok fazla gözlem yapmaktadırlar. Sağlık çalışanları bunu ciddiye almalı, hastalara konuşma fırsatı vermeli, söyleyeceklerini dinlemeli ve harekete geçmelidirler (European Patients Forum, 2016).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, gerçekleşen tıbbi hatalar konusunda hastaların %70'inin kendi hakları ile ilgili bilgi sahibi olmadığını göstermiştir. Diğer taraftan doktorların ise %94'ünün Türk Ceza Kanunu'nun yanlış tedavi ile ilgili maddelerini bilmediğini, %67'sinin Hasta Hakları Yönetmeliği'nden haberdar olmadığı, %47'sinin hastanın tedavisi sırasında ondan yazılı onay istemediği ve %20'sinin ise ilaçların kullanım yöntemini hastalarına anlatmadığı ortaya çıkmıştır (Ovalı, 2010). Bununla birlikte hasta güvenliğinde hasta katılımına yönelik yapılan uygulamalı çalışmalardan elde edilmiş yeteri kadar veri bulunmamaktadır (Davis, Jacklin, Sevdalis ve Vincent, 2007).

İlaç hatalarından kaçınılması ve istenmeyen olayların oluşmaması için takip edilmesi gibi hizmet sunumunun pek çok aşamasında hastaların hizmet sunum sürecine katkıda bulunma fırsatı vardır (Vincent ve Coulter, 2002). Şu anda hasta güvenliğine hastanın katılımının teşvik edilmesi ve kolaylaştırılması görüşünü destekleyen bir dizi uluslararası girişim bulunmaktadır (National Patient Safety Agency, 2004; Agency for Healthcare Research & Quality, 2000). Fakat bu görüşlerin hastalar açısından kabul edilebilirlik düzeyi konusu henüz bilinmemektedir (Davis vd., 2007). Hasta güvenliği alanındaki literatür incelendiğinde, hasta güvenliği konusunda hasta görüşlerinin ne olduğu ve hastaların rollerinin ne olması gerektiği konusundaki perspektifin eksik olduğu görülmektedir (Entwistle, 2007; Speraw, 2009; Longtin vd., 2010).

1.6.3. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımının Sağlanması

Hasta katılımının hasta güvenliğini artırmak için sağlık hizmetlerinin yeniden tasarlanmasında kilit bileşen olarak kabul görmeye ve savunulmaya başlandığı iddia edilmektedir (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson ve Pittet, 2010). Bu nedenle hasta güvenliğine hasta katılımının sağlanması için yapılması gerekenlerin araştırılması önem taşımaktadır.

Son yıllarda hastaneler hizmet ve süreç kalitelerinin geliştirilmesinde hasta görüşlerinin önemini daha fazla fark etmişlerdir. Hasta katılımı bakımın her aşamasında ve hasta güvenliğinde daha önemli hale gelmiştir. Bu nedenle hastaneler ve sigorta şirketleri, hastaların/tüketicilerin hastanede kaldıkları süre boyunca yaşadıkları deneyimlerini düzenli olarak uyguladıkları anketler yoluyla elde etmeye çalışmaktadırlar (Monaca vd., 2017).

Hasta güvenliğine hastaların katılımı yönünden yaklaşıldığında, istenmeyen olayları ve tıbbi hataları önleyebilmek için geliştirilecek stratejilerin odak noktasının riskleri azaltacak çözümler olması gerekmektedir. Bu nedenle tıbbi hatalara yol açabilme ihtimali bulunan tüm risklerin bilinmesi bir zorunluluktur. Diğer taraftan hastaların tanı ve tedavi süreçlerine dahil edilmesi ile hasta ve sağlık çalışanları arasında bir ortaklık başlatılmalıdır. Ayrıca tıbbi hataların önlenmesinde hastaların daha fazla rol almaları için sağlık çalışanlarına soru sormaları, ihtiyaç duyacakları daha fazla bilgi için sağlık çalışanlarına danışmaları ve kendi sağlığı ile ilgili tüm süreçlere katılımlarının sağlanması teşvik edilmelidir (Onganer, Bozkurt ve Kılıç, 2014). Nitekim son yıllarda hasta güvenliğine ilginin artması ve bu bağlamda düzenlenen kongreler ve sempozyumlar sayesinde, hasta güvenliğinin sağlanmasında hasta ve hasta yakınlarının aktif biçimde rol almasının önemi anlaşılmaya başlanmıştır (Lang, Garrido ve Heintze, (2016).

Hastaların hasta güvenliğine katılımını teşvik etmenin çeşitli riskleri de olabilir. Örneğin, sağlık personelinin hastaların sorularını cevaplamak için çok fazla zaman harcaması, zaman açısından personelin üzerine ek yükler getirebilir. Nitekim bu husus personel açısından haklı bir gerekçe olabilir. Böyle bir durumda hasta katılımının gerçekleştirilmesi için geçirilen zamanın hasta güvenliği için olan önemi personele anlatılmalıdır. Ayrıca dokümanlar ya da web siteleri gibi bilgi kaynaklarının daha fazla kullanılması, hataların ve istenmeyen olayların azaltılması, daha uygun tedaviye neden olacağından personel ve sağlık hizmeti kaynakları üzerindeki yükü azaltabilir (Deyo, 2001).

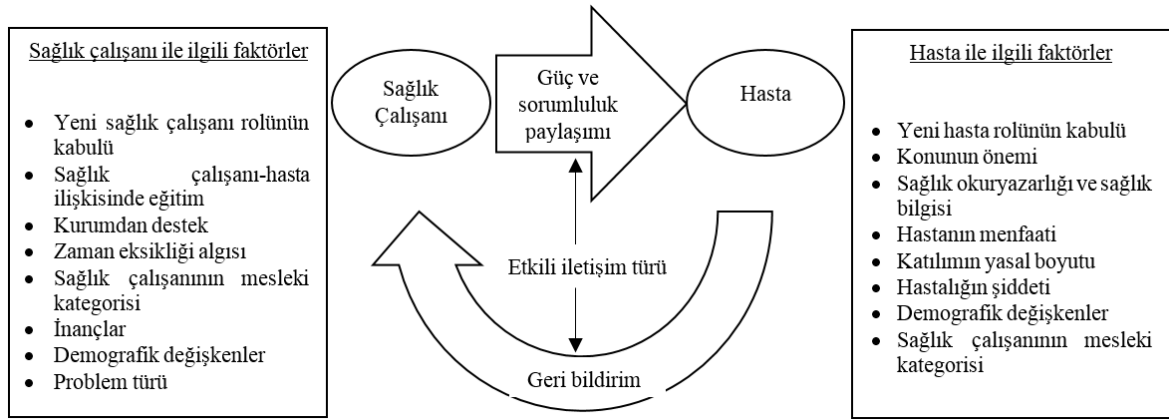
1.6.4. Hastaların Hasta Güvenliği Faaliyetlerine Katılımını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hasta güvenliği faaliyetlerine hastaların katılımını zorlaştıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Örneğin, hizmetlerin sunum sürecinde hastaların sağlık konusundaki bilgi ve farkındalıklarının eksik olması, bu faktörlerin başında yer almaktadır. Diğer taraftan, sağlık personelinin bu konuya yeteri kadar desteğinin olmaması ve sağlık hizmetleri konusundaki etik kaygıların varlığı hastaların hasta güvenliği sürecine aktif katılımını zorlaştıran diğer faktörlerdendir (Bayın, 2016).

Hasta güvenliğine hasta katılımını zorlaştıran bir diğer hususun sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşime girme şekli olduğu ifade edilmektedir. Hasta ihtiyaçlarına ve hasta

görüşlerine olumlu yanıt veren ve hastaların endişelerini açıklayan sağlık uzmanları tarafından hasta katılımı artırılabilir (Preston, Cheater, Baker ve Hearnshaw, 1999; Little vd., 2004). Buna karşılık, hastaların kaygılarına karşı ilgisiz kalan sağlık uzmanları tarafından hasta katılımı azaltılabilir (Sainio, Lauri ve Eriksson, 2001). Bunun yanı sıra hastanın hasta güvenliğine katılımını etkileyen hasta ile ilgili, hizmet sunum ortamı ile ilgili vs. çok sayıda faktör söz konusu olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hasta rolünün yeniden tanımlanması ve kabul edilmesi, tıbbi bilgi eksikliği, güven eksikliği, komorbidite ve çeşitli sosyo-demografik parametreler gibi hastayla ilgili faktörlerin hepsi sağlık hizmetine katılma istekliliğini etkilemektedir. Sağlık çalışanları açısından ise hasta katılımının kabulü ve teşvik edilmesi, kontrol sağlama isteği, zaman eksikliği, kişisel inançlar, hastalık tipi ve hasta-sağlık çalışanı ilişkilerinde eğitim de dahil olmak üzere diğer konulardan etkilenmektedir. Hasta ve sağlık çalışanlarının her ikisi açısından ise sosyal statü, uzmanlık, etnik köken ve uygulamanın içerdiği riskler vb., nedenler hasta katılımının kabulünü de etkilemektedir (Longtin vd., 2010). Longtin vd. (2010) tarafından tıbbi hataları önlemede hastanın katılımını etkileyen faktörlerin kavramsal modeli aşağıda gösterildiği gibidir.



Şekil 1.2. Tıbbi hataları önlemede hastanın katılımını etkileyen faktörlerin kavramsal modeli

Kaynak: Longtin, vd. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *In Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.

Sağlık çalışanlarından gelen desteğin başarı için çok önemli olduğu göz önüne alındığında, ilk ve en önemli adım sağlık çalışanlarının tam ve coşkulu desteklerini almaktır. Hekimleri ve hemşireleri hasta katılımının değerine ikna etmek için mümkünse konuşkan hastaları kullanan büyük bir eğitim kampanyası gerekebilir. Bunu yapmakta amaç, sağlık

alışanlarının hastaların ve ailelerinin iyileşme sürecine katkısını fark etmelerine yardımcı olmak ve hasta girdisine duyarlı olmalarını sağlamaktır. Bu kampanyanın, sağlık çalışanlarıyla ilgili çeşitli engelleri (rneğin, hasta-bakım verici ilişkisindeki zaman eksikliği ve eğitim seviyelerinin algılanması) dikkate alacak şekilde tasarlanması gerekir. Sağlık çalışanlarına hastalar için eğitim programları hazırlamaları önerilmelidir. Bununla birlikte ayrıca hastalar, katılımın yasallığı, kendi bakımlarına katılma ve bu uygulamalara ikna olmaları için eğitmelidir. Bu girişimlerde sosyodemografik faktörler (rneğin yaş, hastalık ciddiyeti ve etnik köken) de dikkate alınmalıdır. Sağlık alışanı ve hasta desteği sağlandığı zaman, hastalardan olumlu geri bildirimler ortaya çıkacak ve böylece hastalar sağlık hizmetlerinin güvenliğine katkıda bulunacaklardır (Longtin vd. (2010)

Davis ve arkadaşları (2007) bu faktörleri beş ana başlık altında toplamışlardır. Bunları şöyle sıralayabiliriz:

- Hasta ile İlgili Faktörler: Hastaların güvenlikle ilgili bilgi ve inançları, sağlık hizmeti sunumu ile ilgili başa çıkma tarzları ile duygusal deneyimleri ve demografik zellikler.
- Hastalık ile İlgili Faktörler: Hastanın hastalığının ciddiyeti ve bulunduğu aşama, hastalığın semptomları, tedavi planı, hastaların sağlık sonuçları ve önceki hastalık deneyimi (ve hasta güvenliği konusundaki önceki deneyimi).
- Sağlık alışanları ile İlgili Faktörler: Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği ve hastaların buna dahil olma konusundaki bilgi ve inançları ile sağlık hizmetleri profesyonellerinin hastalarla iletişim kurma tarzı.
- Sağlık Hizmeti Ortamı ile İlgili Faktörler: Sağlık bakım ortamının türü - birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti ve hastaneye kabul süreci - acil veya acil olmayan başvuru.
- Hasta Güvenliğine İlişkin Görevle İlgili Faktörler: Hastanın hasta güvenliğine katılımı için gerekli olan belirli hasta davranışları.

Yukarıda sayılan faktörlerden biri ya da birkaçı hastanın hasta güvenliğine katılımını etkileyebilir. Bu faktörlerin ayrı ayrı incelenerek etkilerinin belirlenmesi konunun aydınlatılabilmesi için önem taşımaktadır.

1.6.5. Hastaların Hasta Güvenliği Konusundaki Sorumluluğu

Hastaların kendilerine verilen bakımın güvenliğine dahil edilmesi, hastaların aldıkları bakımın güvenliği için nihai sorumluluğu üstlenmeleri gerektiği anlamına gelmemelidir. Hastalar, sağlık sistemindeki halihazırda mevcut olanlara ek olarak, yalnızca bir güvenlik tamponu (genellikle en sonuncusu) işlevi görebilir. Başka bir deyişle, hastalar istemiyorlarsa veya kendi güvenliklerine katkıda bulunamıyorlarsa, sonuç olarak standart altı bakım alacağını düşünmemeliler (Entwistle, Mello ve Brennan, 2005).

Filiz tarafından (2009) yapılan çalışmada, sağlık bakımın daha güvenli olması için hastaların da sorumluluğu olduğuna ilişkin görüşe, sağlık çalışanlarının (%78) toplumdaki (%63) bireylere göre daha yüksek oranda katıldıkları görülmüştür. Çok sayıda insanın tıbbi hatalar konusunda zarar gördüğü düşünüldüğünde, hasta güvenliği konusunda sağlık çalışanlarının yanında hastaların da sorumluluk almaları gerektiği ifade edilmektedir.

Hastanın kendi güvenliği konusuna katılımının teşvik edilmesi hasta güvenliğini artırma potansiyeli bakımından çok önemlidir. Fakat hasta katılımının, sınırları ve olası tehlikeler üzerindeki etkilerinin incelenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Hastalar bakımları sırasında güvenlik tamponu olarak hareket edebilseler bile güvenliklerinin sorumluluğu sağlık uzmanlarında kalmalıdır (Davis vd., 2007).

1.6.6. Hasta Güvenliğinde Hasta Perspektifi

Her tür hizmet endüstrisi, müşterilerin memnuniyetini, sadakatini ve satın alma davranışını en üst düzeye çıkarma girişimlerinde müşterilerin algılarını sürekli olarak incelemektedir (Sorra vd., 2012).

Wolosin, Vercler ve Matthews (2006), hastanelerde hasta güvenliği algısını araştırmışlardır. Veriler 2004 yılında 9 Amerikan hastanesinde yatarak tedavi almış kişilere uygulanan yatan hasta anketlerinin incelenmesiyle elde edilmiştir. Hastanın kaldığı süre boyunca hastanede meydana gelen olaylar, karşılaşılan personel, fiziksel çevre ve kişilerarası ilişkilere yönelik elde edilen bilgiler, kişinin hastanede kaldığı süre boyunca toplam güvenlik deneyimine yönelik önemli katkılar olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada; hasta mahremiyeti, oda kullanımına saygı, bakım kalitesinin iyi olması, hastaların

duygusal-ruhsal-fiziksel ihtiyaçlarına personelin desteği, el yıkama uygulamaları ve hastalarla iletişim özellikleri hastanın güvenlik algısı ile ilişkilendirilmiştir. Çalışma sonunda, hastaların hastane deneyimlerinin, hastaların güvenlik algılarını üst düzeye çıkaracağı ifade edilmiştir.

Filiz (2009), çalışmasında sağlık çalışanları ve toplumun hastanelerdeki hasta güvenliği konusundaki görüşlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmada yer alan sağlık personelinin seçimi, Konya il merkezindeki kamuya ait hastaneler ve sağlık ocaklarından olmuştur. Toplumdaki bireylerin seçimi ise uygulamanın yapıldığı sağlık ocaklarının çevresinde yaşayanlar arasından küme örnekleme yoluyla yapılmıştır. Araştırmaya 489 sağlık çalışanı ve 240 hasta katılmıştır. Veri toplama aracı olarak, literatüre dayalı olarak hazırlanan “Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Anketi” ve “Toplum Hasta Güvenliği Anketi” ile AHRQ tarafından (2009) geliştirilen “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılmıştır. Çalışmada, toplumdaki bireylerin %22’sinin, sağlık çalışanlarının ise %23’nün kendisi ya da ailesinden bir kişinin tıbbi hataya maruz kaldığı bulunmuştur. Daha güvenli sağlık hizmeti almada hastaların da sorumluluğu olduğu görüşü, sağlık çalışanlarında (%78) toplumdaki bireylere göre (%63) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın diğer bir sonucu ise hekimlerin %78’inin, hemşirelerin %86’sının ve diğer sağlık çalışanlarının %89’unun hatalı olayları hiç rapor etmediklerinin bulunmuş olmasıdır.

Longtin vd., (2010), hasta güvenliği konularına hasta katılımı ile ilgili mevcut bilgi ve uygulamalara yönelik sistematik literatür incelemelerinden oluşmuş bir derleme çalışması yapmıştır. Bu derleme, hasta katılımının karar verme sürecini ve kronik hastalıkların bakımını iyileştirebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, hasta ve sağlık çalışanı ile ilgili birçok faktör, hasta güvenliğine hasta katılımının etkinliğini ve uygulanmasını etkileyebilir. Tıbbi hataları azaltmak ve personelin optimal uygulamalara bağlılığını arttırmak için hasta katılımının umut verici olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra hasta katılımının hasta, sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti sunum alanı düzeyinde çeşitli potansiyel hataları önlenebileceği belirtilmiştir. Bu konunun tartışmalı niteliği göz önüne alındığında, kavramın daha iyi anlaşılabilmesi için titiz çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Hovey ve arkadaşları (2011) hasta güvenliğini tüketici perspektifinden ele almışlardır. Chicago Hasta Güvenliği Atölyesi’ne (CPSW) katılan uluslararası hasta popülasyonundan

yirmi bir katılımcı seçilerek onlara anket uygulanmıştır. Çalışmada hasta güvenliği konusunda üç önemli bulguya ulaşılmıştır. Bunlardan ilki, sağlık hizmeti alanındaki iletişim ve ilişkinin etkisi ve anlamı ikincisi, hasta ve ailesinin sağlık hizmeti sağlayıcısı ile olan güven ve beklentisi, üçüncüsü ise hasta merkezli olmanın anlamı ve uygulanması olarak tanımlanmıştır. Araştırmacılar, hasta merkezli bakımın artırılmasına yönelik başarılı bir planlamanın yapılmasının gerektiği ve önlenabilir tıbbi hata travmasına maruz kalmış hasta ve aile üyelerinin görüşlerinin de dahil olduğu birçok bakış açısının çalışmalara katılması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır.

Mendez ve arkadaşları (2017), Meksika’da 4 hastanede tedavi alan hastaların sağlık hizmeti ile ilgili algılanan hasta güvenliğini araştırmışlardır. Aynı çalışmada hastaların klinik hata yaşama durumları ve deneyimleri de sorulmuştur. 2. basamak sağlık hizmeti alan, hastanede en az üç gün kalmış 18 yaş üstü 631 hasta ile görüşülmüştür. Veri toplama aracı olarak Badia ve ark.’dan (2010) uyarlanan hasta güvenliği kültürü hasta algısını ölçen 10 maddeden oluşan bir anket kullanılmıştır. Katılımcıların %7,9’u hastanede kaldıkları süre boyunca bir komplikasyona maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Çalışmaya katılanların hasta güvenliği algıları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada özellikle hemşirelik bakım hizmetleri değerlendirilmiştir. Çalışmada, hastaların güvenlik algısıyla ilgili daha fazla araştırma yapmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Monaca ve arkadaşları (2017), hastaların hastanede güvenlik kültürüne ilişkin algılarını araştırmışlardır. Bu çalışmada özellikle, hastaların hastane ortamında güvenlik kültürüne dair algılarına net bir biçimde odaklanan bir ölçüm geliştirme ve ölçüm özelliklerinin ilk değerlendirmesinin yapılması amaçlanmıştır. Çalışmada, hasta güvenliği kültürü çalışmalarının personel perspektifinden ele alındığı bu nedenle hasta perspektifinden bir değerlendirmenin literatürdeki eksikliğine vurgu yapılmıştır. Araştırmanın verileri 11 madde ve tek boyuttan oluşan, “Hastaların Güvenlik Kültürü Algısı Ölçeği” olarak isimlendirilen bir ölçek ile elde edilmiştir. Ölçek Almanca ve İngilizce literatürün sistematik bir biçimde taranması ve hasta güvenliği kültürü alanında yapılan personel çalışmalarının incelenmesi ile oluşturulmuş ve ölçek geliştirme aşamaları takip edilmiştir. Çalışma 6 aylık bir süre içinde 112.814 kişi ile görüşülerek yapılmıştır. Çalışmada geliştirilen ölçeğin hasta güvenlik kültürü algısını başarılı bir biçimde ölçtüğü ifade edilmiş ve PaPSC ölçeğinin sağlık hizmetlerinde hasta deneyimi verilerinin rutin olarak toplanması için önerilmiştir.

1.7. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkili Kavramlar

Literatürde hasta güvenliği kültürünü etkileyen kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlardan bazıları aşağıda açıklanmıştır.

1.7.1. Toplam Kalite ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi

Uygun ve interaktif bilgi, algılanan hasta güvenliği için temel oluşturur. Hasta-sağlık çalışanı ilişkisindeki belirsizliğin doğru yönetimi güvenliği artırır, güven ortamı yaratır ve hasta memnuniyeti yaratır. Bu nedenle verilen bakımda en yüksek kalite ve güvenliği sağlamak için hastayla el ele vermede diğer faktörlerin yanı sıra sağlık çalışanlarının sorumluluğu vardır. Hastalara güvenli ve kaliteli hizmet sunmayı amaçlayan geçmişteki hatalardan öğrenmeyi artıran bir kültürde değişiklik olması gerekir (Hernandez, Ochando, Rayuela, Lorenzo ve Paniagua, 2008). Bu bağlamda hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin gelişiminde önemli konulardan biri olmuştur. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, hastanın kaliteli ve güvenli hizmet alması için bir önceliktir (Schutz, Counte ve Meurer, 2007). Benzer şekilde, olumlu bir hasta güvenliği kültürünün varlığı, sadece hastanın güvenli sağlık hizmetine erişimi bakımından değil, sağlık kuruluşlarında kalitenin sağlanması için de bir stratejidir (Feng, Acord, Cheng, Zeng ve Song, 2011).

İlaç hataları, hijyen eksikliği, geç ya da yanlış tedavi vb. hatalar nedeniyle meydana gelen zarar ve yaralanmaların %75'i önlenabilir. Hastaların güven ve memnuniyet düzeyini artırmak için hasta güvenliği sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarının varlığını devam ettirebilmesinde hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve memnuniyet hayati öneme sahiptir (Zineldin, 2015).

Hasta güvenliği, bakım kalitesinin ilk ve en önemli unsuru olarak görülmektedir (Smallwood, 2000; Doyle, Lennox ve Bell, 2013; Price vd., 2014). Hastaların aldıkları sağlık hizmeti konusunda güvenlik algısının ölçümünde elde edilecek geri bildirim, sağlık hizmetlerinde iyileştirme için olası stratejileri geliştirirken yöneticilere yardımcı olacaktır. Memnuniyet ve kaynakların verimli kullanımı ile birlikte hasta güvenliği her zaman bakım kalitesiyle yakından ilişkili bir boyuttur (Mendez vd., 2017).

Hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca algıları ve bakımın farklı yönlerine ilişkin deneyimleri ile ilgili araştırmalar, sağlık hizmeti kalitesini izlemek ve iyileştirmek için kurulmuş bir mekanizmadır. Ayrıca, hasta deneyimi verilerinin yayınlanması, hastalara bir hastane seçerken göz önünde bulundurmak isteyebilecekleri ek bir bilgi kaynağı sunmaktadır (King vd., 2015).

Hastanelerde hasta güvenliğinin ölçülmesi, çalışılan hastanelerdeki kalite iyileştirmeye yönelik birçok etkisi vardır. Ayrıca, çalışılan hastanelerde hasta güvenliği kültürünün sürekli değerlendirilmesi bir cezalandırma olmaksızın personelin istenmeyen olayları bildirmesini teşvik edebilir. Bu tür değerlendirmeler, kalite iyileştirme için temel teşkil etmektedir (Mendez vd., 2017).

Bakımın kalitesini ve güvenliğini artırmak, medikal hataları azaltmak tüm sağlık personelinin eşit sorumluluğu altındadır. Hasta güvenliği, hemşirelerin hastalara zarar vermeyi önleme, hataları azaltma ve hastaların sonuçlarını iyileştirmede çok değerli olabilecekleri tıbbi ve sağlık hizmeti kalitesinin en kritik faktörüdür. Her ne kadar hekimlerin hasta güvenliğine ve memnuniyetine doğrudan katkısı olsa da, hemşirelerin kalitenin birçok yönünü koordine etme ve entegre etme becerisi, hasta güvenliğine en önemli katkılardan birini sağlamaktadır (Zineldin, 2015).

Çok sayıda ülkede hasta deneyimleriyle kalite faaliyetlerini geliştirmek için sistemler kurulmuştur. Hastanelerde hizmet ya da birim düzeyinde iyileştirme alanlarını belirlemek için hizmet sunucular hastalardan bilgi arama yoluna gitmektedir (Monaca vd., 2017). Ayrıca sigorta şirketleri için de hastaların hastanedeki bakım hizmetleri konusundaki görüşleri önem taşımaktadır. Bu nedenle taburculuk sonrası sigortalılara düzenli olarak hasta anketleri düzenlenmektedir (Kraska, Weigand ve Geraedts, 2017; Monaca vd., 2017).

1.7.2. Sinizm ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için tıbbi hataların ortaya çıkmasına neden olan ya da katkı sağlayan faktörlerin ele alınması önem taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunan kurumlarda sinizmin varlığı, bireysel ve örgütsel bağlamda incelenmesi gereken öncelikli konulardan biridir. Sağlık kurumu içinde bir olumsuzluğun oluşmaması,

olumsuz durumun yaygınlaşmaması ya da olumsuzluğun örgüte hakim olmaması için sinizmin örgüt içinde kontrol edilmesi gerekmektedir.

Sinizm en genel manada, diğerlerine güvenmeme ve diğerlerinden hoşlanmama anlamına gelmektedir (Brandes vd., 2008). Abraham'a göre sinizm; öfke, küçük görme, sıkıntı ve utanç gibi duygusal etkenleri ve güçlü olumsuz duyguları harekete geçiren umutsuzluk, hayal kırıklığı ve engellenme ile karakterize bir tutumdur (Abraham, 2000).

Sinik bireyler iyiliğe inanmamakla birlikte, yalan söyleme, sahtecilik ve istismarın insanların en temel özellikleri olduğuna inanırlar. Bu kişilere göre insanlar samimiysiz, yalancı ve çıkarıcı olduklarından onlara güvenilmemelidir. Sinikler, yapılan her davranışın arkasında başka bir düşünce olduğuna inanırlar (Kanter ve Mirvis, 1991). Literatür incelendiğinde, iş yerinde sinizm kavramının iki şekilde ele alındığı görülür. Bunlardan ilki, kişinin yaşama bakışını yansıtan ve kişiliğinden kaynaklanan genel sinizm kavramıdır. Diğer ise, kişide bireysel tutumların yanı sıra sinik tutumların oluşumuna neden olan örgütsel faktörleri esas alan örgütsel sinizm kavramıdır. Çalışanların örgütte dürüstlük ve adalet olmadığına ilişkin inançları, psikolojik sözleşme ihlalleri, dengesiz güç dağılımı, duygusal taciz ve geleneksel iş değerleri ile uzun çalışma saatleri, iletişimsizlik, stres ve karar alma süreçlerine katılamama örgütsel sinizmin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Nafei ve Kaifi, 2013; Kabataş, 2010; İnce ve Turan, 2011; Reichers, Vanous ve Austin, 1997).

Sinizmin örgütler açısından en büyük tehlikesi, sinik çalışanların tüm örgütü etkileyebilmesi ve örgütün amaçları doğrultusunda çalışmasını engelleyebilmesidir (Nafei ve Kaifi, 2013). Örgütsel sinizmin ortaya çıkışını kolaylaştırmada ya da engellemede yöneticilerin önemli rolleri bulunmaktadır. Bu nedenle yöneticiler, örgütsel sinizmin azaltılmasında ve ortadan kaldırılması konusunda çaba sarf etmelidirler (Byrne ve Hochwarter, 2008). Özellikle örgütte hasta güvenliği kültürü oluşturulması gibi önemli değişimlerin yaşandığı dönemlerde, çalışanlara doğru ve yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmalı, çalışanlar karar süreçlerine katılmalı ve süreç boyunca desteklenmelidir.

Hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataların önlenmesi ve düzeltilebilmesi için en önemli faktörlerden biridir. Meydana gelen hatalara yönelik alışlagelen yaklaşımda çalışanlar, sebep oldukları hata nedeniyle sorgulanacakları veya ceza alacakları korkusuna kapılırlar

ve bu sebeple hataların üstünü örtmeye ya da onları yok sayılmaya çalışırlar. Fakat bu durum insanların hatalarından ders almamasına ve sürekli aynı hataları tekrarlamasına neden olmaktadır. Bu yaklaşımda çalışanlar, yaptıkları hata nedeniyle etiketlenirler, hataları yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli suçlamalara maruz kaldıklarından suçluluk hissiyle yaşarlar. Doğal olarak çalışanlar hatalarıyla yüzleşmekten kaçınır ve sürekli aynı tutumu devam ettirirler. Oysa hatalar konuşulmalı, tartışılmalı, gerçek nedenler ortaya çıkarılmalı ve tekrarlanmasının önüne geçilmelidir. Bu yaklaşımla tüm çalışanlar hatalardan bir şeyler öğrenir. Hatanın kişilerden mi yoksa sistemden mi kaynaklandığı tespit edilir ve düzeltilir (Ovalı, 2010). Bu sayede kişi ya da sistem kaynaklı ortaya çıkabilecek bireysel ya da örgütsel sinizm durumu kronik bir hal almadan önlenmiş olur.

Sağlık hizmet sunumunda örgütsel bağlam göz önüne alınmadan, hasta güvenliği reformu ve değişim yönetimi tekniklerinin uygulanması, hasta güvenliğini artırma konusunda başarısızlık ve personel sinizmi ile sonuçlanabilir (Noble, Lemer ve Stanton, 2011). Bu nedenle, hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında örgüt yapısı, yapılan işin özellikleri ve çalışanların görevleri ayrı ayrı incelenmeli, örgüt yapısına uygun planlamalar yapılmalıdır.

Tıbbi bir hatanın meydana gelme durumunda personelin hasta ve yakınlarıyla iletişimi, onlarla bir tartışmaya girme vb. durumlara ilişkin personel tutumu, kurumsal bir politika ile desteklenmelidir. Ayrıca, istenmeyen bir olayın gerçekleşmesi sonrasında, hasta ve ailesiyle iletişim kurmak gibi zor bir görev için kurum tarafından eğitim verilmelidir. Bunun yanında temel hukuk eğitimi ve tıbbi olaylar konusunda yasal süreç de öğretilerek olası yasal işlem konusundaki endişelerin bir kısmını azaltabilir (Vincent, 2013).

1.7.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi

Geçmişte, sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık bilgisi, genellikle uzmanlar tarafından verilen belirli düzeydeki bilgilerle sınırlıydı. Günümüzde ise gelişen teknoloji sayesinde bilgiye elektronik ortamdan doğrudan erişim sağlanabilmesi ve hizmet sunucuların hastalarını bilgilendirmesi gerektiğine ilişkin toplumsal eğilimler nedeniyle, hizmeti tüketenler büyük miktarda sağlık bilgisi ile karşı karşıya kalmaktadır. Kişilerin sağlık hizmeti tüketimi veya tedavi seçenekleri konusunda aldığı bilginin güvenilir olup olmadığına ilişkin karar verebilmesi, tavsiye, uyarı ve yönergeleri anlayabilmesi

kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önem taşımaktadır. Bu nedenle, bireyler doğru ve güvenli sağlık hizmeti sunumunda aktif rol almalıdırlar (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Günümüzün modern sağlık sistemi, bireylerin kendi yaşamları konusunda daha fazla sorumluluk almaları gerektiğine vurgu yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bireyin öz sorumluluğunun artması, sağlık bilgilerini anlamaları, kendileri ve diğer kişilerin sağlığı ile ilgili karar alabilmeleri yönünde yeni roller almaları istenebilir. Bu sayılanların temelinde ise kişilerin sağlık okuryazarlık becerileri yer almaktadır (Nielsen-Bohlman, Da ve Am, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını “Bireylerin sağlığı geliştirme ve sürdürmesinde bilgiye erişme, anlama ve onu kullanma yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998).

Hastaları, sağlık ve bakımın her alanında yüksek kaliteli bilgi ve sağlık okuryazarlığı oluşturarak güçlendirmek de önemlidir. Sağlık okuryazarlığı, hastanın güçlendirilmesinin önemli bir boyutudur ve hasta güvenliğiyle son derece ilgilidir (European Patients Forum, 2015). Sağlık okuryazarlığı hastaların bakım ve tedavi alma konusundaki verimliliğini belirleyen sağlığın kritik bir yönüdür. Sağlık okuryazarlığının düşük olması durumu hastalarda ilaç hataları, hizmet sunucular ve hastalar arasında kötü iletişim, tedaviye iyi uyum sağlayamama, sorunların devam etmesi nedeniyle hastaneye tekrar başvurma, sağlık durumuna ilişkin komplikasyonlar ve istenemeyen hizmet hataları gibi sorunlara yol açabilir (Vernon, Trujillo, Rosenbaum ve DeBuono, 2007).

Sağlık okuryazarlığı konusunda sağlık çalışanlarının tamamının bilinç düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Hastanın anlama yeteneği ile sağlık çalışanlarının iletişim yeteneği arasında genelde bir uygunsuzluk bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları, hastaların iletişimde “alıcı” özelliklerini çözümleyebilmeli “gönderici” olarak iletilerini bu doğrultuda düzenleyebilmelidir (Oganer, Bozkurt ve Kılıç, 2014). Hastaların hasta güvenliğine katılımında sağlık okuryazarlık düzeyi dikkate alınarak tek yönlü bir yaklaşım yerine çok yönlü bir yaklaşım sergilenmelidir (Davis, 2007).

Sağlık hizmeti sunumu çok boyutu olan bir hizmet çeşididir. Tedavi hizmetlerini yerine getirmek, sağlık hizmeti sunmak konusundaki sorumluluklardan sadece birisidir. Hasta olan ya da hasta olmayan kişilerin eğitilmesi ve sağlıklı kalmanın yollarının öğretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, hastaların bir problem sebebiyle hekime gitmeden önce yapması gerekenleri bilmesi anlamını taşımaktadır. Güvenli sağlık hizmeti sunumunda hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesi, hastaların bakım/tedavi süreçlerine katkı sağlamasına ve tedavileri ile ilgili kararları bilgilendirilmiş olarak vermelerine destek olur. Hastaların yapılacak işlem ve tedavilerle ilgili bilgilendirilmeleri iyileşme sürecinin daha hızlı ve güvenli olmasına neden olacaktır (Onganer, Bozkurt ve Kılıç, 2014).

Sağlık okuryazarlığı konusunda açıklanan bilgiler genel olarak değerlendirildiğinde, bilgi ister elektronik ortamdan alınmış olsun isterse de sağlık hizmetinin sunulduğu ortamdan alınmış olsun hasta için önem taşımaktadır. Hasta, bu bilginin güvenilirliğini ancak sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması durumunda sorgulayabilecektir. Bu sayede doğru ve güvenilir bilgiye erişim sağlayabilecek, sağlık hizmeti tüketimi ve tedavi süreci boyunca da sağlık hizmeti sunucuları ile doğru iletişim kurabilecektir (Türkoğlu, 2016).

1.8. Türkiye’de ve Dünyada Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı; *“Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmıştır. Sağlık bir haktır ve kanunen sağlık hakkı devlet tarafından koruma altına alınmıştır. İnsan hakları ise, bireyin ana rahmine düştüğü andan itibaren başlayan hakları kapsamaktadır (Soysal ve Kuşçu, 2018). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde ise, *“İrk, dil, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeden, herkesin erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahip olduğu”* ifade edilmektedir (www.ihd.org.tr). İnsan hakları sağlık alanında değerlendirildiğinde, hasta hakları kavramı ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinde ise hasta hakları: *“Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder”*. Şeklinde tanımlanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin 15.10.2003 tarih ve 19499 sayılı yönergede ise hasta hakları;

“Uluslararası ve ulusal mevzuatta belirlenen haklar” olarak ifade edilmiştir. Bu kavram, sağlık alanında değerlendirildiğinde, en geniş anlamıyla sağlık çalışanlarının, yöneticilerin ve bunların dışında olan ve bu alanda çalışan herkesin bilmesi gereken ödev ve yükümlülükler olarak açıklanabilir (<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksor.htm>). Özellikle beylikler döneminden başlamakla birlikte Osmanlı döneminde hasta güvenliği açısından çok sayıda iyi hekimlik ve hastalarla ilgili tıp yazmaları bulunmaktadır. Hekim İbn-i Şerif’in “Yadigar-ı İbn-i Şerif” adlı eserinin Süleymaniye Kütüphanesi Hamidiye 1041’de kayıtlı nüshasında iyi bir hekimi; sır saklayan, şefkatli, insaniyetli olması gerektiği belirtilerek bilgi ve becerisinin yanında hastanın durumunu öncelikli olarak savunan kişi olarak belirtilmiştir (Tokaç, 2008). Ülkemizde hasta haklarının yasal düzenlemelere girmesi ve olgunlaşması uzun bir hazırlık süreci ile olmuştur (Güvercin, 2007).

- a) Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından önce 3 Mayıs 1920’de 3 sayılı Kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulması sağlık konusuna ne kadar değer verildiğinin en önemli göstergesidir. Sağlık mevzuatının başlangıcı olarak Bakanlık tarafından da bu 1920 kuruluş yasası esas alınmıştır. Başlangıçtan günümüze dört anayasa ve çok sayıda yasa, tüzük, yönetmelik gibi hukuki düzenlemelerle dolu bir süreç içerisinde gelinmiştir (Güvercin, 2007).
- b) **Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun** 14.04.1928 tarih ve 863 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun hekimlik mesleğini düzenleyen ve halen de geçerli olan ilk hukuksal düzenlemedir (Özcan ve Genç, 1998). 82 maddelik kanunda genel olarak hekimlik yapacak kişilerin diplomalarının olması, aksi takdirde hiçbir cerrahi işleme katılamaması, hekimlik görevi dışında herhangi bir ticari işletme açamaması gibi önemli konuların yanında 70. madde ile Hekimlerin hastalardan cerrahi bir işlem öncesi rıza (onam) almaları ile ilgili düzenlemenin yapılması aksi takdirde para cezası alacağı Kanunla belirlenmiştir. Bu durum Hasta haklarına ne kadar önem verildiğinin göstergesidir.
- c) **Umumi Hıfzısıhha Kanunu** 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 15 ayrı bap (bölüm), 309 maddeden oluşmakta ve genel olarak ülkede önemli halk sağlığı sorunlarını çözme amacını taşımaktadır. Bununla birlikte çevre sağlığı, temiz içme

suyu, gıda güvenliği, salgın hastalıklarla mücadele, ana çocuk sağlığı hizmetleri, yoksullara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gibi konularla birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, mahremiyet gibi temel hasta hakları ilkeleri ile örtüşen hükümler bulunmaktadır. Ayrıca 104. Maddede belirtilen yasada bildirim zorunlu olan bulaşıcı hastalıklardan olan frengi hastalığında hastaya ait bilgilerin devletin gizli bilgileri ile eşdeğer tutulması ve hasta kayıtlarının korunarak gizli tutulması, açıklandığı takdirde önemli yaptırımların uygulanacağı vurgulanarak “mahremiyet” kavramına önem verilmiştir. (Güvercin,2007). Burada dikkat çeken diğer nokta işçi sağlığı ve iş güvenliğinin de ele alınmasıdır. Özellikle de 180. maddede, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran işverenlerin işçilerinin tedavilerini yaptırmaya mecbur tutulması, iş kazası ihtimaline karşı bulunulan şehirde veya kasabada hastane olmadığı takdirde daimi olarak doktorun bulundurulması, hasta odası gibi ilk yardım vasıtalarını hazırda bulundurmaları yüz ile beş yüz arasında daimi işçi çalıştıran işyerlerinde revir olması ve beş yüz ve yukarı işçi çalıştıran işyerlerinde ise yüz kişilik yatak kapasitesi olan hastane açma zorunluluğu gibi düzenlemeler ile çalışanların da hasta haklarının Kanunla teminat altına alındığı görülmektedir.

- d) **Hususi Hastaneler Kanunu** Özel hastanelerin açılma, işletme ve kapanma şartlarını düzenleme altına alan 05.06.1933 tarih ve 2419 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununun 12. maddesinde özel hastanelerin hastalarının istedikleri hekimleri davete ve tedavinin bu hekimler tarafından yapılmasını kabule mecbur oldukları yönündeki düzenleme ile hastaların hekim seçme hakkının bu boyutu ile korunduğu görülmektedir.
- e) **Türk Tabipler Birliği Kanunu** 31.01.1953 tarih ve 8323 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunun 28. maddesinde idare heyetinin diğer vazifeleri içerisinde yer alan oda azaları ile hasta veya hasta sahipleri arasında ücret veya tedavi ile ilgili çeşitli ihtilafların uzlaştırma yolu ile halline çalışmak veya hakem usulüne başvurmak hususundaki düzenleme ile hastaların haklarının korunmasına yönelik bir düzenlemeye gidilmiştir.
- f) **Türk Eczacılar Birliği Kanunu** 02.02.1956 tarih ve 9223 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu ile Eczacılık

mesleğini geliştirmek, faaliyetlerini kolaylaştırmak, eczacıların birbirleri ve halk ile olan ilişkilerinde güveni, disiplini, ahlakı sağlamak amaçlarını kapsayan kuralları içermekle birlikte 20. maddede Türk Tabipler Birliği Kanununda olduğu gibi oda azaları ile hasta ve hasta yakınları arasında çıkabilecek muhtelif ihtilafların uzlaştırma yolu ile halline çalışmak veya hakem usulüne başvurmak hususundaki düzenleme ile hastaların haklarının korunmasına yönelik bir düzenlemeye gidilmiştir.

- g) **Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun** 11.01.1960 tarih ve 10402 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanunda Yurt içinde sıtmanın imhasının bu kanun hükümlerine göre yapılacağı bildirilmektedir. 29 maddelik bu kanunda toplum sağlığını göz önünde bulundurarak yapılması gereken mecburiyet, mükellefiyet ve yasaklar hatta yapılmadığı takdirde cezai hükümler açıklanmıştır. Kanunun 7. maddesinde, herkesin teşkilat tarafından yapılacak genel veya kısmi muayene olmaya hastalığın teşhisi veya sıtma parazitinin bulunması amacıyla yapılacak bakteriyolojik muayeneler için kan alınmasına ve ilaç kullanmaya müsaade etmeye mecbur tutuldukları açıklanmıştır. İnsan hakları bildirgesinin 29. maddesinde de toplumu korumak için bazı hakların kısıtlanabileceği bildirilmiştir. Toplumun sağlığı için hastaların muayene edilme zorunluluğu getirilerek olumlu anlamda bir kısıtlama yapılmıştır.
- h) **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü** : 19.02.1960 tarih ve 6023 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 7. maddesine göre tabip odalarına kayıtlı olan tabip ve dış tabiplerinin bu tüzük hükümlerine tabi oldukları belirtilmiş ve deontoloji bakımından uyulması gereken kural ve esaslar bu tüzükte gösterilmiştir. Tüzük hekimlere yönelik kurallar getirmekle birlikte, doğuracağı sonuçları ile hasta haklarına dair unsurları da ortaya çıkarmaktadır. 46 maddelik tüzüğün yarısı hekim ile hasta ilişkilerini düzenlemektedir. Böylece hekimlere görev yüklenirken, diğer taraftan da bu görevlerin işaret ettiği hasta hakları da ortaya çıkmaktadır. Bu düzenleme ile temel hasta haklarının çoğunun somut olarak ilk kez ifade edilmesi nedeniyle bu düzenleme ülkemizde hasta haklarının gelişiminde önemli bir kilometre taşı olmuştur (Güvercin, 2007). Tüzüğün 2,3,4,5,10,11,13,14,17,18,19 ve 24. maddeleri olmak üzere 12 maddede hasta haklarının savunulduğu görülmektedir. 2. maddede, hekim ve dış hekiminin temel görevinin öncelikle insanlar içinde cinsiyet, ırk, milliyet, din, mezhep, ahlaki

düşüncesi, şahsiyet, mevki ve şahsiyeti gibi her durumda hiçbir ayırım gözetmeksizin hastaya özen ve saygı göstermesi olduğuna vurgu yapılarak insan ve sağlık hakkı bildirilmiştir. 3. maddede hekimlerin vazifesi ve sorumluluğu ne olursa olsun acil durumlarda ilk yardımda bulunma zorunluluğu bildirilerek hastaların acil yardım alma hakları gözetilmiştir. 4. maddede hasta bilgilerinin her ne durumda olursa olsun gizli tutulması ile mahremiyet gibi bir temel hasta hakkına vurgu yapılmıştır. 5. maddede kurallar gözetildiği takdirde hastanın hekim ve dış hekimini seçme hakkı bildirilmiştir. 10,11 ve 13. maddelerde hekim ve dış hekimlerinin araştırma yapmakta iken tecrübe maksadı ile insanların üzerinde kimyevi, fiziki ve biyolojik olarak herhangi bir şekilde tedavi yapamayacağı, faydalı ya da zararlı olduğuna kanaat getirmedikçe müdahale yapamayacağı, ancak hayvanlar üzerinde yeterli deneyler yapıldıktan sonra faydalsı olacağı düşünülen tedavilerin uygulanabileceği, tıbbi ilkelere aykırı ve aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavinin yasak olduğu açıklanmıştır. Burada hastaların temel haklarından olan güvenlik hakkı savunulmuştur. 14. maddede hekim ve dış hekiminin, hastanın hayatını kurtarma ve sağlığını korumanın mümkün olmadığı durumlarda hastalığı artmıyorsa hastanın acısını dindirmek amacıyla ümit vermesi istenmektedir. Teşhise göre alınacak tedbirlerin hastaya söylenmesi ancak kötü durum ve hastalığın seyrinin gizlenmesinin hasta açısından daha uygun olduğunu bildirirse de ailesine açıklanması gerektiği bildirilmiştir. Burada hastanın maneviyatının zarar görmemesi ve daha fazla acı çekmemesi amacıyla bilgilendirilme hakkının kısıtlandığı düşünülse de usulüne uygun tedavi devam edeceğinden sağlık hizmetinden faydalanma hakkı kapsamında hasta haklarının ihlal edilmediği görülecektir. 17. maddede hekim ve dış hekiminin hastanın özel veya ailevi işlerine karışmayacağı bildirilerek hastanın özel hayatına saygı açısından hakkı savunulmuştur. 18 ve 19. maddede hekim ve dış hekiminin mesleki veya özel sebeplerle hastaya bakmayı reddedebileceği bildirilmiştir. Hastanın hekimini seçtikten ve tedaviye başladıktan sonra reddedilmesi seçme hakkının kısıtlandığı düşünülse de acil yardım, resmi veya insani görev hariç tutulması sebebiyle hastanın hiçbir zarara uğramadan ve buna meydan vermeden vaktinde başka bir hekimden hizmet alma hakkı sağlanmaktadır. 24. maddenin birinci fıkrasında hastanın hekim veya dış tabibinden konsültasyon talep etmesi halinde hekim veya dış tabibinin konsültasyon yapılmasına lüzum görmesi halinde keyfiyeti hastaya bildirebileceğini bu teklifin hasta tarafından kabul edilmemesi halinde hekim veya dış tabibinin hastasını bırakabileceği düzenleme altına alınmıştır. Bu düzenleme ile hastaya hastalığına ilişkin birden fazla uzman hekimin birlikte tanı koymasını talep

etme veya konsültasyona yönelik teklifi kabul etmemenin hastanın rızası ve izni kapsamında işlemlere yön veren bir düzenleme olarak değerlendirilebilir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ile hasta hakları kavramı çerçevesinde birçok hak ilk kez tanımlanmıştır. Bu tüzükle birlikte dönemin hekimlik anlayışına uygun olarak hekim odaklı bir hekim-hasta ilişkisi anlayışı ile düzenleme yapılmış ise de tanımlanan modelin paternalizme varan yararcı tutum taşıması beklenmiştir (Güvercin, 2007).

- i) **1961 Anayasası** : 20/07/1961 tarih ve 10859 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 334 sayılı Kanun ile hayat bulan 1961 Anayasasında “Sağlık Hakkı” ülkemizde ilk kez anayasal düzeyde düzenlenmiş ve bu hak 1982 Anayasasında da korunmuştur. 1961 Anayasasının 17. maddesinin birinci fıkrasında, “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” denildikten sonra; ikinci fıkrasında da “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” hükmü getirilmiştir. Ayrıca 56 ve 59. maddelerde de vatandaşların sağlığını geliştirici önlemleri alma konusunda devlete sorumluluklar yüklemektedir (Tengilimoğlu vd, 2012). 1961 Anayasasında Türkiye Cumhuriyetinin sosyal bir hukuk devleti olduğu ve insan haklarına dayalı olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hem sağlık hakkının kabul edilmesi hem de hasta haklarına giden yolda önemli bir açılım sunmaktadır (Güvercin, 2007).
- j) **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun** : 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 1. maddesinde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilmesi Kanunun amacı olarak düzenleme altına alınmıştır. 5 ve 14. maddede devlet tarafından ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinin verileceği bildirilerek acil durumlar dışında, sevk edilmeden ücretini ödemek şartıyla istenilen sağlık kurumundan ve hekimden sağlık hizmeti alınacağı belirtilmiştir.
- k) **1982 Anayasası** : 09/11/1982 tarih ve 17863 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının başlangıç bölümünde “Her Türk

vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerinden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu” belirtilmiştir (Tengilimoğlu vd, 2012). 12. maddede bulunan “Temel Hak ve Hürriyetlerin Niteliği”, 17. maddede bulunan “Kişinin Dokunulmazlığı, Maddi ve Manevi Varlığı”, 56. maddede bulunan “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” ile hasta hakları, anayasal teminat altına alınmıştır (Fırat, 2017). 56 ve 60. maddelerde devletin herkesi kapsayacak bir sosyal güvenlik sistemini hayata geçirmesi yükümlülüğü ve sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanmanın en önemli bileşenlerinden olan sosyal güvenceye sahip olma hususu ayrımsız bir hak olarak vurgulanmıştır (Güvercin, 2007). Ancak, 65. maddede sosyal haklar bakımından devletin ekonomik gelişmeye bağlı olarak mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde sağlık yararlanıcıları için katkıda bulunması kabul edilmiştir. 1961 Anayasası ve 1982 Anayasasındaki Sağlık hakkına ilişkin düzenlemeler incelendiğinde bu düzenlemenin sağlık hakkının korunması ve uygulanması açısından olumsuz olarak değerlendirilebilir niteliktedir.

- l) **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu** : 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları kapsayan eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun yürütülmesi, kamu ve özel sektör olarak bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması, işletilmesi, hizmet arzı ve verimliliği, ücret tarifeleri, sözleşmeli personel ve sağlık sigortası gibi kavramları düzenlenmiştir. Ayrıca sevk zincirine uyulmadığı takdirde ücretini ödeme şartıyla ya da sevk zinciri koşulu ile hastalara hekim ve sağlık kuruluşu seçme hakkı verilmiştir.
- m) **Hasta Hakları Yönetmeliği** : 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 3359 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 8 ve 40. maddeleri ile Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 ve 508. maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk sağlık mevzuatında Hasta Haklarında gelinen en önemli noktadır. Mevzuat içindeki değişik yasa, tüzük ve diğer düzenlemelerde kısmi olarak bulunan hasta hakları kavramı bu yönetmelikle birlikte özgün ve tamamlayıcı bir nitelik kazanmıştır (Güvercin, 2007). Temel insan haklarının

sağlık hizmetleri alanındaki yansıması olarak ve uluslararası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum, kuruluşlarda ve bu kuruluşlar dışında sağlık hizmeti verilen durumlarda, insanlığa yaraşır bir şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuken korunma yollarını kullanabilmesine dair usul ve esaslar düzenlenmiştir (HHY, 1998). Yönetmelik toplamda 9 bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Hasta hakları ise 5 ana başlık ve temel nitelikte alt başlıklardan oluşmakta ve diğer haklar ile müracaat, şikayet ve dava hakkının da olduğu görülmektedir (HHY, 1998). Yönetmelikteki düzenlemelere ilişkin belirtilen temel başlıklar şunlardır:

A. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

- Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma
- Bilgi İsteme
- Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme
- Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme
- Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme
- Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım
- Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı
- Ötenazi Yasağı
- Tıbbi Özen Gösterilmesi

B. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı

- Genel Olarak Bilgi İsteme
- Kayıtları İnceleme
- Kayıtların Düzelttilmesini İsteme
- Bilgi Vermenin Usulü
- Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller
- Bilgi Verilmesini Yasaklama

C. Hasta Haklarının Korunması

- Mahremiyete Saygı Gösterilmesi
- Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama
- Bilgilerin Gizli Tutulması

D. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

- Hastanın Rızası ve İzin
- Tedaviyi Reddetme ve Durdurma
- Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki
- Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması
- Rızanın Şekli ve Geçerliliği
- Organ ve Doku Alınmasında Rıza
- Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi
- Rızanın Kapsamı

E. Tıbbi Araştırmalar

- Tıbbi Araştırmalarda Rıza
- Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi
- Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli
- Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu
- İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Diğer Haklar

- Güvenliğin Sağlanması
- Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma
- İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret
- Refakatçi Bulundurma
- Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

- Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu
- Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu
- Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü
- Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler
- Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Hasta güvenliği açısından hasta odaklı çalışmalar 1990'lı yıllarda sağlık hizmetlerinde özel sektörün de faaliyetlerinin artmasıyla birlikte toplam kalite yönetimi çalışmalarına küresel gelişmeleri de izleyecek şekilde başladığı görülmektedir. 2000'li yıllardan başlayarak hizmet yelpazesi, ölçeği ve lüksü bakımından iddialı olan ve hizmetleriyle farklılaşmak isteyen özel hastanelerin başlattığı JCI (Joint Commission International) tarafından akredite olma ve uluslararası belgeye kavuşma çabaları sonuç vererek yeni bir dönem başlamıştır. Hastanelerin yanında bazı laboratuvarlar ve özel ambulans şirketlerinin de akredite olması hasta güvenliği çalışmalarının da açılımını genişletmiştir. Kamu da özel sektörün bu çalışmalarına eşlik etmiştir (Sur, Özseri ve Say, 2013). Ülkemizde özellikle hasta güvenliği konusuyla ilgili önemli bir gelişme akreditasyon ve kalite yönetimi faaliyetleri dışında Hasta Güvenliği Derneği'nin 2006 yılının Nisan ayında kurulması olmuştur. Dernek Ankara'da kuruluşunun birinci ayında bir sempozyum yapmış, 2007 ve 2008 yıllarında ise iki kez Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresini organize etmiştir (Sur, Özseri ve Say, 2013). Kamusal anlamda sorumluluğu üzerinde taşıyan Sağlık Bakanlığı sunulan sağlık hizmetinin güvenli bir şekilde hayata geçirilmesi amacıyla stratejik plan taslağında “ulusal hasta ve çalışan güvenliği programı” geliştirilmesini öne almıştır (Demir, Demir ve Güler, 2008). Yasal olarak 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Resmi Gazetede “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır. Tebliğde kamu ve özel sektöre ait birinci, ikinci ve üçüncü basamaktaki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan ve hasta güvenliğine ilişkin on iki konu bulunmaktadır. Bununla ilgili faaliyetleri uygulamak amacıyla Tebliğ, 6 Nisan 2011'de “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” haline getirilmiştir. Yönetmeliğe göre, sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan hasta ve çalışan güvenliği sorunlarına önem verilmektedir. Tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hizmet kalitesinin artırılması, oluşabilecek risklerin neler olduğunun belirlenmesi, risklerin giderilmesi için uygun teknik ve yöntemler belirlenmesi, çalışanlar için güvenli çalışma ortamının devamının sağlanması ile hizmet içi eğitimler ve güvenli hizmet sunumunun sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir. Bu Yönetmelik ile birlikte hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili esas uygulamalara değinilmiş, konunun hastanenin tamamını kapsayan bir sorumluluk olduğunu ve yöneticilerin bu konuyu bir bütün olarak ele alması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (Korkmaz, 2018).

Çıkan yasalar, yönetmeliklerden sonra hasta haklarının dikkate alınıp alınmadığı, uygulamaları takip, kontrol ve denetim altında tutma ve bu alanda gerekli çalışmalarda bulunmak amacıyla aşağıdaki kurum, kuruluş ve birimler yetkili kılınmıştır (Fırat, 2007):

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı, Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı
- İl Sağlık Müdürlüğü, Hasta Hakları Koordinatörlüğü
- Genel Sekreterlikler, Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi
- Sağlık Tesisleri, Hasta İletişim Birimleri

Hekim ve hasta ilişkilerindeki tıbbi ve toplumsal açıdan son 50 yıldaki değişimler büyük çapta dönüşüme neden olmuştur. Özellikle hasta hakları 1970’li yıllarda gündeme gelmiş, 80’li yıllarda uluslararası alanda ele alınmış, 90’lı yıllarda yasal düzenlemelerde yaygın bir şekilde yer almaya başlamıştır. Günümüzde ise bu gelişim çizgisi değerlendirildiğinde hasta haklarının gündeme gelmesiyle ekonomik yapıdaki değişikliklerle ve modern teknolojinin sağlık hizmetlerine yansımalarının örtüştüğü görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde hasta haklarıyla ilgili düzenlemelerin temelini sağlık hizmetlerindeki yapısal değişikliklerin oluşturduğu zemin oluşturmaktadır (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65).

Dünyada hasta hakları, sağlık bakım haklarının temelini sağlamlaştırılması bakımından farklı ülkelerin yasaları, insan hakları doktrini ve anayasa hükümleri, uluslararası yasal düzenlemeler üzerinde büyük etkiye sahiptir (Celkis ve Venckiene, 2011).

Uluslararası Sağlık Konferansında 61 Devlet tarafından imzalanarak 22 Temmuz 1946’da yürürlüğe giren Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında sağlığın tanımı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak yapılmıştır (WHO, 2006). İlk olarak burada din, dil, ırk, ekonomik veya sosyal açıdan insan ayrımı yapmadan devletlerin halk sağlığı konusunda sorumluluk alması gerektiği belirtilmiştir.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde (1948), herkesin hem kendisi hem de ailesi için yiyecek, giyecek, barınma ve tıbbi bakım da dahil olmak üzere sağlık ve refahı için yeterli yaşam standartlarına ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya diğer geçimsizlik durumlarında güvenlik hakkı vardır (Universal Declaration of Human Rights, 1948). Birleşmiş Milletler tarafından 1948'de İnsan Hakları Yasası'nın yürürlüğe girmesinden bu yana, tüm dünyada hasta hakları yasaları çıkarılmıştır (WHO, 2005).

Avrupa Birliği'nin işleyişine dair antlaşma (1957), Roma'da imzalanan Avrupa Ekonomik Topluluğu'nu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nu kuran antlaşmadır. Halk sağlığı konusunun bildirildiği 168. maddede toplum sağlığının daha iyi duruma getirilmesine, fiziksel ve zihinsel hastalıkları önlemeye, tehlike yaratan sebeplerin ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Bu eylem, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ilişkin araştırmaları teşvik ederek sağlık bilgisi ve eğitimini de kapsayacak şekilde desteklemek, sınır ötesi tehditleri izlemek, erken uyarıda bulunulmasını sağlamak, tütün ve aşırı alkol kullanımından korunmayı kapsamaktadır (Treaty on the Functioning of the European Union, 1957; www.ab.gov.tr).

Avrupa Sosyal Şartı (1961, 1996 da revize edildi) sosyal ve ekonomik hakları tanıyarak bu hakları güvence altına alan ve denetim mekanizması içeren bölgesel nitelikli uluslararası önemli bir insan hakları belgesidir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı). Herkesin, mümkün olabildiğince en yüksek sağlık düzeyinden yararlanması için her türlü önlemden yararlanma hakkı vardır (European Social Charter, 1996).

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesine (1966) göre, taraf devletler, herkesin ulaşabileceği en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanımaktadır (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966).

İlk olarak 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği tarafından hasta hakları bildirgesi yayımlanmıştır. Avrupa'da 1974 yılında Fransız kararnamesinde Hastaların Hak ve Yükümlülükleri; beş yıl sonra da Almanya Federal Cumhuriyeti tarafından Hastane Kodu uygulamasıyla resmi olarak kabul edilmiştir (SS. Fluss, 1993; K.Merakou vd, 2001). 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi yayımlanmıştır. Bu gelişmeyi uluslararası çapta kapsamlı olarak düzenleyen ilk belge 1981 yılında Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi olan Lizbon Bildirgesidir. Bu gelişmeyi 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa

Bürosunun yayınladığı Amsterdam Bildirgesi, 1995 yılında Dünya Tabipler Birliğinin yayınladığı Bali Bildirgesi, 2002 yılında Roma Hasta haklarına İlişkin Avrupa Statüsü izlemiş, 2005 yılında Dünya Tabipler Birliğinin Santiago Bildirgesi ile geliştirilmiştir. Temelini özerklik ilkesi ile ilgili hakların oluşturduğu ve Sağlık Eğitimi Hakkının ise yeni bir hak olarak tanımlandığı Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Santiago 2005) hasta haklarını şu başlıklarda toplamıştır (Türk Tabipler Birliği 2013 ve Fırat, 2007).

- Nitelikli Sağlık Hizmeti Alma Hakkı
- Seçim Yapma Hakkı
- Kendi Kaderini Belirleme Hakkı
- Bilinci Kapalı Hastaya Yaklaşım
- Yasal Yeterliliği Bulunmayan Hastaya Yaklaşım
- Hastanın İsteğine Karşın Yapılan Girişimler
- Bilgilenme Hakkı
- Gizlilik Hakkı
- Sağlık Eğitimi Hakkı
- Onurunu Koruma Hakkı
- Dini Destek Hakkı

Sonuç olarak, hastaların haklarının korunması birçok ülkenin gündeminde odak noktası olmuştur. Uluslararası organizasyonlar ve ulusal mevzuatın bir parçası haline gelmiştir (Merakou ve ark., 2001). Hasta hakları, kültürel ve sosyal normlara bağlı olarak farklı ülkelerde ve farklı hukuk yasaları içinde değişiklik gösterir. Aynı zamanda vatandaş-devlet ilişkisini de temsil edebilecek olan hasta-hekim ilişkisinin farklı modelleri geliştirilmiştir. Bunlar hastaların sahip oldukları özel haklardır. Örneğin, Kuzey Amerika ve Avrupa’da bu ilişkiyi gösteren en az dört model vardır. Paternalist model, bilgilendirici, yorumlayıcı ve tartışma modeli. Bunların her biri hekimin hastaya karşı farklı sorumluluklarını ortaya koymaktadır. Örneğin paternalist model, hastanın çıkarlarını en iyi şekilde gözetme, bilgilendirici model, doğru tıbbi bilgiyi sağlayıcı, yorumlayıcı model, hastanın çıkarlarına yönelik en iyi kararı vermedir. Bu ilişkinin en iyi nasıl anlaşılacağına dair tartışmalar devam etse de hekimin mahremiyet, tıbbi bilgilerin gizliliği, tedaviye rıza gösterme veya tedaviyi reddetme ve tıbbi işlemlerle ilgili riskler hakkında bilgi sahibi olması hastalara tanınmış özel hakları korumasıdır (WHO- Patient’s Rights).

Hasta güvenliği kültürüne ilişkin yapılan detaylı incelemelerde, hasta güvenliği kültürünün sağlık sunucular açısından önemine vurgu yapılmıştır. Sağlık sunucular için diğer önemli bir konu ise hastalarının hizmet aldıkları kurumlara olan bağlılıkları ve ihtiyaç duydukları durumda aynı sağlık kurumunu tercih etmeleridir. Bu bağlamda sağlık kurumları için müşteri sadakati kavramı ne çıkmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde, müşteri sadakati ile ilgili bilgiler verilerek, sağlık kurumları için müşteri sadakatinin önemi açıklanacaktır.





2. BÖLÜM

MÜŞTERİ SADAKATI

Bu bölümde ilk olarak, müşteri sadakatının tanımı ve kavramsal çerçevesi, müşteri sadakatının önemi, müşteri sadakatının aşamaları, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasındaki ilişki, kalite ve müşteri sadakati arasındaki ilişki ele alınmıştır. Daha sonra sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati konusu; sağlık hizmetlerinde müşteri sadakatının önemi, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati ilişkisi bağlamında detaylı olarak açıklanmıştır.

2.1. Müşteri Sadakatının Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Günümüzde pazarlama uygulayıcılarının en önemli hedeflerinden biri, müşterinin korunması ve satın alma faaliyetlerinin genişletilerek devam ettirilmesidir (Rosenberg ve Czepital, 1984). Bu bağlamda sadakat konusu, hizmet sektöründe çalışan pazarlama akademisyenleri ve pazarlama uygulayıcıları için de önemli konulardan biri haline gelmiştir. Nüfus artışı, rakiplerin artması ve rekabetin yoğunlaşması vb. nedenlerle hizmet sunucular pazarlama stratejilerini yeni müşteriler kazanmanın yanı sıra mevcut müşterilerini kaybetmeme üzerine kurmaya başlamışlardır (Shoemaker ve Lewis, 1999).

Literatürde çeşitli tanımları bulunan ve birçok çalışmada yer alan bir kavram olmasına rağmen ortak kabul edilmiş bir sadakat tanımı bulunmamaktadır. Müşteri sadakati kavramı, müşterilerin harcama oranları müşteri tutma oranı veya müşterilerin işletmeye karşı gösterdikleri tutum ve davranışlar olarak da açıklanmaktadır (Demirel, 2007). Müşteri sadakati konusunda literatürdeki tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Oliver'a (1999) göre müşteri sadakati, müşterilerin satın almada alternatiflere göre tercihini belli bir işletmeden yana kullanması ve tekrar o işletmenin müşterisi olma konusunda istekli olması olarak tanımlamaktadır. Müşteri sadakati, bir marka, mağaza ya da tedarikçiye yönelik müşterilerin olumlu yönde tutum ya da davranış sergilemesidir (Sheth ve Mittal, 2004).

Müşteri sadakatı Swadding ve Miller'a (2002) göre ise, müşteriler için daha iyi bir alternatifin bulunmamasıdır. Bunun anlamı, müşterinin pazarda kendisine sunulan diğer alternatiflerle ilgilenmemesi, sadakat gösterdiği ürünü tercih etmeye devam etmesidir.

Müşteri sadakatini farklı bakış açılarıyla değerlendiren ve tanımlayan araştırmacılar da bulunmaktadır. Zeithaml, Berry ve Parasuraman (1996) sadakatı, bir ürün veya hizmetin müşterisi olma sıklığı, devamlı aynı mal ve hizmeti veya işletmeyi tercih etme olarak tanımlamışlardır. Kumar ve Shah (2004) tarafından yapılan benzer bir tanımda müşteri sadakatı davranışsal ölçü ile tanımlanmıştır. Bu ölçüler, satın alma ihtimali, satın alma oranı ve satın alma sıklığı vb. satın alma davranışlarının çok sayıda yönünü içermektedir.

Literatürde sıklıkla karşılaşılan müşteri sadakatı kavramları Çizelge 2.1'de gösterilmiştir (Sökmen, 2018).

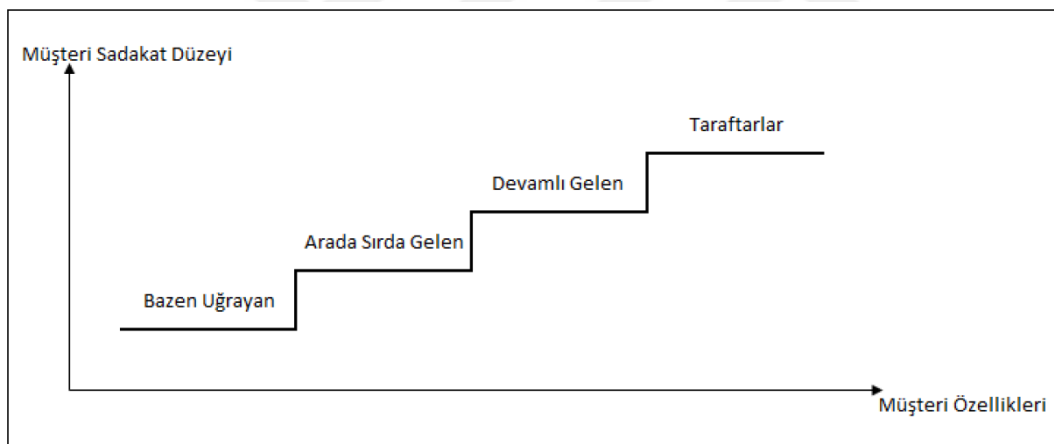
Çizelge 2.1. Müşteri Sadakatı Tanımları

Dick ve Basu (1994)	Görelî tutum ve bir hizmet ya da bir ürüne müşteri olma sıklığı arasındaki ilişkidir.
Jones ve Sasser (1995)	Belirli bir malı ya da hizmeti gelecekte tekrar satın alma duygusudur.
Kandampully (1998)	Müşterinin işletmeye olan duygusal bağlılığıdır.
Duffy (1998)	Firmanın müşterileri ile derin ve güçlü ilişkiler yaratmasıdır.
Grossman (1998)	Müşterileri bağlı hissettirme durumudur.
Oliver (1999)	Tutumun değişmesine yol açan olası pazarlama çabaları ve durumsal etkilere rağmen gelecekte sürekli olarak öncelikli tercih edilen ürün veya hizmetlerin yeniden satın alınması ya da müşterisi olmaya duyulan derinden bağlılık ve bu bağlılıktan dolayı söz konusu marka ya da markalara karşı tekrar satın alma davranışının ortaya çıkmasıdır.
Homburg ve Giering (2001)	Kategorideki diğer markalar daha iyi teklifler sunduğunda bile sadık olunan markanın tercih edilmesidir.

Çizelge 2.1. (devam) Müşteri Sadakati Tanımları

Uncles vd. (2003).	Müşterilerin marka, hizmet, mağaza, ürün kategorisi ya da faaliyet gibi değişkenlere yönelik sergiledikleri bir davranış türüdür.
Kim ve Yoon (2004).	Bir müşterinin devamlı satın alma gerçekleştirdiği işletmeyi davranışsal anlamda başka insanlara öneride bulunma veya mevcut ilişkisini sürdürme isteğidir

Müşteri sadakati kavramı Taşkın (2000) tarafından bir merdivene benzetilmektedir. Şekil 2.1’de gösterildiği gibi, her basamaktan bir üst basamağa çıktıkça müşteri sadakatine yaklaşılmaktadır. En üstte bulunan müşteriler sadık müşteriler olarak ifade edilmektedir. Bu müşteriler, işletmelerin en önemli varlığı olmasının yanı sıra en karlı müşteri grubudur.



Şekil 2.1. Müşteri sadakati merdiveni

Kaynak: Taşkın, E. (2005). Müşteri İlişkileri Eğitimi. İstanbul, Papatya Yayıncılık.

Şekil 2.1’de gösterilen her basamakta pazarlama uygulayıcılarının uygun tutundurma faaliyeti yapması, müşteri sadakatinin oluşumunu hızlandıracaktır. Bu nedenle işletmeler her bir müşterisini ve onların bulunduğu basamağı iyi değerlendirmeli ve müşteri sadakati açısından fırsat olarak görmelidir.

Müşteri sadakatinin sağlanması halinde çevresel durumlar ve rekabet müşterilerin yönelme davranışları üzerinde etkili olsa bile, markaya veya mağazaya karşı olumlu tutumunu etkilemeyecek ve satın alma davranışı devam edecektir. Özetle, müşteri sadakati, rakiplere karşı daha fazla değer sunma üzerine odaklanan bir yaklaşım olmasıyla, marka ile ilgili

bilgi aramadan tekrar satın alma sıklığı veya tekrar satın alma hacmi olarak tanımlanabilir (Çoban, 2005).

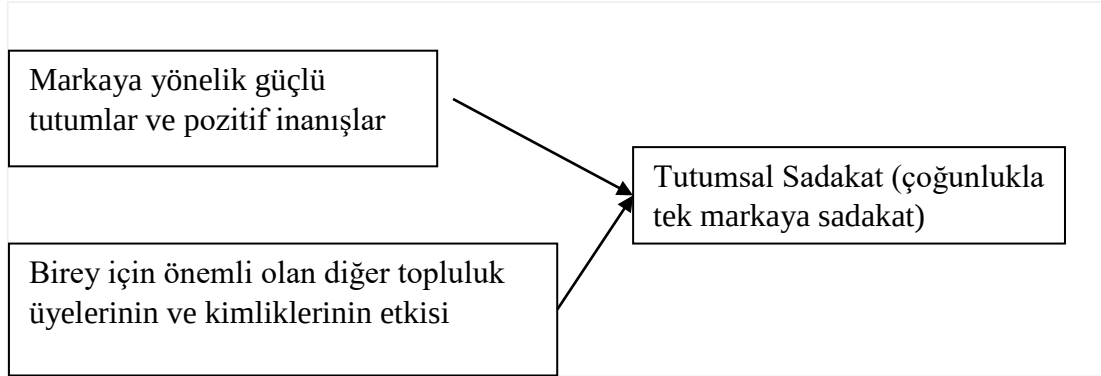
Literatürde sadakat kavramıyla eş anlamlı ya da sadakat kavramının yerine geçecek, tekrar satın alma davranışı, tercih, bağlılık ve satın almayı sürdürme vb. çeşitli kelimeler kullanılmaktadır. Sadakatin; marka sadakati, satıcı (tedarikçi) sadakati, mağaza sadakati, hizmet sadakati, katılımcı sadakati ve tüketici sadakati olarak farklı şekildeki kullanımları da bulunmaktadır. Yapılan araştırmaların birçoğunda, sadakat kavramları aynı anlama gelecek şekilde kullanılmaktadırlar. Sadakat kelimesinin önüne yapılan herhangi bir ekleme ile neyin ölçüldüğü veya ne demek istendiği açıklığını kaybetmektedir. Örneğin, hizmet sektöründe marka sadakati inceleniyorsa, bu araştırma hizmet sadakati olarak adlandırılmamalı, hizmet sektöründe marka sadakati denilmelidir (Demir, 2012).

Müşteri sadakati kavramı tanımlanırken araştırmacıların iki nokta üzerinde durdukları görülmektedir. Bunlardan ilki, sadakatin davranışsal boyutudur. Sadakatin davranışsal boyutu, müşterilerin işletmeden satın alma davranışını devam ettirmesini sağlamaktır. İkincisi ise sadakatin tutumsal boyutudur. Sadakatin tutumsal boyutunda ise müşteriler işletmeden satın almaya devam etmeseler bile, işletmeyle ilgili olumlu yönde konuşmaları, işletmeyi başkalarına tavsiye etmeleri ve onları işletmeden alış veriş yapmaları konusunda ikna etmeleri şeklinde tanımlanmakta olup, bu da işletmeler için değerli kabul edilmektedir. İşletmelerin tutumsal sadakate sahip müşterilerinin olması, ücret ödemeksizin etkili reklam faaliyetleri yapmaları anlamına gelmektedir (Çatı ve Koçoğlu, 2008).

Mark ve arkadaşlarına göre (2003), evrensel olarak kabul edilen bir tanım olmamakla birlikte, üç popüler kavramlaştırma mevcuttur. Bunlar şu şekildedir:

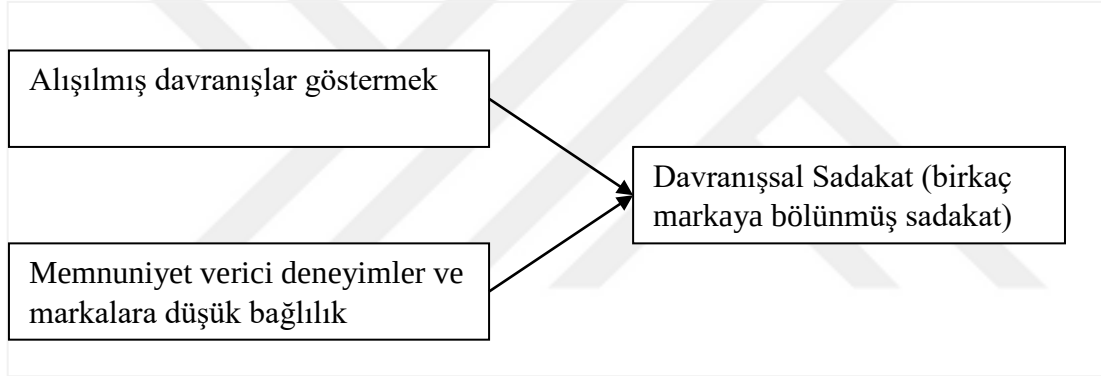
1. Sadakat ilk olarak markayla ilişkiye yönlendiren bir tutumdur (Model 1).

Model 1



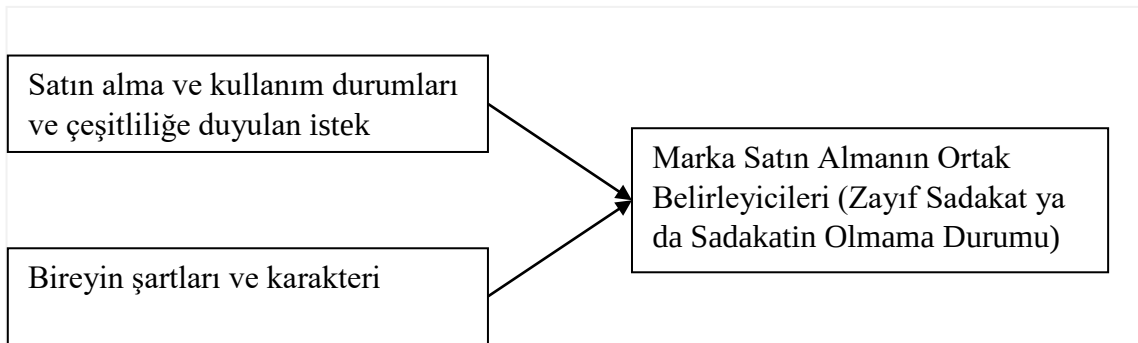
2. Sadakat aslında ortaya çıkan davranış ile ifade edilir (Model 2).

Model 2



3. Satın alma kişinin karakteri, şartları ve/veya satın alma durumu tarafından yönlendirilir (Model 3).

Model 3



Şekil 2.2. Müşteri Sadakatinin Kavramsallaştırılması

Kaynak: Mark D. Uncles, Grahame R. Dowling, and Kathy Hammond. "Customer Loyalty And Customer Loyalty Programs", Journal Of Consumer Marketing, Vol. 20, No. 4, 2003, s.296.

2.2. Müşteri Sadakatının Önemi

Pazarlama çabaları ve yönetim uygulamaları açısından müşteri sadakatının önemi, 1990 yılından sonra giderek artmıştır (Aksu, 2006).

İşletme açısından başarılı bir pazarlama stratejisinin neticesi, müşteriler için değer yaratmaktır. Bu sayede, işletme maliyetleri düşerken, işletmenin karı ve geliri sürekli artacaktır. Müşterilerin elde tutulabilmesinde, işletme müşteri iletişiminin iyi olması çok fazla önem taşımaktadır. Bu bağlamda, tüketici işletmeye istek ve ihtiyaçlarını iletebilecek, önerilerde bulunabilecek ve bu da müşterilerin işletmeyi başka kişilere tavsiye etmesine neden olacaktır. İşletmelerin bu yaklaşım tarzına sahip olması, karlılıklarının artmasına neden olacaktır. Yeni müşteriler kazanmanın mevcut müşterileri elde tutmaktan beş kat daha fazla harcamaya neden olduğu günümüzde, müşteri sadakati sağlamanın önemi gittikçe daha fazla anlaşılmaktadır. Sadık müşterilerin fiyat nedeniyle alternatif işletmeleri tercih etmeleri çok düşük bir ihtimaldir ve bu müşteriler, nispeten daha az sadık müşterilere göre daha fazla satın alma davranışı göstermektedirler. Sadakat konusunda yapılan araştırmaların çoğu paketli ürünlere odaklanmış olsa da sadakat, endüstriyel mallar, hizmetler ve perakende mağazalar için de önem taşımaktadır (Li ve Green, 2010; Wong, 2004; akt. Burul, 2012).

İşletme karlılığı ve müşteri sadakati arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Diğer bir tabirle, işletme müşterilerinin sadakat düzeyi arttıkça, işletmenin karlılığı da aynı oranda artmaktadır (Jones ve Sasser, 1995). Bu durum diğer sektörlerde olduğuna benzer bir şekilde hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler için de geçerlidir (McDougall ve Levesque, 2000).

Sadakat konusunda yapılan çalışmaların odak noktasında her ne kadar müşteriler ve müşterilerin önemi bulunsa da, kurum çalışanları ve yatırımcıların sadakati de önemli konulardandır. Bu açıdan bakıldığında, mevcut müşterilerin yanı sıra kurum için olumlu sözlü tanıtımlar (ağızdan ağza iletişim), yeni müşterilerin ilgisini çekerek pazarlama maliyetlerini düşürmekte, sadakatten elde edilen fayda ve karlılık ile de gelir artışına neden olmaktadır (Ferguson, Paulin, Leiriao Elizabeth).

Müşteri sadakati en genel manada, mal, hizmet ya da işletme ile ilgili amaçlanan davranışları ifade etmektedir. Müşteri sadakati aynı zamanda, işletmenin müşterilerinin aldıkları hizmeti ihtiyaç halinde yine aynı işletmeden alacağını ya da olumlu ağızdan ağıza iletişim yapacağını bir göstergesidir. Yöneticiler, müşterinin tatmin olmadığını iki yolla öğrenebilir. Bunlardan ilki, müşterilerinin işletmenin ürün ve hizmetlerini satın almaması, diğer bir ifadeyle işletme ile ilişkisini kesmesidir. İkincisi ise müşterilerin memnuniyetsizliklerini doğrudan işletmeye şikayet şeklinde bildirmesidir. Bunların dışında, değiştirme maliyetlerinin yüksek ve müşteriler için alternatiflerin az olduğu durularda, müşteriler işletmeye sadakat gösterebilmektedir. Müşteri sadakati sağlamak isteyen işletmelerin müşterilerin söylediklerine kulak vermesi ve mevcut müşterileri ile ilişkilerini devam ettirebilmek için müşteri memnuniyetini ön planda tutması gerekmektedir (Andreassen ve Lindestad, 1998).

Hizmet işletmelerinde hizmeti sunan personel, müşteri sadakatini oluşturan en önemli unsurların başında gelmektedir. Bu bakımdan bir hizmet işletmesindeki müşteri sadakatının aşağıda sayılan bileşenlerden oluştuğu söylenebilir (Villas-Boas, 2004):

- Hizmeti sunan personele karşı duyulan güven,
- Hizmeti sunan personelin gösterdiği yardımseverlik,
- Hizmeti sunan personele karşı duyulan bağlılıktır.

Hizmeti sunan personele duyulan sadakat beraberinde hizmet işletmesine duyulan sadakati de getirecektir. Hizmeti sunan kişiye duyulan sadakatin işletmeye birçok yararı vardır. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir (Villas-Boas, 2004):

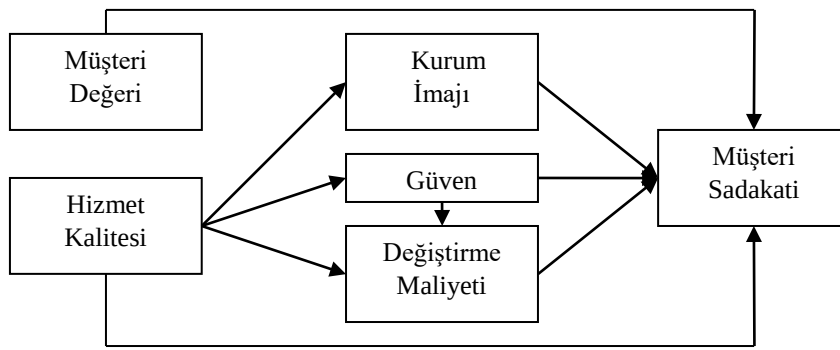
- Personele duyulan sadakat, işletmeye sadakat oluşumunda önemli katkı sağlamaktadır.
- Personele duyulan sadakat, çalışanın örgütsel bağlılığı ve iş tatminini artırmaktadır.
- Personele duyulan sadakat, hizmet kalitesinin yükselmesine neden olmaktadır.
- Personele duyulan sadakat, ağızdan ağıza iletişim sürecini başlatarak, kişisel sadakatin işletme sadakatine dönüşümünü sağlamaktadır.

Personele duyulan müşteri sadakatının sayılan faydalarının yanı sıra, kişisel sadakatin işletme sadakatinin önüne geçmesi durumu da söz konusu olabilmektedir. Şöyle ki, hizmeti

sunan personelin işletmeden ayrılması gibi bir durumda, kurumsal sadakat oranı düşebilir. Bu gibi durumlarla gerçek yaşamda sıklıkla karşılaşılabilir. Örneğin, yabancı dil kursundaki bir öğretmenin, bir kuaförün ya da hastanedeki bir doktorun çalıştığı kurumdaki ayrılması ile ondan hizmet alan müşterilerin de işletmeden ayrılması söz konusu olabilmektedir (Yurdakul, 2007).

Yapılan araştırmalar, işletmelerin hangi sektörde ya da hangi büyüklükte olduğu fark etmeksizin müşteri sadakati oluşturmalarının büyük önem taşıdığını göstermektedir. Bazı büyük firmalar müşteri sadakati oluşturma kalitesi ürün ya da hizmet sunmaktan geçtiğine inansa da, müşteri sadakati, daha geniş bir kavramı oluşturmaktadır. Müşteri sadakati, müşteri memnuniyeti, müşteri değeri ve müşteri ilişkisi kavramlarıyla birebir ilişkili bir kavramdır (Cop ve Yüzüak, 2016). Müşteri memnuniyeti, başlıca sadakat ölçütlerinden biri olarak müşterilerin sadakat düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bu nedenle bir işletme müşteri sadakatinin devamını sağlamak istiyorsa, müşteri memnuniyetine de önem vermelidir. Bunun en önemli sebeplerinden biri, günümüzde rekabetin artmasıyla birlikte müşterilerin çok kolay kaybedilebilmesidir (Öztürk, 2016). Müşteri sadakatinin zor sağlanması ve sadık müşterilerin kolay kaybedilebilmesi nedeniyle günümüzde müşteri sadakati geçmişte olduğundan daha önemli bir konu haline gelmiştir (Bayuk ve Küçük, 2007).

Müşteri sadakatini belirleyen en önemli unsurlardan biri de güvenidir. Güven bir taraftan müşteri sadakati üzerinde doğrudan bir etkiye sahipken diğer taraftan değiştirme maliyeti aracılığı ile dolaylı bir etkide bulunmaktadır. Güven unsurundan sonra ise değiştirme maliyeti ve hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde etkisi vardır. Yapılan bir çalışmada değiştirme maliyeti üzerinde güvenin hizmet kalitesinden daha etkili olduğu bulunmuştur. Müşteri sadakati üzerinde etkili olan unsurlar Şekil 2.3'te gösterilmiştir (Aydın ve Özer, 2005).



Şekil 2.3. Müşteri sadakatinin unsurları

Kaynak: Aydın, S. ve Özer, G. (2005). The Analysis of Antecedents of Customer Loyalty in The Turkish Mobile Telecommunication Market. *European Journal of Marketing*, 39(7/8), 910-925.

Müşteri sadakati sağlanmak isteniyorsa, öncelikle mevcut müşteriler korunmalı, onlara işletme değeri yaratılmalı ve sunulmalıdır. Bununla birlikte yeni müşteriler kazanarak onlarla bire bir ilişki kurulmalı, işletmelerin ürün veya hizmetlerini almaya devam etmeleri yönünde çabalar harcanmalıdır (Bayuk ve Küçük, 2007).

Literatürde yapılan çalışmalarda müşteri sadakatinin işletmeler için önemini göstermektedir. Chinomona ve Dubihlela (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, müşteri tatmininin, müşteri sadakati, müşteri güveni ve tekrar satın alma niyeti üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, müşteri tatmininin müşteri sadakati üzerinde, müşteri sadakatinin ise müşterinin satın alma niyeti üzerinde olumlu yönde etkisinin olduğu görülmüştür. Benzer bir başka sonuç Magatef ve Tomalieh, (2015) tarafından yapılan çalışmada da görülmüştür. Onlar ise çalışmalarında, müşteri sadakat programlarının, tekrar satın alma üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda, işletmeler tarafından yapılan sadakat programlarının, müşterileri elde tutma ve müşterilerin tekrar satın alma niyetleri üzerinde önemli ölçüde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Burada anlatılanlardan yola çıkarak, müşteri sadakatinin, işletmenin uzun dönemde varlığını devam ettirebilmesi için kilit bir bileşen ve yüksek performans sergilenebilmesinde güvenilir ve kolay bir kaynak olduğu söylenebilir (Chen ve Tseai, 2008). Müşteri sadakatinin işletmeye sağladığı faydalar aşağıda sıralandığı gibi özetlenebilir (Değermen, 2006).

- Diğer müşterilerle kıyaslandığında, sadık müşteriler daha fazla satın alma yaparlar.

- Sadık müşteriler işletmeyi diğer kişilere tavsiye ederler.
- Sadık müşterilerde fiyat elastikiyeti daha azdır.
- İşletmeler açısından sadık müşteriler daha az maliyetlidir.
- Sadık müşteriler rakiplerin tutundurma çabalarından etkilenmemektedirler.
- Sadık müşteriler işletmenin diğer ürünlerini de satın almaktadırlar.
- Sadık müşteriler işletmenin uzun vadeli performansının artmasına yardım etmektedir.
- Sadık müşteriler işletme karlılığının artmasını sağlamaktadır.

2.3. Müşteri Sadakatinin Aşamaları

Gremler ve Brown (1996)'a göre, müşteri sadakati bilişsel, tutumsal ve davranışsal sadakat olmak üzere üç aşamada gerçekleşirken, Halowell (1996)'a göre davranışsal ve tutumsal sadakat olarak iki aşamada gerçekleşmektedir.

Cortiñas, Elorz ve Villanueva (2004), davranışa odaklanan stokastik yaklaşım ve sadakati bir tutum olarak değerlendiren tutumsal (deterministik, belirleyici) yaklaşım olmak üzere iki farklı yaklaşımı benimsemişlerdir. Stokastik yaklaşımda sadakat, belirli bir zaman içerisindeki alış-veriş eğilimleri, markanın/hizmetin tekrar satın alınması, markanın/hizmetin satın alınma sıklığı vb. gerçek davranışlar bakımından ölçülmektedir. Tutumsal yaklaşımda sadakati ölçmenin amacı, müşterinin bir marka veya işletmeye yönelik sadakatinin gücünün anlaşılmasıdır. Bu nedenle, bu yöntem müşterinin başkalarına tavsiyelerine, satın alma niyetlerine ve alternatif arayışlarına dayanmaktadır.

Tutumsal sadakat, işletme ile ilgili olumlu değerlendirmelerle beraber tüketici ve işletme arasında gerçek veya hiç olmazsa potansiyel sadakat yaratan duygusal bir bağlantı olmasıdır. Tutumsal sadakat yalnızca yeniden satın alma değil olumlu ağızdan ağıza pazarlama anlamına gelen aktif sadakatle de bağlantılıdır (Martínez, ve Rodriguez del Bosque, 2013).

Tutumsal ve davranışsal yaklaşım dışında araştırmacıların yakın zamanda benimsediği diğer bir sadakat ise tutumsal ve davranışın her ikisini de ele alan karma yaklaşımdır. Müşteri sadakati kavramı karma yaklaşımda, tutumsal ve davranışsal değişkenleri birlikte değerlendirmektedir. Bu yaklaşıma göre müşteri sadakati, müşterilerin olumlu tutumları ile

tekrar satın alma davranışlarının birleşimi olarak tanımlanmaktadır (Kim, Park, ve Jeong, 2004).

Oliver (1997), müşterilerin sadakatinin tutumsal boyutunun dört aşamada gerçekleştiğini savunmaktadır. Öncelikle bilişsel duyum, daha sonra duygusal duyum, üçüncüsü eğilimsel (niyet) duyum ve son olarak eylem/eylemsizlik olarak tanımlamaktadır. Oliver (1999) bu aşamaların her birinden geçildikçe sadakatin derinleştiğini savunmaktadır. Evanschitzky ve Wunderlich (2006), bilişsel sadakatin duygusal sadakati, duygusal sadakatin niyetsel sadakati ve niyetsel sadakatin de eylemsel sadakati olumlu yönde etkilediğini tespit etmiştir. Müşteri sadakatinin dört aşamasına ilişkin detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.3.1. Bilişsel Sadakat Aşaması

Sadakatin ilk aşaması olan bilişsel sadakat aşaması, tüketicinin kendisine sunulan markanın sahip olduğu özelliklere bakması ve alternatif markalar arasından tercih yapabilmesidir. Biliş, önceden edinilmiş veya son deneyime dayalı bilgilerdir (Oliver, 1999).

Müşteri bağlılığının ilk aşaması olan bilişsel sadakat, aynı zamanda müşteri sadakati aşamalarının içerisinde en zayıf olan aşamadır. Bunun nedeni müşterinin, ürünün fiyatı, kalitesi vb. gibi ürün bilgilerini diğer ürünlerle karşılaştırmasıdır. Bu noktada fiyat-fayda oranı önemli rol oynamaktadır. Her yeni çıkan ürün bu şekilde değerlendirildiğinden bu aşamada bir bağlılıktan söz edilmemektedir (Güler, 2010). Bilişsel sadakat, herhangi bir mal ya da hizmete ilişkin fayda-maliyet-kalite algısına bağlı olarak artabilmekte veya azalabilmektedir (McMullan ve Gilmore, 2003). Bu bağlamda müşteriler tarafından talep edilen ürünün fiyat bakımından daha uygunu ya da kalite bakımından daha iyisinin bulunması durumunda, müşterinin işletmeyi değiştirmesi söz konusu olacaktır (Külahlı, 2016).

Bilişsel sadakat boyutuna göre müşteri sadakatinden bahsedilebilmesinin altı koşul bulunmaktadır. Bu altı koşul aşağıda sıralanmıştır (Karakaş, 2012).

- Satın almanın tesadüfi olarak değil, tamamen bilinçli bir biçimde yapılması,
- Satın almanın gerçekleşmiş olması,

- Satın alma davranışının belirli bir süreç içerisinde gerçekleşmiş olması,
- Satın almanın aynı karar verici ya da karar vericiler tarafından gerçekleştirilmesi,
- Satın alınacak olanın bir ya da daha fazla alternatifi olan bir marka grubu arasından seçilmesi,
- Satın alma davranışının, psikolojik bakımdan belirli bir sürecin fonksiyonu olması gereklidir.

Müşteri sadakat aşamaları ile ilgili olarak bilinmesi gereken önemli bir nokta, sadakatin her aşamasında müşteri memnuniyetinin sağlanmasının önem taşıdığıdır. Müşteri sadakatinin hangi aşamasında müşteri memnun olmaz ya da söz konusu memnuniyet devam etmezse, müşteriler diğer sadakat aşamasına geçemeyecektir (Oliver, 1999).

2.3.2. Duygusal Sadakat Aşaması

Duygusal sadakat aşamasında müşteriler, bir marka veya ürünle ilgili bilgileri zihinlerinde duygusal ve bilişsel olarak kodlamaktadırlar. Bu noktada müşterilerin diğer ürünlerin tutundurma faaliyetlerinden de etkilendikleri için, sadakat seviyeleri bilişsel bağlılığa benzetilebilir. Fakat bilişsel sadakat düzeyinde karşıt görüşlerle sadakat seviyesini etkilemek kolayken, duyguların etkilenmesi daha zordur (Oliver, 1997; Oliver, 1999).

Müşterilerin ürün performansında herhangi bir olumsuzlukla karşılaşması durumu, duygusal sadakatte bilişsel sadakat aşamasına benzer biçimde sonuçlanmaktadır. Böyle bir durumda müşteriler ilk olarak bilişsel olumsuzluk yaşamakta, bunun sonucunda ortaya çıkan tatminsizlik ise müşterinin markayı bırakmasına ve diğer markalara yönelmesine neden olmaktadır (Oliver, 1999).

Markaya ilişkin müşteri deneyimlerinin olumlu olması ve müşteri tatmininin artmasının sonucunda bu aşamada, satın alma vaadi bilişsel sadakatten daha güçlü biçimde şekillenmektedir (Yi, 1990).

Tüketiciler bir ürünün istedikleri özellikleri taşıdığına inanırlarsa, o ürüne karşı olumlu duygularla yaklaşacaklar ve bu sayede ürünü satın alınabileceklerdir. Ürüne yönelik olumlu duyguların devam ettirilmesi durumunda ise bağlılık ortaya çıkacaktır. Buradan

anlatılanlardan yola çıkarak, tüketicilerin hissedeceği olumlu duyguların artırılmasının, sonraki sadakat aşaması olan niyetsel sadakatin ortaya çıkışına katkı sağlayacağı söylenebilir (Küçükergin, 2012).

2.3.3. Niyetsel Sadakat Aşaması

Niyetsel sadakat (davranışsal eğilim) aşamasında; sadakatin, markaya karşı olumlu duyguların yinelenmesi sonucu, müşterinin tekrar satın alma niyeti oluşturması aşamasıdır. Henüz sadakat bu evrede tam anlamıyla oluşmamıştır. Müşteri başka bir markada aynı etkiyi elde ederse, yine başka bir markayı da tercih edebilmektedir (Oliver, 1999). Niyetsel sadakat daha çok motivasyona benzediğinden, diğer markaların kuponları, numuneleri ya da hediyeleri gibi tutundurma faaliyetleri sonucunda müşterilerin markaya karşı oluşturdukları iyi niyetleri eyleme dönüşemeyebilir (Değermen, 2006). Küçükergin (2012)'e göre ise davranışsal eğilimler, genellikle tekrarlayan satın alma eğilimi ya da ağızdan ağza pazarlama ile açıklanmaktadır. Bu aşamada sadakat ve tekrar satın alma eğilimine ek olarak yakın çevreye tecrübelerden bahsetme de eklenmektedir. Ağızdan ağza pazarlama gerçek tecrübelerin aktarımı olduğundan kişiler tarafından ticari bir amaç taşımamaktadır. Müşteriler satın aldıkları ürün veya hizmetten ya da işletmeden memnun kaldıklarında bunu çevrelerine tavsiye etmekte ve hatta onları ikna etmeye çalışmaktadırlar (Gülmez, 2010).

Zeithaml, Berry ve Parasuraman (1996) tarafından yapılan çalışmada davranışsal niyetler beş boyutta ele alınmıştır. Bunlar;

- Sadakat (tekrar satın alma niyeti ve olumlu ağızdan ağza iletişim),
- İşletmeyi terk etme,
- İşletmeye daha fazla ödemeye razı olma,
- Dışsal cevap ve
- İçsel cevap şeklinde ifade edilmektedir.

Özetle, bir ürün ya da hizmet deneyimi sonrasında, müşterinin bu deneyimi başkalarıyla paylaşması, başkalarına tavsiye etmesi, yeniden satın alma isteğinin olması ve

memnuniyetini ifade etmesi, müşterinin olumlu yöndeki davranışsal niyetini göstermektedir (Güven ve Sarıışık, 2014).

2.3.4. Eylemsel Sadakat Aşaması

Son aşama olan eylemsel (davranışsal) sadakat aşamasında, müşterilerin ürünü satın alma niyeti harekete dönüşmüştür. İstenilen ürünü satın alırken oluşabilecek olumsuzlukları engellemek için istekli oldukları ve sadakatin olduğu son aşamadır (Oliver, 1999). Oliver (1997), yalnızca tutumsal unsurların dikkate alınması halinde, kavramsal bakımdan sadakatin açıklanmasının yetersiz kalacağını ifade etmektedir. Bu yüzden sadakatin açıklanabilmesi için eylemsel sadakat boyutu gerekli bir basamaktır (Küçükergin, 2012)

Eylemsel sadakat aşaması, belirgin biçimde ortaya çıkan satın alma isteğinin, satın alma davranışını motive ettiği aşamadır. Davranışın önündeki engellerin aşılması ve davranışa hazır olma durumu bu aşamada gerçekleşir. Bu aşamada müşteriler, durumsal faktörlerin etkilerini ve alternatif markaları pazarlayanların gayretlerini yok sayarak niyetini eyleme dökmektedir (Yi, 1990). Bu sayede müşteriler, işletmenin ürünlerini yeniden satın alabilmek için derinden bir bağlılık gösterecek ve rakip işletmelerin pazarlama çabalarını dikkate almayacaktır (Yurdakul, 2007).

Müşteri sadakat aşamaları kısaca şu şekilde özetlenebilir. Bilişsel sadakat aşamasında ürünün performansı fiyat, kalite ve fayda gibi unsurlarla birlikte değerlendirir. Duygusal sadakat aşaması ise tüketicilerin duygusal bakımdan markayı beğenme durumu ile açıklanmaktadır. Niyetsel sadakat aşaması, tüketicinin markayı tekrar satın alma isteği ile açıklanırken, eylemsel sadakat aşamasında tüketicinin markayı tekrar satın almak için verdiği taahhüt söz konusudur (Oliver, 1999).

2.4. Müşteri Sadakatının Seviyeleri

Müşteri sadakati kavramı çok sayıdaki faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle sadece belirli bir düzeyde sadakatten bahsetmek söz konusu değildir. Diğer bir ifade ile sadakat üzerinde etkisi olan faktörlerin etkileme oranına bağlı olarak müşteri sadakat seviyesi de farklılaşmaktadır (Arpacı, 2015).

Müşteri sadakati seviyesini belirleyen faktörler Dick ve Basu (1994) tarafından ortaya konulan bir model ile açıklanmıştır. Dick ve Basu bu modelde, müşterilerin belirli bir marka ya da işletmeye sadık olarak tanımlanabilmeleri için tekrar satın alma davranışlarını yetersiz bulmuşlar ve tekrarlı satın almanın yanı sıra müşterilerin marka ya da işletmeye yönelik olumlu ve güçlü bir tutum geliştirmesinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (Devrani, 2009). Dick ve Basu (1994), müşteri sadakatının nispi tutumlardan etkileneceğini ifade etmiş ve sadakat düzeyini, nispi tutumlar ile tekrarlı satın alma davranışı arasındaki ilişkiye bağlı olarak açıklamıştır. Bu bağlamda müşteri sadakat düzeyi, tekrar satın alma davranışı ve nispi tutumun düşük veya yüksek olmasına bağlı olarak Çizelge 2.2’de gösterildiği şekilde açıklanmıştır.

Çizelge 2.2. Müşteri Sadakat Seviyeleri

		Tekrarlı Satın Alma Davranışı	
		Yüksek	Düşük
Nispi Tutum	Yüksek	Mutlak Sadakat	Gelişmemiş (Gizli) Sadakat
	Düşük	Yüzeysel Sadakat	Sadakatsizlik

Kaynak: Dick, A. ve Basu K. (1994). Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. Journal of the Academy of Marketing Science, 22(2), 11-113.

Müşteri sadakati konusunda yapılan araştırmalar, müşterilerin sistematik biçimde tek bir sadakat düzeyinde kalmadığını, zaman içerisinde müşterilerin bu sadakat düzeylerinin hepsinde aşağı ya da yukarı doğru hareket ettiğini göstermektedir. (Ngobo, 2016). Burada bahsedilen sadakat düzeyleri aşağıda daha geniş biçimde açıklanmıştır.

2.4.1. Gerçek Sadakat

Gerçek sadakat (Mutlak Sadakat) (Çizelge 2.2), tüketicinin bir markaya yönelik nispi tutumunun ve tekrarlı satın alma davranışının yüksek olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu düzeyde yer alan müşteriler, sadık müşteriler olarak ifade edilmektedir (Dick ve Basu, 1994). Bu müşteriler, markayı gerçekten sevenlerdir. Markayı tercih etme nedenleri; kullanım deneyimi, bir sembol ya da yüksek kalite algısına dayanabilmektedir. Bu seviyede yer alan tüketicilerin marka ile arasında duygusal bir bağ olduğu için marka

dostu olarak tanımlanmaktadır. Markanın kullanıcısı olmaktan ve markayı keşfetmekten gurur duyarlar (Aaker, 2007; 59).

Gerçek sadakat, müşteri sadakat düzeyleri içerisinde netice alınabilen en güçlü sadakat tipini oluşturur. Sadık müşteriler, tüm sektörler için, en fazla tercih edilen müşteri gruplarıdır. Bu müşteriler markayı satın alıp kullanmakta ve diğer tüketicilere markayı tavsiye etmektedirler (Aksu, 2012; Javalgi ve Moberg, 1997). Bununla birlikte, bu müşteriler için değiştirme maliyetleri yüksek, fiyat duyarlılığı daha düşüktür. Ayrıca sadık müşteriler diğer işletmelerin mal ya da hizmetlerine ise karşı dirençlidirler. Bu sebeple tüm işletmeler müşterilerinin gerçek sadakat seviyesine ulaşması için çaba sarf ederler (Javalgi ve Moberg, 1997; Selvi, 2007; Çatı, Koçoğlu ve Gelibolu, 2010).

Bu seviyede fiyat duyarlılığı iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlardan ilki, bazı müşterilerin işletmeye yönelik gösterdiği sadakatin karşılığında ekstra bir indirim beklentisine girmesidir. İkinci türdeki fiyat duyarlılığı ise marka ya da ürünün fiyatı artsa bile müşterilerin aynı marka ya da ürünü satın almaya devam etmesi şeklindedir (Ngobo, 2016).

2.4.2. Gelişmemiş (Gizli) Sadakat

Gelişmemiş sadakat, bir müşterinin sürekli aynı işletmenin ürünlerini almamasına karşın, o işletmenin ürünlerine yönelik olumlu bir tutumunun olması durumudur. Diğer bir ifadeyle müşteri, işletmenin mal ve hizmetlerini beğenmekte ve duygusal olarak bağlanmakta fakat o işletmeden sınırlı sayıda ürün satın almaktadır (Çatı ve Koçoğlu, 2008). Bu nedenle, gelişmemiş sadakat seviyesinde yer alan müşterilerin ürün ya da markaya ilişkin yaşadığı deneyim sayısı oldukça sınırlıdır (Küçükergin, 2012).

Müşterilerin gizli sadakat seviyesinde bir sadakat göstermelerini ortaya çıkaran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; işletmenin ürünlerinin fiyatlarının yüksek olması, işletmenin müşterilerin kolay ulaşabileceği bir konumda yer almaması, işletmenin dağıtım stratejileri nedeniyle müşterilerin işletmenin ürünlerine ulaşamaması, müşterilerin tekrar satın alma davranışı göstermesi için ihtiyaç duyacağı yeterli kaynaklara sahip olmaması ve müşterilerin diğer kişilerin etkisi altında bulunması olarak sıralanabilir (Öz, 2006).

Bu sadakat seviyesindeki müşterilerin bir üst seviye olan gerçek sadakat seviyesine geçebilmeleri için onlara cazip gelecek pazarlama faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. Müşteriler genel olarak daha önceden var olan ve halen devam ettirdikleri inançlara sahiptirler. Önceki deneyimler, ağızdan ağıza söylemler ve reklamlar gibi çeşitli nedenlerle o işletme ya da markaya yönelik bir yaygı gelişmektedir. Müşterilerin mevcut yargılarının değiştirilebilmesi için modern pazarlama yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir. Örneğin, müşterilerin tatmin edici bir mağaza deneyimi yaşamaları, deneyimsel pazarlama yöntemlerinin kullanılmasıyla sağlanabilir (Ngobo, 2016).

2.4.3. Sahte Sadakat

Müşterilerin yüksek düzeyde satın alma davranışına karşın düşük düzeydeki tutumu, sahte sadakat olarak ifade edilmektedir (Day, 1969; Türker ve Türker, 2013). Sahte sadakat, literatürde yüzeysel, sabit ve durağan sadakat şeklinde de tanımlanmaktadır (Shoemaker ve Lewis, 1999). Bu seviyede marka veya üründen memnun olan ya da en azından memnuniyetsizliği olmayanlar bulunmaktadır. Bu müşterilerin markayı değiştirmeye neden olacak ölçüde bir memnuniyetsizlikleri söz konusu değildir (Türker ve Türker, 2013).

Sahte sadakat seviyesinde yer alan müşteriler, alışkanlıkları nedeniyle alış veriş yapmaktadır. Bu seviyede davranışsal faktörlerin önemi bulunmakla birlikte, durumsal faktörler yeniden satın almayı teşvik etmektedir. Satın alınan ürüne yönelik gerçek bir tatminden söz edilmese de, müşteriler için düşük düzeyde bir tatmin söz konusudur. Bu tip sadakat, genellikle sık satın alınan ürünlere yöneliktir. Aynı ürünü rakip işletmede gören bir müşteri eğer fayda sağlayacağına inanıyorsa alış veriş yaptığı işletmeyi değiştirebilir. Bütçesi kısıtlı olan bir müşterinin bütçesinde daha uygun bir otel bulması durumunda önceki otelini değiştirmesi bu sadakat seviyesine uygun bir örnektir (Aksu, 2012).

Pazarlama yöneticileri uygulayacakları pazarlama programları ile müşterilerini sahte sadakat düzeyinden daha üstteki sadakat düzeylerine taşıyabilirler. Bunu gerçekleştirmek için satın alma sıklığı programlarının kullanılması gerçekleştirilebilir. Bu sayede müşterilerle duygusal bağ oluşturmak yerine, onların satın alma sıklığının artırılması hedeflenmektedir. İşletimlerin müşterilerine düzenli bir biçimde uygulayacakları sadakat programları sayesinde sahte sadakat seviyesinde bulunan bir müşteri, gelişmemiş sadakat düzeyinde bir müşteriye dönüştürülebilir (Shoemaker ve Lewis, 1999).

2.4.4. Sadakatsizlik

Sadakatsizlik, tüketicinin bir markaya yönelik nispi tutumunun ve tekrarlı satın alma davranışının düşük olması durumunda ortaya çıkmaktadır (McGoldrick ve Oliveira, 1997). Böyle bir durumda tüketici ürüne ya da markaya karşı tamamen ilgisizdir (Rowley ve Dawes, 1999; Külahlı, 2016). Bu seviyedeki müşterilerin işletmenin mal ya da hizmetlerine yönelik bir bağlılıkları olmadığından, sürekli satın alma davranışı da göstermezler (Hançer, 2003).

Herhangi bir mal ya da hizmete yönelik müşteri sadakatinin gerçekleştirilememesinin birçok nedeni olabilir (Aksu, 2012). Örneğin, müşterilerin demografik farklılıklarından kaynaklanabileceği gibi işletmelerin pazarlama politikalarından da kaynaklanabilmektedir (McGoldrick ve Oliveira, 1997).

Sadakatsizlik, müşteri sadakat seviyeleri arasında en düşük seviyedir. Bu nedenle, işletmelerin uygulayacağı sadakat programlarının genel olarak müşteriler üzerinde bir etkisi olmayacaktır (Değermen, 2006: 81). Böyle bir durumda işletmelerin müşterilerine iki şekilde yaklaşımları söz konusu olabilir. Değermen (2006: 81)'e göre bunlardan ilki, iyi bir marka adı kullanıp, işletmeyi yeni bir yerde açmaktır. Bu sayede müşterilerin sahte sadakat düzeyine taşınması sağlanabilir. Aksu (2012)'ya göre ise ikinci yol, işletmenin sadakat sağlayamadığı müşteri gruplarını hedef kitle olarak görmekten vazgeçmesi şeklindedir. Bunun nedeni, bu müşterilerin sadık müşteriler haline getirilmesinin çok zor olması ve aynı zamanda bu müşterilerin finansal bakımdan işletmeye katkılarının çok az olmasıdır.

Burada anlatılan müşteri sadakat seviyeleri işletmeler açısından büyük önem taşımaktadır. İşletmeler müşterilerinin hangi sadakat düzeyinde olduğunu tespit edebilmeleri, ona uygun pazarlama stratejileri geliştirmelerine neden olacaktır. Dick ve Basu, 1994'den uyarlayan O'Malley (1998), müşteri sadakat düzeylerinin işletmenin ve pazarlama yönetiminin alacağı kararlar üzerindeki etkilerini Çizelge 2.3'de görüldüğü şekilde açıklamıştır.

Çizelge 2.3. Müşteri Sadakat Düzeylerinin İşletme Kararları Üzerindeki Etkileri

	Sadakatsizlik	Sahte Sadakat	Gelişmemiş (Gizli) Sadakat	Güçlü Sadakat
Olumlu Tutum	Düşük	Düşük	Yüksek	Yüksek
Sürekli Müşteri Olma Davranışı	Az	Sık	Az	Sık
Açıklama	İşletmenin sürekli müşterisi değil ve olmak istemiyor.	İşletmenin sürekli müşterisi olmakla birlikte, işletmeye yönelik olumlu bir tutumu yoktur. Bunun nedeni, işletmenin uygun dağıtım kanallarının olmaması, işletmenin ürün ya da hizmet alternatifinin bulunmamasından kaynaklanabilir.	İşletmenin sürekli müşterisi olmak isteği var, fakat işletmenin dağıtım kanallarının uygun konumlanmaması, satın alınacak ürün ya da hizmetin bulunmaması vb. nedenlerle işletmenin sürekli müşterisi değildir.	İşletmeye yönelik olumlu tutum ve tekrar satın alma davranışı yüksektir.
Sonuç	İşletme yönetimi sahte sadakat seviyesine çıkarmak isteyebilir.	Sahte sadakat seviyesi güvenilmezdir. Müşteri rakip işletmelerin tekliflerine açıktır.	İşletme, müşterisinin güçlü sadakat göstermesini engelleyen unsurları ortadan kaldırmaya odaklanır.	Sadakatin sürekli güçlendirilir ve müşteriye sunulan değer geçerli bir düzeyde tutulur.

Kaynak: O'malley, L., "Can Loyalty Schemes Really Build Loyalty?", Marketing Intelligence & Planning, C.16, S.1, (1998), 47-55.

Çizelge 2.3 incelendiğinde, işletmelerin müşterilerinin sadakat seviyelerini belirleyebilmeleri için, onların tutum ve satın alma davranışlarını ölçecek araştırmaları yapmalarının gerekli olduğu görülecektir. Bununla birlikte, işletmelerin pazarlama stratejilerini, her bir sadakat seviyesinde bulunan müşterilerine uygun oluşturmaları gerekmektedir (Öz, 2006).

Buraya kadar müşteri sadakat seviyelerine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Bu bilgilerden sonra müşteri sadakatının aşamalarına ilişkin yaklaşımlar ve müşteri sadakatının aşamaları konusunda detaylı açıklamalara yer verilecektir.

2.5. Müşteri Sadakati İle İlişkili Kavramlar

Literatürde müşteri sadakati ile ilgisi olan bazı kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlardan bazıları aşağıda açıklanmıştır.

2.5.1. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki

Küreselleşme ve teknolojide meydana gelen gelişmelerle birlikte pazar ortamında rekabet artmış, müşterilerin istek ve ihtiyaçları değişmiş, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatinin sağlanması zorlaşmıştır. Müşterilerin ekonomik ve sosyal yapılarına bağlı olarak tüketmekte oldukları mal ve hizmetlerle ilgili beklentileri ise sürekli değişim göstermektedir. Buradan hareketle müşteri memnuniyeti ve sadakatinin sağlanmanın yolu, düzenli bir şekilde müşterilerin beklentilerini ölçmek ve bu beklentiler doğrultusunda mal ve hizmetleri geliştirmektir (Çatı ve Koçoğlu, 2008).

Günümüzde hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin hemen hepsinin temel hedefi müşteri memnuniyetini sağlamaktır (Jones ve Sasser, 1995). Hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler için müşteri memnuniyeti ve müşterinin müşterilerin gelecekteki davranışlarını etkilememin başlıca şartı, müşterinin işletmeden beklediği ve işletmenin ona vaat ettiği çekirdek hizmetin sunulmasıdır (McDougall ve Lavesque, 2000).

Müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Wallin-Andreassen ve Lindestad, 1998; Bowen ve Shoemaker, 1998; Back ve Parks, 2003; Punniyamoorthy ve Mohan Raj, 2007; Gounaris, Tzempelikos ve Chatzipanagiotou, 2007).

Bir müşterinin herhangi bir ürün ya da hizmet satın almadan beklenti düzeyi, müşterinin memnuniyet düzeyini temsil etmektedir. Diğer taraftan, o müşterinin işletmeye geri gelme olasılığı ve satın alma davranışına devam etmesi işletmeye sadakatini göstermektedir. Her bir sadık müşteri memnun edilmiş bir müşteri iken, her memnun müşterinin sadık bir müşteri olduğu söylenemez (Bowen ve Shoemaker, 1998).

Müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati ilişkisinde önemli faktörlerden biri müşteri ve işletme arasındaki ilişkinin süresinin uzunluğudur. Memnun müşterilerin sadık müşterilere dönüşebilmesi için müşterilerle güçlü ve uzun süreli bir ilişki kurulmalıdır. Memnuniyetin tek seferlik ve kısa süreli olmasından ziyade her seferinden memnuniyetin sağlandığı uzun süreli bir ilişki müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi güçlendirecektir (Wangenheim, 2003).

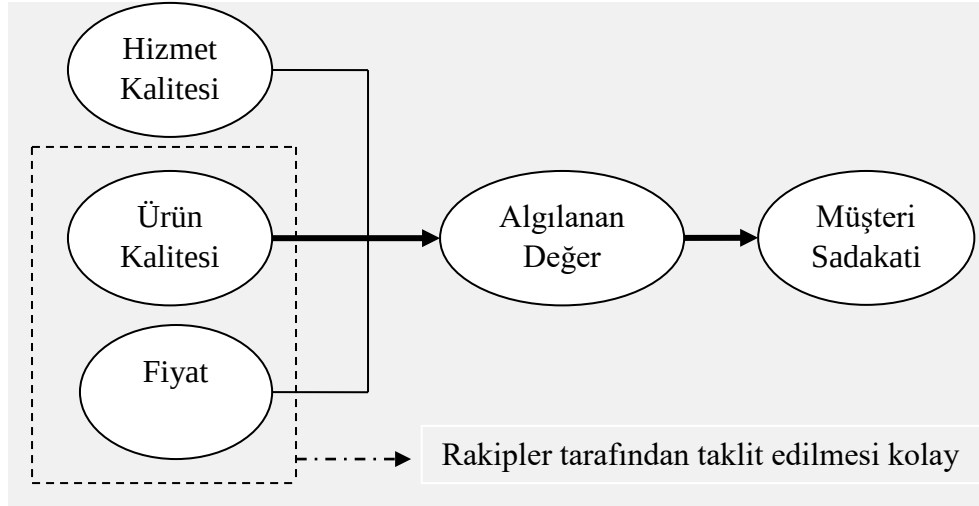
Müşteri memnuniyeti müşteri sadakatının anahtarıdır. Memnun müşteri daha sonra tekrar satın alabilmekte, işletmenin yeni ürün ve hizmetlerini satın almaya yönelmekte, işletme ve işletmenin hizmetlerini çevresine anlatmakta, işletmenin rakiplerinin reklam ve tanıtım faaliyetlerinden daha az etkilenmekte, fiyat hassasiyeti daha az olmakta ve işletmeye ürün ve hizmetleri konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır (Kotler, 2003).

2.5.2. Kalite ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki

Sadakati belirleyen en önemli iki unsurdan biri müşteri memnuniyeti iken diğeri hizmetin kalitesidir (Parasuraman ve Grewal, 2000). Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) kaliteyi, müşterinin bir ürün ya da hizmetle ilgili beklentileri ile deneyimleri arasındaki fark olarak tanımlamışlardır. Bu fark, hizmet kalitesi = algılanan kalite – beklenen kalite şeklinde formüle edilmektedir. Buna göre hizmet kalitesi sıfır ya da sıfırdan büyük ise algılanan hizmet kalitesi olumlu, sıfırdan küçük ise algılanan hizmet kalitesi olumsuzdur (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1994).

Zeithaml ve arkadaşlarının (1996) dört farklı işletmeden 3069 kişi ile gerçekleştirdikleri ve hizmet kalitesinin davranışsal sonuçlarını inceledikleri araştırmada, hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında güçlü bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bulunan sonuç, daha sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olmuştur.

Ürün/hizmet kalitesi ile fiyat müşterinin algıladığı değeri etkilemekte, algılanan değer ise müşteri sadakatini etkilemektedir (Parasuraman ve Grewal, 2000). Bu ilişki Şekil 2.4'te gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Müşteri sadakatini etkileyen unsurlar

Kaynak: Parasuraman, A. ve Grewal, D. (2000). The Impact of Technology on the Quality-Value-Loyalty Chain: A Research Agenda. Journal of the Academy of Marketing Science, 28(1), 168-174.

Algılanan kalite ve fedakarlığın (çaba, zaman, maliyet) bir sonucu olarak algılanan müşteri değeri ortaya çıkmaktadır. Müşteri sadakati ve pazarlama stratejileri arasında algılanan müşteri değerinin önemli bir aracılık etkisi bulunmaktadır. Algılanan müşteri değeri müşteri sadakatini artıracığından işletmelerin ürün ya da hizmetlerinde kaliteyi öncelikli hale getirmesi ve kaliteyi artıracak politikalara önem vermesi gerekmektedir (Li ve Green, 2010).

Literatürde hizmet kalitesi ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazılarında hizmet kalitesi ve tekrar satın alma niyeti ilişkisi incelenmiş, hizmet kalitesinin tekrar satın alma niyeti üzerinde pozitif etkisinin olduğu bulunmuştur (Cronin ve Taylor, 1992). Diğer bir çalışmada, hizmet kalitesi ile tekrar satın alma niyeti ve tavsiye etme ilişkisi üzerinden müşteri sadakati araştırılmış, hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde pozitif etkili olduğu görülmüştür (Boulding, Kalra, Staelin ve Zeithaml, 1993). Bazı çalışmalarda ise müşteri sadakati ve hizmet kalitesi algısı müşteri memnuniyeti üzerinden incelenmiştir (Usta ve Memiş, 2009; Magin, Algesheimer ve Huber ve Herrmann, 2010).

Literatürde sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları da farklı sektörlerde yapılan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Arab ve ark. (2012) tarafından Tahran'da özel hastanelerden hizmet alan 943 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, hizmet kalitesinin belirlenmesinde dört

boyut (süreç kalitesi, ilişki kalitesi, çevre kalitesi ve maliyet) ortaya çıkmış ve bu boyutların hasta sadakatının önemli belirleyicileri olduğu görülmüştür.

Lonial ve ark. (2010) tarafından ülkemizde yapılan çalışmada ise hizmet kalitesi ve hasta sadakati arasındaki ilişki incelenmiştir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde SERVQUAL ölçek, hasta sadakatının değerlendirilmesinde, hastane hizmetlerine ilişkin duygu ve düşünceler ile tekrar ziyaret etme niyeti kullanılmıştır. Genel hizmet kalitesinin hasta sadakati üzerinde olumlu yönde bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ozturkcan ve ark. (2009) hastaneden yatarak hizmet alan 183 hasta ile çalışmış ve hastane hizmetlerinin kalitesinin, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda, hastane hizmetleri kalitesinin, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati üzerinde olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bulguları genellikle memnun müşterilerin hizmetleri kullanma konusunda güven ve sadakate sahip olduklarını göstermektedir. Fakat yine de araştırmaların bulguları arasında bir takım çelişkiler bulunmaktadır. Bu yüzden müşteri sadakati konusunda yapılacak daha fazla uygulamalı çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Ramlı ve Sjahrudin, 2015).

2.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülebilmesi konuları üzerinde tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Söz konusu bu konularla doğrudan ilişkili olan bir diğer konu başlığı da hasta güvenliği kültürüdür. Hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ülkemiz açısından, 1990'lı yıllarda sağlıkta reform hareketine paralel olarak tartışılmaya başlanan yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının 2003 yılından itibaren hız kazanmasına bağlı olarak hasta güvenliği ve kültürü konuları hem uygulamada hem de akademik hayatta daha fazla önem kazanmış ve uygulamalı çalışmalar literatürde yer almaya başlamıştır.

Hasta güvenliği kültürü sağlık sektöründe, sağlık hizmeti sunan ve yararlananların tümünü kapsayan ve süreklilik gösteren tıbbi hataların azaltılmasına ilişkin güvenlikle ilgili teknik unsurların yanı sıra değerler ve tutumları da kapsayan bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden hasta güvenliği konusunun ve kültürünün sağlık sektörü katılımcıları tarafından benimsenmesi önemlidir. Hasta güvenliği kültürünün benimsenmesinin sağlanması aynı zamanda iç müşterilerin ve dış müşterilerin sunulan hizmetlere ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına sadakati de beraberinde getirecektir.

Diğer hizmet sektörlerine göre sağlık hizmetleri, “olmazsa olmaz” özelliği taşıması bakımından özel bir konuma sahiptir. Sağlık hizmetinin sunulduğu anda tüketilmesi, yüksek risk taşıması, uzmanlık gerektirmesi bakımından diğer hizmetlerden ayıran yönleridir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin verilmeden önce çok iyi tasarlanmalı, planlanmalı ve yönetilmelidir. Sağlık hizmeti sunumunda hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine öncelik gösterilmesi, sağlık bilimlerinin temel öğelerinden biri olan “önce zarar verme!” ilkesini desteklemektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin her aşamasında tıbbi hataların önlenerek hasta güvenliğinin sağlanması önemlidir (Kurutkan 2009).

Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için hiçbir ayırım gözetmeksizin eşit olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kaliteli olması ülkenin gelişmişlik düzeyini gösterir. Herhangi bir hizmet sektöründe yapılan hatalar müşteri kaybı, maddi zarar gibi sonuçları ortaya çıkarsa da sağlık alanında yapılacak hatalar insanların hayat kalitesini düşürdüğü gibi kişilerin ve dolayısıyla toplum sağlığının bozulmasına hatta ölüm gibi telafisi olmayan kayıplara yola açabilmektedir (Derin ve Demirel, 2011). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kalitenin önemli bir ögesi olmakla birlikte nitelikli ve kaliteli hizmet vermenin önemli göstergelerinden biridir (Korkmaz, 2018).

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temel ögesidir. Hasta güvenliği uygulamaları ülkemizde diğer ülkelere göre daha yavaş ilerlese de, hasta güvenliği programlarının gelişmesi ve iyileşmesi, bilimsel bilginin kullanımı ve gelişmesi için alt yapı sisteminin desteklenmesi bunun için uygun çalışma ortamının oluşturulması, sağlık personelinin hatalı davranışlarının düzeltilmesi, kaliteli hasta bakımının sunumunu kolaylaştıracağı gibi hasta güvenliğinin gelişmesine de fayda sağlayacaktır (Korkmaz, 2018). Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan hataları tanımlamak, bu hatalar sebebiyle hastaların zarar görmesini

engellemek ve tıbbi hataları en aza indirmenin en önemli yöntemi; hataların bildirilmesi ve onların analiz edilmesidir (İntepeler ve Dursun,2012).

Türkiye’de hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar henüz çok yenidir. Kuruluş itibariyle Amerika’da başlamış olan Joint Commission International’dan danışmanlık alarak Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte Ulusal Akreditasyon Sistemi çalışmaları başlatılmıştır (Sözer, 2012). Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar henüz yeni olduğundan ulusal veya kurumsal tıbbi hata bildirim sistemi henüz bulunmamaktadır. Bu yüzden yeterli ve güvenilir veriler henüz olmadığından, gelişmiş ülkelerden alınan veriler bu konuyu öneminin kavranmasında yol gösterici olacaktır (İntepeler ve Dursun,2012). Gelişmiş ülkelerde gönüllü ve zorunlu raporlama sistemlerinden bahsedilmektedir. Bu raporlama sistemleri karşılaştırıldığında, cezalandırıcı olmayan gizli gönüllü raporlama sistemleri zorunlu raporlama sistemine göre hatalar hakkında daha yararlı bilgiler sağlamaktadır. Bunun nedeni gönüllü raporlamada ceza korkusu olmadan konuyu tamamen bildirebilmeleridir. Ayrıca zararı olmayan hatalar ve tehlikeli durumları da teşvik etmektedir. Burada zaten temel anahtar hatayı anlamaktır. Zorunlu raporlama sisteminde ise, uygulayıcıların ilk olarak kendilerini koruma ve sisteme uyma güdülerini ile hatalar hakkında detaylı bilgi vermelerinden kaçınmalarıdır. Bununla birlikte başkalarının yapabileceği hataları önlemeye yardım etmemeleridir. Hataların kişisel değil sistem olarak düzeltilmesi vurgusu önemlidir. Zorunlu raporlama sistemleri hatayı kimin yaptığını bildirmeyen kişiyi de cezalandırabilmektedir. Hatalı bireylerin raporlandığı düşünülerek yapılan bildirimler sınırlı olmaktadır. Gönüllü hata bildirim programı ile kişilerin özgürce bildirimde bulunmaları sağlanabilmektedir (Cohen 2000). Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemleri (GRS), “Sağlık tesislerinin ve sağlık çalışanlarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri platform” olarak tanımlanmaktadır (SB, 2017). GRS, 21 Mart 2016 yılında kullanıcıların hizmetine açılmıştır. Dünya çapında hata bildirimlerinde kişiye değil hataya odaklanmak amaçlansa da yeterli kimlik gizliliği koşulları sağlanamadığı için kişisel, toplumsal ve organizasyonel engellerle karşılaşmaktadır. GRS ile Hata Sınıflandırma Sistemleri (HSS) Standardı kullanılmaktadır. Hata bildirimi yapıldığında IP adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı gibi hiçbir kişisel bilgi veri tabanına kaydedilmemektedir. GRS sayesinde, sağlık kurumlarında olabilecek hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması ve çalışanların yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması için herkesin

erişimine açık olarak önemli raporlar paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm raporlar, Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi için kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. 2017 yılında toplam 101.841 hata bildirimi yapılmıştır (SB, 2017). En güncel haliyle ilaç güvenliği, laboratuvar güvenliği, cerrahi güvenliği, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği (henüz geliştirilme aşamasında) olarak 5 kategoride bildirim yapma modülü yapılmıştır.

Raporlama sistemlerinin amacı, topladıkları bilgileri analiz etmek ve gelecekteki hataların oluşmasını önlemenin yollarını belirlemektir. Amaç sadece veri toplamak değildir. Raporlardan elde edilen veriler ile hiçbir şey yapmamak hiçbir fayda sağlamayacağı gibi ciddi sorunlara yanıt verebilmek için diğer destek ve yeterli kaynaklar da edinerek çözüm aranmalıdır (IOM, 2000).

Tıbbi hatalar nedeniyle ölümler ABD'de bir salgın haline gelmiştir. Öyle ki ölümlerin yüzde 10'undan fazlasının tıbbi hatalardan kaynaklanmaktadır. Ulusal ölüm sicil verilerine göre farklı ölüm nedenleri arasında, kalp hastalığı sebebiyle yılda 611.000'den fazla kişinin; kanserden 585.000 kişinin; solunum yolu hastalığı ile 150.000 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Johns Hopkins Üniversitesi tarafından yürütülen 8 yıllık bir araştırmaya göre ise, yıllık olarak 250.000'den fazla kişinin tıbbi hata sonucu hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Johns Hopkins Üniversitesinden elde edilen bu çalışmaya göre, ölümlerin doktor uygulama düzenindeki bir değişiklik, güvenlik önlemlerinin alınmaması, uygun şekilde koordine edilmemiş sağlık hizmetleri ve tutarsız sigorta hizmetlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Ayrıca bu durum, büyük ölçüde hesaba katılmayacak türden davalara yol açan bir şeydir (Munday ve Nathan, 2017). Amerikan Tıp Enstitüsüne göre, tıbbi hatalardan kaynaklı olarak, gelir kaybı, hane halkı üretim kaybı, maluliyet gibi sosyal, fiziksel ve finansal açıdan toplam ulusal maliyetler 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. Hatalar, fırsat maliyetlerini düşündüğümüzde maliyetli olmaktadır. Tekrarlanan ilaç tedavileri, laboratuvar testleri, ilave artışlar gerektiren sağlık sigorta masrafları ile ortaya çıkan sağlık harcamaları alternatif alanlarda kullanılması mümkün olmamaktadır (IOM, 2000). Tıbbi hatalar sonucunda hastalar açısından, sağlık hizmeti aldıkları kuruma karşı güven kaybına, memnuniyetsizliğe, bedensel ve psikolojik rahatsızlıklara yol açar. Hekimler açısından ise, mümkün olan en iyi bakımı sağlayamadıkları için, moral motivasyon düşüklüğüne ve hayal kırıklığına yol açar. İşverenler ise, çalışanlarında oluşan üretim kaybı sebebiyle ve nihayetinde toplumun genel

olarak sağlık sistemine ek mali yük getirmekte ve olumsuzluklara neden olmaktadır (IOM, 2000). Kamusal açıdan hasta güvenliği uygulamalarında bireysel hatalar sadece örgünün bir kısmını göstermektedir. Sistemin doğru aave öğrenen bir yapı olarak tasarlanmasıyla bireysel hataların da minimuma ineceği bir çalışma süreci sunulmaktadır (Demir, Demir ve Güler, 2008).

Tıbbi hataların büyük bir kısmı bireysel hatalardan çok sistemsel aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte morbiditenin artmasına neden olarak hastaların hastanede yatış süresini uzatmakta ve sağlık sistemine de ek finansal yük getirmektedir. Artan mortalite ve morbiditeye bağlı olarak hukuksal sorunlara da yol açabilmektedir. Yeni Türk Ceza Kanununda artan ceza oranları ve bu cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi, bazen ise yüksek tazminatlar ile sonuçlanması hekimlerin üzerindeki baskıyı artırmaktadır (Altındış, 2014). Hasta güvenliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ile toplam sağlık harcamasında hatalardan kaynaklanan harcama payını azaltacaktır. Hastane enfeksiyonlarının azaltılması ile antibiyotik kullanımının azalması dolayısıyla kişisel sağlık harcamalarını da azaltacaktır. Ancak, lkemizde raporlama sisteminin olmayışı ve hasta güvenliği konusunda yasal düzenlemelerin gelişmemiş olması ve “malpraktis” ile sonuçlanan davaların akıbetlerinin takip edilememesi bu maliyetlerin hesaplanmasına imkan vermemektedir. Ancak bu hesaplamaların yapılabilen ülkelerde, rneğin Downie ve diğerleri (2006)’ne göre, yıllık doğrudan harcama ABD’de 8.5-14.5 milyar dolar, Birleşik Krallık’ta 2 milyar dolar, Avustralya’da 867 milyon dolar olarak hesaplanmıştır. Güvenilir olmayan bakım/tedavi/hizmet sonucu ortaya çıkan bu maliyetler dolaylı olarak ve uzun vadede çok daha fazla olmakta ve etkilenen sadece birey olmayıp ailesini de etkilemektedir (Demir, Demir ve Güler, 2008).

nemli olan tıbbi hata olduğuunda suçlayıcı olmadan, hata oluşumunu önleyen bir sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir. İhmal veya hata sebebiyle hastaya açıkça zarar vermiş hekim veya sağlık çalışanlarının cezalandırılmaması anlamına gelmez. Bu durumda da hastaların ve yakınlarının hakları gözetilmeli, zararları mümkün olduğuunca giderilmelidir. Hata olmadan önce gerekli tedbirler alınmalı bunun için köklü değişiklikler yapılmalıdır. Tıbbi hataların önlenebilmesi ve verilen sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak için olmazsa olmaz olan şey, başta doktorlar olmak üzere sağlık personeli de dahil hep birlikte oluşan sorunlara sahip çıkmaları ve ortak amaca yönelik inanarak çalışmaları ve süreçlere birlikte dahil olmalarıdır. Bütün bunların gerçekleşebilmesi için bütün

Çalışanlar kendilerini öncelikle güvende hissetmeleri, şiddete maruz kalma endişesi taşımamaları, yaptıkları işe değer verildiğini hissetmeleri, iş hayatındaki düzenlemelerde söz sahibi olmaları gerekir. Bu şekilde sağlık hizmet kalitesi yükselir dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataları azaltılabilir (Altındış, 2014). Hasta güvenliği vizitlerinde hastaların ve yakınlarının da bulunmalarını, bu konuyla ilgili komitelerde bulunmalarını, hasta güvenliğini iyileştirme ve yapılan uygulamaları değerlendirme açısından fayda sağlayabilir. Yakın bir zamanda yayımlanan bir çalışmada, oluşan tıbbi hatanın hastalara ve yakınlarına açıkça bildirilmesinin doktor değişikliğine sebep olmadığı, hasta memnuniyetini ve güveni artırarak olumlu bir duygusal neticeye sebep olduğu saptanmıştır (Mazor vd., 2004).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakati

Sağlık hizmeti sunan kurumların müşterileri, o kurumdaki hizmet alan hastalardır. Bu nedenle sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda hasta sadakati ve müşteri sadakati kavramları çoğu kez birbiri yerine kullanılmaktadır. Bu bağlamda; sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati, hastanın ihtiyaç duyması durumunda yeniden aynı sağlık kurumundan hizmet alması, o kuruma yönelik olumlu tutum geliştirmesi ve kurumu başkalarına tavsiye etme eğiliminde olması, hastanın güveni ve tatmininin neticesinde ortaya çıkan, hasta ile sağlık kurumu arasındaki ilişkileri güçlendiren davranışların bütünü olarak tanımlanabilir (Chahal, 2008; Suki, 2011).

Sağlık hizmetlerinde hasta sadakatini geliştirmek ve devam ettirmek, sağlık çıktılarının iyileşmesine neden olacak ve bu sayede hastalara fayda sağlayacaktır. Hastaların kendi tedavilerindeki aktif rolleri ve hasta katılımı, sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Sadakat, bakımın sürekliliğini, tıbbi tavsiyelere uyumu ve koruyucu hizmetlerin daha fazla kullanılmasını teşvik eder. Sadık hastalar tıbbi hizmetleri kullanmaya devam eder, belirtilen tedavi planlarını takip eder ve belirli sağlık hizmetleri sağlayıcılarıyla ilişkileri sürdürür. Bakımın sürekliliği ve tıbbi tavsiyelere uyulması sağlık hizmetlerini ve hasta sonuçlarını iyileştirir. Bu nedenle, hem sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem de hastaların iyiliği için, sağlık hizmeti sağlayıcıları hasta sadakatini etkin bir şekilde yönetmelidir. Bunu yapmak için, hasta sadakatini etkileyen faktörlerin anlaşılması gerekmektedir. Bu faktörleri belirlemek için yapılan en popüler ampirik araştırmalar, “memnuniyet” ve “hizmet kalitesi” ile başlamış, “algılanan değer”, “marka imajı”, “güven” ve “bağlılık” gibi

diğer faktörlere geçmiştir. Bu çalışmaların çoğunda, sayılan faktörlerin hasta sadakatini nasıl etkilediğini araştırmıştır (Zhou, Wan, Liu, Feng ve Shang, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği gün geçtikçe daha fazla dikkat çekmeye başlayan ve hastaların sağlık hizmeti tercihinde belirleyici konulardan biri olmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri pazarında pazarlama faaliyetlerinin sınırlı düzeyde kalması, müşteri sadakatini sağlık işletmeleri için diğer sektörler nazaran daha değerli bir kavram haline getirmiştir. Bu bağlamda, sağlık işletmelerinde müşteri sadakatinin önemi, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati ilişkisi aşağıda açıklanmıştır.

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakatinin Önemi

Müşteri sadakati konusundaki literatür incelendiğinde ilk yapılan akademik çalışmaların dış macunu ve deterjan gibi kişisel ve maliyeti düşük ürünler üzerine olduğu görülmüştür. Daha sonraları müşteri sadakati çoğunlukla, telekomünikasyon, teknoloji, bankacılık, eğitim, konaklama hizmetleri, internet hizmetleri, posta hizmetleri, satış, fast food gibi farklı alan ve farklı sektörlerde çalışılmıştır. Müşteri sadakati ile verilen hizmetler üzerinde etkisi olduğu düşünülen memnuniyet, beklenti, algılanan değer, kalite, fiyat, müşteri şikayetleri, imaj ve güven gibi birçok kavramla ilişkileri incelenmiştir.

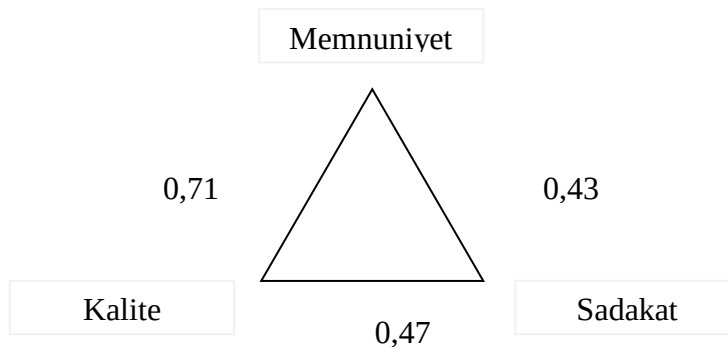
İşletmelerin rekabet ortamında varlığını devam ettirebilmesinin anahtarı müşteri memnuniyeti olarak ortaya çıkmaktadır (Biçer, 2010). Kalıcı ve sürdürülebilir büyümeyi sağlamak ve rekabet yoğun ortamda işletmenin hayatını devam ettirebilmesi için müşteri memnuniyetini sağlam bir temele oturtmak gerekmektedir. Memnuniyet sonrası oluşan müşteri sadakati ile karlılık arasında olumlu etkiyi göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu konudaki en çarpıcı örnek, Reichheld ve Sasser'ın 1990 yılında "Sıfır Hata: Kalite Hizmete Gelir" isimli çalışmasından verilebilir. Büyüklüğü işletmeye ve sektöre göre değişmekle birlikte, müşterilerin %5'ini elinde tutarak elde edilecek %25'lik kar payı, %125'e çıkarabilmektedir (Reichheld ve Sasser, 1990).

Bilişsel bilimlerin ışığında yapılan araştırmalar, sağlık alanındaki hasta memnuniyeti çalışmalarına yol gösterici olmuştur (Baltaş, 2013). Hasta memnuniyeti 1970'li yıllardan beri dünya genelinde ilgiyle takip edilen bir literatüre sahip olsa da, ortak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Bunun nedeni her bir hastanın kendilerine ait farklı görüşlere sahip

olmasından kaynaklanmaktadır (Baltaş, 2013). Hasta memnuniyeti; hizmeti verenlerin yeterliliğini, iletişim özelliklerini, hasta ile etkileşimlerini, hizmetin sunumunu, varlığını ve sürekliliğini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Yılmaz, 2001). Başka bir tanımda ise müşterilerin talep ve beklentilerinin karşılanarak, bu talep ve beklentilerin üzerinde hizmet verilmesi olarak ifade edilmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Bunun sonucu olarak, müşteri aynı işletmeyi tekrar tercih edecek ve çevresine tavsiyelerde bulunarak ağızdan ağıza pazarlama yoluyla işletmenin tanıtımı gerçekleşecektir.

Hasta memnuniyetinin genel olarak anketle ölçülmesi, anket sorularının hangi boyutlar üzerinde memnuniyeti tanımlandığı ve hangi faktörlerin memnuniyet algısını etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmalar sağlık işletmelerine hizmet kalitesi ve memnuniyet ile ilgili önemli bilgiler vermektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının da memnuniyete olumlu ya da olumsuz etki eden davranışlarının neler olduğunu ortaya çıkararak ölçülmesine imkan sağlamaktadır. Hizmet algısının tecrübelerle somutlaşması, gözleme dayalı işbaşı değerlendirmeleri ve hangi davranış biçimlerine odaklanılması gerektiği konusunda yol gösterici olmaktadır. Hasta memnuniyeti ölçüm sonuçları ise sağlık işletmeleri için hizmet performansını artırmaya yönelik sonuçları izlemeye yardımcı olmaktadır (Baltaş, 2013).

Hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyleri arttıkça hasta sadakat oranı da artmaktadır. Araştırma sonuçları, genel olarak hasta sadakatinin en önemli belirleyicisini hasta memnuniyetinin oluşturduğunu göstermektedir. Steiber ve Krowinski tarafından yapılan çalışmada kalite, memnuniyet ve hasta sadakati arasında yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır (MacStravic, 1991; Steiber ve Krowinski; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).



Şekil 2.5. Memnuniyet, kalite ve sadakat arasındaki ilişki

Kaynak: Steiber, Krowinski,1990 akt: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012.

Hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde olumlu etkisi vardır (Baltaş, 2013). Hasta memnuniyetini tüm hastane departmanları ve hizmetlerinde artırmak için hizmet mükemmelliğinin işletmede bir kültür olarak benimsenmesinin sağlanması, ayrıca idari planlama, kaliteli iletişim, organizasyon ve en önemlisi liderlik yeteneğine önem verilmesi gerekmektedir (Zaim ve Tarım, 2010). Hasta sadakati, hastane tarafından desteklenmeli ve uygulanan pazarlama stratejileri içinde önemli bir yer tutmalıdır. Ayrıca, müşteriler ile direkt iletişimde bulunan hastane çalışanları bu konuda işe alınmadan önce eğitime tabi tutulmalıdırlar (Tengilimoğlu ve Sezgin, 2005).

Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığınca hazırlanan, “Her Branşta İlk 100 Hastane – 2017 Yılı Ocak- Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri” başlıklı araştırmanın verilerine göre, 2017 yılı Ocak ve Ekim ayları arasında ülkemizde 295.808.057 muayene ve 7.721.584 de yatarak tedavi gerçekleşmiştir. Yalnızca 688 kamu hastanesine toplam 357.748.167 başvuru yapılmıştır (KHGM,2017: 19). Sağlık Bakanlığının 2017 istatistik yıllığına göre, hekime başvuru sayısı toplam 718.924.809 olmuştur (SB, 2018: 5). Bu başvurular 80 milyonluk nüfusa oranlandığında en az 8.9 kez hastaneye başvuru yapıldığı görülmektedir. Muayene ve yatarak tedavi sayıları ile birlikte her hastanın yanında en az bir refakatçi hesap edildiğinde bu rakamlar 2 katına çıkmaktadır. Hastaneler hasta sadakatini elde etmek için öncelikle hasta memnuniyetini sağlamayı amaç edinmek zorundadırlar. Hastaneye yapılan başvuru sayıları da göz önüne alındığında ağızdan ağıza pazarlamanın önemi de kaçınılmaz olmaktadır. Sağlık kurumları bu pazarlama yöntemi ile de olumlu tanıtım yapılmasını sağlamak zorundadır. Hatta 2016

yılına göre sağlık kurumları sayılarında artışlar yaşanmış 2017 yılında toplam sağlık kurumu sayısı; 33.193'ten 34.110'a yükselmiştir. Hastane sayısı ise bir önceki yıla göre yapılan 8 yeni hastane ile 1.510'dan 1.518'e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 879, üniversite hastane sayısı 68, özel hastane sayısı ise 571 olmuştur (SB, 2018: 3). Böylesi rekabetin yoğun olduğu bir alanda varlığını devam ettirebilmesi, iç ve dış müşterilerini memnun etmeye çalışması, kendi karlılığını artırarak bunun sürekli olmasını sağlaması, kaliteli hizmet sunması, pazarlama alanında da diğerleri arasında öncelikli seçilebilen, beklentileri en iyi şekilde karşılayabilen sağlık kurumu olmaya çalışması yaşamsal olarak zorunlu hale gelmiştir.

Hastaneler, artan rekabet ortamında sadakat ve memnuniyeti sağlamak için hasta odaklı, ulaşılabilir ve güvenilir olmayı, deneyimli çalışan, en güncel teknik altyapı, yerinde ve zamanında hastalarına ulaşmayı, hastaların hizmet aldıkları süre boyunca hastane fiziksel ortamında rahat ve güvende olmalarını sağlamayı, etkinliği ve verimliliği artırarak kaliteli hizmet vermeyi hedeflemektedirler (Akbaş, 2014). Hastaneler iç ve dış müşterilerini memnuniyetini sağlamak için çok çaba sarf etmektedirler. Çünkü memnuniyetin sağlanması ile işletme rekabet piyasasında daha sağlam durabilecek, kar marjını artıracak ve tercih edilenler arasında ilk sıralarda olabilecek tek yoldur. Memnuniyet ise kaliteli hizmet ile mümkündür. Hizmette kaliteyi sağlamak, üretimin her safhasında tüm personelin çabası ile oluşmaktadır (Yaşar, 2016). Hastanelerin çevresel değişimlere ayak uydurması, kaynak sıkıntısı çekmemeleri yönünde sorun yaşamamaları için halkla ilişkilere de önem vermeleri gerekmektedir. Çünkü işletmeler iç ve dış çevreleri ve müşterileri ele ilişkilerini kuvvetli tutmaları toplumda güçlü bir imaj oluşturmalarında ve müşteri sadakatini sağlamalarında halkla ilişkiler tekniklerini kullanmaktadırlar (Tengilimoğlu ve Kılıç, 2004). Ayrıca insan kaynakları uygulamaları sağlık sistemindeki müşteri memnuniyeti ile pozitif ilişkilidir. Çalışanların tutumu ve hizmet kalitesi, müşteri memnuniyetini arttırmada kritik başarı faktörleridir. Bu nedenle, çalışanların deneyimleri, hastane için kaliteli bakım sağlamada değerli bir varlıktır (Lee, Lee ve Kang, 2012). Hastalarla ilgilenebilecek iletişim konusunda kalifiye elemanların bulunması, insan ilişkileri konusunda yeterli uzmanların kişilerin sorunları çözme ve vaktinde gerekli olan yardımın yapılması ile ilgili doğru yönlendirme konusunda halkla ilişkilerin işlevi de önem kazanmaktadır (Yaşar, 2016).

Hastanelerde hasta sadakatının sağlanması, bir taraftan hastaların hastane ile ilişkilerini devam ettirmesiyle, diğer taraftan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesiyle sonuçlanacaktır. Sadık bir hasta, sonraki sağlık ihtiyaçlarını da yine aynı sağlık hastaneden karşılayacak ve diğer kişilere tavsiyede bulunacaktır. Söz konusu özel sağlık kurumları olduğunda ise reklam, dağıtım ve faturalandırma giderlerinde önemli oranda azalmalara neden olacaktır. Ayrıca hastanın, hastane hizmetlerinden memnun ve hastaneye sadık olduğu durumda, bu sağlık kurumundan aldığı ürün ya da hizmetlere, diğer sağlık kurumlarının sunduğu ürün ya da hizmetlere ödeyeceğinden daha fazla ödeme yapmaya da hazırdır. Hasta sadakatının sağlanmasında ilk ve en önemli husus şüphesiz hasta memnuniyetidir. Eğer sağlık kuruluşunun sektör içinde güçlü bir yeri varsa, ileri teknoloji kullanıyorsa, hastalarla ilişki ve iletişimleri başarılıysa, bu durumda sağlık kurumunun hasta sadakati oranı da artacaktır (Demirel ve Derin, 2011). Nitekim Garman, Garcia ve Hargreaves (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların aldıkları hizmetlerden tatmin olması ve hekim davranışlarından memnuniyetinin, hastaların hastaneyi tekrar tercih etme niyetlerini ve hasta sadakatini artırdığı bulunmuştur. Sedianingsih ve Prasetyo (2016) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, hasta bağlılığı, güven ve hastaneyi tekrar ziyaret etme arasındaki ilişkiler incelenmiş, güven ve hasta bağlılığının hastaneyi tekrar ziyaret etme niyeti üzerinde önemli ölçüde etkili olduğu görülmüştür. Kurtuluş (2019) tarafından yapılan çalışmada ise hasta deneyimi, tatmini, sadakati, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üç hastaneden 1522 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların hasta sadakati ölçeğinden aldıkları puanların, düşükten yükseğe doğru devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane olarak sıralandığı görülmüştür. Ayrıca çalışmada, hasta deneyiminin, hizmet kalitesinin ve hasta tatmininin sağlık hizmetlerini tekrar kullanma niyeti üzerinde, hasta sadakatının aracı rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamada ve pazar payını artırmada müşteri sadakati önemli faktörlerin başında gelmektedir. Günümüzde, işletmelerin yeni bir müşteriyi elde etmesinin, eski müşterileri elinde tutmasından çok daha fazla maliyetli olduğu bilinmektedir. Bu bakımdan sadık müşteriler, sağlık kurumunun zor pazar koşullarında hayatta kalabilmesinde kritik derecede öneme sahiptir. Rekabetin artması ve yeni müşterilerin kazanılması için katlanılan maliyetlerin yükselmesi, sağlık hizmeti sunucularının dikkatlerini hasta sadakati konusunda daha fazla vermesine neden olmuştur (Arab vd., 2012).

Müşteri sadakatinin sağlık işletmeleri için diğer bir önemi ise hastaların talep ve memnuniyetsizliklerini bildirmeleri durumunda, kurumun önleyici tedbirler almasını sağlayarak hata yapma risklerini azaltmasına yardımcı olmasıdır. Bu sayede kurumda çalışanların da performansları artacaktır. Diğer bir fayda ise sadık hastaların kurumun yaptığı hatalara karşı toleranslarının yüksek olması ve herhangi bir problem karşısında kuruma bunu düzeltmek için fırsat tanınmasıdır (Berkowitz, 2010: 233).

Özetle, işletmelerin müşteri sadakatini sağlamaları sonucu çeşitli faydalar elde edilmektedir. Bunlar; satışların artması, düşük maliyet, müşterilerin üretim ve pazarlama sürecine katılımı ve iç müşterilerin memnuniyetidir. Böyle bir ortamda personel de kendi kurumlarından memnuniyet duyar ve daha verimli çalışır ve işletmeye olumlu imaj katarlar. Çalışan devir hızı azalır yeni çalışanların işletmeye yükleyeceği ek maliyet unsurları azalır (Çoban, 2005).

3. BÖLÜM

MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISI BELİRLEMEYE İLİŞKİN ARAŞTIRMA

Araştırmanın birinci bölümünde tıbbi hatalar, istenmeyen olaylar ve hasta güvenliği kültürü konusunda detaylı bilgiler sunulmuştur. Araştırmanın ikinci bölümünde ise müşteri sadakati kavramı ele alınmıştır. Araştırmanın üçüncü ve son bölümü olan uygulama bölümünde ise hastaların tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusundaki elde edilen görüşleri incelenmiş ve hasta bakış açısıyla müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü açıklanmıştır. Aşağıda araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Yöntem

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın evren ve örnekleme, anket formu ve ölçüm araçları ile verilerin analizinde kullanılan yöntemler hakkındaki bilgilere yer verilmiştir.

3.1.1. Evren ve Örneklem

Sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almış ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak isteyen hastaların katıldığı bu araştırmada veriler, kolayda örneklem yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmada yer alan katılımcılar 2018 yılı Ankara ilinin merkez bölgesinde bulunan özel hastanelerden yatarak ve ayaktan sağlık hizmeti almış kişilerden oluşmuştur.

Örneklem Büyüklüğünün Hesabı;

Evrendeki kişi sayısı biliniyor ise aşağıdaki formül kullanılır.

$$n = [Nt^2 * pq] / [d^2 * (N-1) + t^2 * pq]$$

Söz konusu formülde;

N = Hedef kitledeki (evrendeki) birey sayısını,

n = Örneklem alınacak birey sayısını (örneklem hacmi),

p = İncelenen olayın oluş sıklığını (gerçekleşme olasılığı),

q = İncelenen olayın olmayış sıklığını (gerçekleşmeme olasılığı),

t = Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosundan bulunan teorik değeri,

d = Olayın oluş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örnekleme hatasını göstermektedir.

Örneklem Hesabı;

$N=32,835$, $t=1.96$, $p=0,5$, $q=0,5$, $d=0,05$

$n=(32,835*(1,96)^2*0,5*0,5)/((0,05)^2*(2205-1)+ (1,96)^2*0,5*0,5)=380$

Bu formüle göre, hastaneye başvuran (ayakta ve yatarak tedavi hizmeti alan) toplam 32,835 hasta için %95 güvenirlilik ve 0,05 örneklem hatası ile örneklem büyüklüğü 380 olarak hesaplanmıştır.

3.1.2. Anket Formu ve Ölçüm Aracı

Araştırmada kullanılan veriler anket kullanılarak elde edilmiştir. Bu anket, hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra sahip oldukları hasta güvenliği algıları ve müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ankette yer alan sorular beşli likert tipinde değerlendirme seçeneğine sahiptir (1- Kesinlikle Katılmıyorum 5- Kesinlikle Katılıyorum).

Anketin oluşturulması, geniş bir literatür incelenmesi ve uzun bir araştırma süreci sonunda gerçekleştirilmiştir. Araştırma safhasında hasta güvenliği kültürünü sağlık çalışanları açısından ölçen çok sayıda çalışma ile karşılaşmıştır. Buna karşın hasta açısından değerlendiren çok az çalışmada ise bir ölçek kullanılmaksızın sadece literatür araştırması şeklindeki çalışmalara ulaşılmıştır (Wolosin, Vercler ve Matthews, 2006; Longtin vd., 2010; Vincent ve Coulter, 2002). Hasta güvenliği kültürü algısı ile ilgili hastaların bakış açısını kapsayan iki çalışmaya ulaşılmıştır. sözkonusu çalışmaların ölçeklerinden yararlanabilmek adına çalışma sahiplerine e-posta yolu ile ulaşılmış ve gerekli izinler alınarak, çalışmamızda kullanılmıştır.

Anketin A Bölümünde, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca genel deneyimlerini ölçmek amacıyla oluşturulmuş 24 ifadeden oluşan bir ölçek bulunmaktadır. İlk 11 ifade Monaca ve arkadaşlarının 2017 yılındaki çalışmasından alınmıştır. “Assessing Patients’ Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients’ Perceptions of Safety Culture Scale” isimli çalışmada geliştirilmiştir. Bu

ifadeler “güvende hissetme, bilgi akışı, takım çalışması (özel alanlar içinde / arasında), hastalarla iletişim, bakım ekibinde iletişim, personel durumu” altı boyut altında belirlenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda 11 ifade tek bir boyut altında toplanmıştır. Çalışmada bu ölçek Hastaların Güvenlik Kültürü Algıları ölçeği (PaPSC scale) olarak isimlendirilmiştir.

Ölçekteki 11.-22. ifadeler arasında bulunan 10 ifade ve anketteki B Bölümü, C Bölümü ve D Bölümü ise Méndez ve arkadaşları tarafından (2017) “Patients’ perception of safety in four hospitals in Tamaulipas, Mexico” isimli çalışmada geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali İspanyolca olduğundan anadili İspanyolca olan çevirmenler tarafından kurallarına uyularak Türkçeye çevrilmiştir. Yapılan Türkçe çeviri tekrar uzmanlar tarafından orijinaline uygunluğu kontrol edilerek ölçeğe son hali verilmiştir. Çalışma 630 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Méndez ve arkadaşları tarafından oluşturulan ölçek, Badia ve arkadaşlarının (2010) hastane ortamında sağlık bakımında hastaların güvenlik algısını (PSHC) ölçeği anketten uyarlanarak kullanılmıştır.

23, 24 ve 25. ifadeler hasta sadakatini ölçmek amacıyla Erdem ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi” isimli çalışmadan alınmıştır.

Yukarıda anlatılan iki çalışmada kullanılan iki farklı ölçek, bu çalışmada tek bir ölçek olarak değerlendirilmiştir. Bu iki ölçekte yer alan ifadelerden her biri diğerinden farklı olduğundan ölçekten hiçbir soru çıkarılmamıştır.

Anketin B Bölümünde, hastanın hastanede bulunduğu süreçte herhangi bir klinik hata yaşayıp yaşamamasına ilişkin, evet / hayır şeklinde iki yönlü cevap seçenekleri olan yedi ifade bulunmaktadır.

Anketin C Bölümünde, hastalar beş puanlık bir likert ölçeği ile klinik hata konusundaki deneyimlerini yansıtan yedi ifade bulunmaktadır.

Anketin D Bölümünde, hastaneye yattığı süre boyunca aldığı sağlık hizmetinin hastaya vermiş olduğu güvenlik duygusunu en iyi tanımlayan yedi seçenek verilmiş ve hastadan bunlardan birini işaretlemesi istenmiştir.

Anketin sonunda hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumunun sorulduğu demografik değişkenler yer almaktadır.

3.1.3. Verilerin Analizi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS Amos 21 programlarına aktararak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan “Müşteri Sadakati Açısından Hasta Güvenliği Kültürü” ölçeğinin yapı geçerliğini incelemek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. DFA sonucuna göre ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ölçek puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için ölçek puanlarına Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem t Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün, müşteri sadakati üzerindeki etkisini belirleyebilmek için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

3.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), çok değişkenli istatistiki süreçlerdendir. DFA, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde tımdengelim stratejisi söz konusudur ve araştırmanın hangi değişkenlerin birlikte faktörleşeceği önermesi bulunmaktadır. Bu çerçevede başlatılmış olan istatistiksel süreçte, değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derecede uyduğu belirlenilmeye çalışılmaktadır (Alpar, 2013: 289).

Teorik olarak tanımlanan yapıya göre ölçüm modeli oluşturulur. Modelin oluşturulmasından sonra DFA yapılır ve metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşması yönünde kontrol edilir. Ancak genel beklenti kuramsal olarak birbirleriyle ilişkili olan boyutlardan oluşturulan ilişkisiz modelin uyum değerlerinin iyi çıkmayacağı yönündedir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekmektedir ve faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilmelidir (Meydan ve Şeşen, 2011: 91-92).

3.1.5. Model Uyum İndeksleri

Araştırma analizinde kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve bunların model uyum iyiliği artırmada nasıl kullanıldıkları aşağıda açıklanmıştır.

Mutlak Uyum İndeksleri

Mutlak uyum indeksleri, öncü modelin örneklem verisine ne kadar uyduğunu belirlemek için kullanılır (McDonald ve Ho, 2002). Önerilen modellerin hangisinin en iyi uyuma sahip olduğunu gösterir. Bu indeksler veri ile modelin uyumunda en temel işaret olarak kabul edilir. Diğer indekslerin hesaplanmasında olduğu gibi bir temel model ile karşılaştırma yapılmaz, modelin başka hiçbir model ile karşılaştırmadan ne kadar uyum sağladığını gösterir (Jöreskog and Sörbom, 1993). Bu kategoride Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, AGFI, RMR ve SRMR indeksleri bulunur.

a) Ki-Kare Testi

Ki-kare (χ^2) değeri tüm modelin uyumunda kullanılan geleneksel ölçüm aracıdır. Uyum kovaryans matrisleri ile örneklem arasındaki uyumsuzluğun düzeyini değerlendirmeye yarar (Hu ve Bentler, 1999: 2). Ki-kare istatistiği, uyum kötülüğü veya uyum eksikliği olarak da adlandırılır (Kline, 2005; Mulaik vd., 1989). Uyum istatistiği olarak bilinmekle birlikte kullanımında birtakım sınırlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle bu test çoklu normallik varsayımından hareket eder ve normal dağılımdan ciddi sapmalar olduğunda model çok iyi belirlense bile reddedilmesi sonucu verir (McIntosh, 2006). İkinci olarak, ki-kare istatistiği bir istatistiki önem testidir ve örneklem büyüklüğüne karşı duyarlıdır. Yani ki-kare

istatistiği büyük örneklerde neredeyse her zaman modelin reddedilmesi sonucu verir (Bentler ve Bonnet, 1980; Jöreskog ve Sörbom, 1993). Öte yandan, küçük örneklerde güç eksikliği gösterir ve bu nedenle iyi uyum sağlayan ile kötü uyum sağlayan modelleri birbirinden ayıramayabilir (Kenny ve McCoach, 2003). Bu kısıtlılıklar nedeniyle ki-kare alternatifleri aranmıştır. Örneklem büyüklüğünün modelin ki-karesi üzerindeki etkisini en aza indiren istatistiklere örnek olarak karşılaştırmalı/kurallı ki-kare verilebilir. Bu istatistiki için kabul eşik değeri üzerinde bir fikir birliği olmamakla birlikte 5 ile 2 arasında olması önerilmektedir (Wheaton vd., 1977; Tabachnick ve Fidell, 2007).

b) Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), raporlanan ikinci uyum istatistiğidir. Bilinmeyen ancak optimal seçilen parametre tahminlerini inceleyerek modelin evren kovaryans matrisine uyumunu ölçer (Byrne, 1998). Modelde tahminlenen parametre sayısına duyarlı oluşu nedeniyle en çok bilgilendiren indekslerden biri olarak görülür (Diamantopoulos ve Siguaw, 2000: 85). RMSEA sıkılık desteklediğinden daha az parametrelili modeli seçer. İyi bir uyum için eşik değerler olarak 0,05 ile 0,10 kabul edilmiştir. 0,10'dan büyük değerler kötü uyum gösterir (MacCallum vd., 1996).

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'nün en büyük avantajlarından biri yakın değerlerde güven aralığı hesaplanabilmesidir (MacCallum vd., 1996). Bilinen istatistik değerler dağılımı sayesinde bu mümkündür ve sıfır hipotezi (kötü uyum) testinin daha kesin olarak yapılmasına da olanak tanır. İyi bir model uyumunda RMSEA alt değeri 0'a yakın, üst değeri 0,08 den az olmalıdır.

c) Uyum İyiliği İstatistiği ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İstatistiği

Uyum iyiliği istatistiği (GFI), ki-kare testine alternatif olarak geliştirilmiştir. Evren kovaryansı tahmini üzerinden varyans oranını hesaplar (Tabachnick ve Fidell, 2007). Modelin varyanslarına ve kovaryanslarına bakarak modelin gözlenen kovaryans matrisine ne kadar yaklaştığını gösterir (Diamantopoulos ve Siguaw, 2000). Örneklem büyüdükçe değeri artar 0 ile 1 arasında değerler alır. Örneklem büyüklüğü ile kıyasla serbestlik düzeyi büyükse GFI düşme eğilimine, parametre sayısı veya örneklem büyüklüğü arttıkça

yükselme eğilimine girer (Bollen, 1990; Miles ve Shevlin, 1998). Tavsiye edilen eşik değeri 0,90'dır. Faktör yükleri ve örneklem azaldıkça 0,95 daha uygundur.

Düzeltilmiş Uyum İyiği İstatistiği (AGFI), uyumu azalan doymuş modellerde serbestlik derecesine göre GFI'nın düzeltilmiş halidir (Tabachnick ve Fidell, 2007). AGFI örneklem büyüklüğü arttıkça artma eğilimindedir. 0 ile 1 arasında eşik değerler kabul edilir. Uyumlu modellerde 0,90'dan büyük olması istenir. Her iki indekste tek başlarına yeterli görülmezler ancak kovaryans yapı analizlerinde geçmişten günümüze kullanılırlar (Chau ve Hu (2001).

d) Ortalama Hataların Karekökü ve Standardize Ortalama Hataların Karekökü İndeksi

Ortalama Hataların Karekökü (RMR) ve Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR), gözlenen ve tahmin edilen kovaryanslar arasındaki farkın kare köküdür. RMR büyüklüğü her bir indikatörün ölçeği üzerinden hesaplanır. Eğer soru formunda bir ile beş arasında ve bir ile yedi arasında değişen değerler varsa bu durumda RMR nin yorumlanması güçleşir (Kline, 2005). SRMR bu sorunu çözer ve yorumlamayı kolaylaştırır. SRMR sıfır ile bir arasında değerler alır. 0,08 kabul edilebilir bir değerdir ancak iyi uyumlu modelde bu değer 0,05 den küçüktür (Jöreskog and Sörbom (1989) ve Kline (1998)). SRMR ın sıfır değeri alması mükemmel uyum demektir.

Marjinal Uyum İndeksleri

Karşılaştırmalı veya göreceli uyum indeksleri olarak da bilinirler. Ki-kare ve onun ham formlarını kullanmayıp ki-kare değerini temel model ile karşılaştırırlar. Bu modellerde sıfır hipotezi, tüm değişkenler arasında ilişki yoktur, şeklindedir (McDonald ve Ho, 2002).

a) Normlaştırılmış Uyum İndeksi ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi

Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), teori sonucu oluşturulan ve parametre değerleri üretilen modelin, baseline yani olabilecek en kötü modele (genellikle de independence model) kıyasla ne kadar iyi olduğunu değerlendirir. Örneklem büyüklüğüne karşı duyarlıdır. 200'den az örneklemelerde uyumu düşük gösterir ve tek başına kullanılması önerilmez (Kline, 2005). Daha basit modeller tercih eden Normlaştırılmamış Uyum İndeksi

NNFI (TLI) bu sorunu düzeltir. Buna rağmen diğer indekslerin iyi uyum verdiği küçük örneklemelerde NNFI kötü uyum verebilir (Bentler, 1990; Kline, 2005; Tabachnick ve Fidell, 2007). NFI sıfır ile bir arasında değerler alır. 0,95'in üzerindeki değerler modelin iyi uyumunu, 0,90'ın üzerindeki değerler ise modelin kabul edilir uyumunu belirtir (Bentler ve Bonnet, 1980).

b) Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (NFI), indeksinin örneklem büyüklüğünü dikkate alarak revize edilmiş halidir. Örneklem çok küçük olduğunda bile doğru sonuçlar verdiği için çok yaygın olarak Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) analizlerinde kullanılır. NFI gibi tüm gizil değişkenlerin ilişkisiz (sıfır-bağımsız model) olduğunu varsayar ve örneklem kovaryans matrisiyle sıfır modelini karşılaştırır. 0 ile 1 arasında değerler alır. CFI değerinin 0,95'ten büyük olmasını Bollen ve Lennox (1991) önerirken, Bagozzi ve Yi (1988) bu değerin 0,90 ve hatta 0,80'den büyük olmasının kabul edilebileceğini belirtmiştir.

c) Raporlanması Gereken İndeksler

Yapısal Eşitlik Modellemesi analiz sonuçlarında en çok raporlanan uyum indekslerinin CFI, GFI, NFI ve NNFI olduğu bilinmektedir (McDonald and Ho 2002). Fakat raporlanacak indekslerin seçiminde değişmeyen bir kural yoktur. İndeksin çok yaygın kullanılmasından çok farklılık yansıtmasına bakılmalıdır (Crowley and Fan 1997). Farklı yönleri yansıtan indeksler model uyumuna farklı yönlerden bakacağı ve daha sağlam bir uyuma işaret edeceği varsayılmaktadır.

Aşağıda Çizelge 3.1.'de tüm eşik değerler özetle listelenmiştir.

Çizelge 3.1. Ölçüm Modelinin Uyum İyiliği Değerleri

	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
AGFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

Kaynak: Meydan ve Şeşen, 2011; Şimşek, 2007; Kline; 1998,2011; Jöreskog and Sörbom, 1989; Bagozzi and Yi, 1988; Bollen and Lennox, 1991.

3.1.6. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik, elde edilmiş olan ölçümler üzerindeki yorumlar ile daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder ve Güvenilirlik Analizi ölçmede kullanılan test, anket veya ölçeklerin özelliklerini ve güvenilirliklerini değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenilirlik Analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte bulunan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir (Kalaycı, 2010: 403). Bir bireyin bir olaya karşı tutum ve davranışları ölçekte bulunan k sayıda soruya verdiği cevapların değerleri (puan, skor) toplanarak bulunuyorsa bu ölçekte bulunan soruların birbirleriyle yakınlıklarının derecesini belirlemek amacıyla güvenilirlik analizi yapılır. K soru bulunduran aracın bütün sorularının bir fenomeni açıklamada yardımcı tipte olması gerekir ve bu durum soruların birbirleri ile yüksek korelasyon göstermelerini gerektirir. Bu korelasyonlardan veya kovaryanslardan yola çıkılarak güvenilirlik ölçüleri geliştirilmiştir (Özdamar, 2002: 663).

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa Yöntemi): Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir ve

alfa yöntemi ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olur (Özdamar, 2002: 663). Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibidir (Kalaycı, 2010: 405):

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşük

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen ölçek yapısının güvenilirliğini belirlemek amacı ile Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Sonuçlar Çizelge 3.2’de sunulmuştur.

Çizelge 3.2. Müşteri Sadakati Açısından Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Düzeyi
Hasta Güvenliği Kültürü	21	0,962	Yüksek Derecede Güvenilir
Müşteri Sadakati	3	0,894	Yüksek Derecede Güvenilir

Çizelge 3.2. incelendiğinde; uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda 21 maddeden oluşan “Hasta Güvenliği Kültürü” ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,962$), üç maddeden oluşan “Müşteri Sadakati” ölçeğinin de yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,894$) olduğu görülmüştür.

3.1.7. Normallik Testi

Araştırmada verilerin analizinde hangi testlerin (parametrik ya da parametrik) kullanılacağını belirlemek amacıyla, verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına bakılarak karar verilmiştir. Çizelge 3.3

incelendiğinde, her iki ölçek için de anlamlılık değeri $>0,05$ olduğundan, analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Çizelge 3.3. Normallik Testi Bulguları

	Kolmogorov-Smirnov	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık Düzeyi
Hasta Güvenliği	0,112	382	0,061
Müşteri Sadakati	0,224	382	0,055

3.2. Araştırmanın Bulguları

Araştırma verilerinin analiz süreci yedi başlık atında incelenmiştir. İlk olarak demografik özelliklerin dağılımları ve tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. İkinci aşamada ölçme aracı olarak kullanılan müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü ölçeği doğrulayıcı faktör analizi ile veriye uyumlu hale getirilmiş ve üçüncü aşamada cronbach alfa katsayısı ile ölçeğin güvenilirliği incelenmiştir. Dördüncü aşamada hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile; beşinci aşamada ise hasta güvenliği kültürünün, müşteri sadakati üzerindeki etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. Son olarak demografik özellikler, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamalarına göre karşılaştırılmıştır.

Aşağıda, hasta güvenliği konusunun müşteri sadakati bağlamında incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.2.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan bireylerin (N=382) demografik özellikleri, Çizelge 3.4’de frekans ve yüzdelik değerleri ile sunulmuştur.

Çizelge 3.4. Demografik Özelliklerin Dağılımları

	N	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	252	66,0
Erkek	130	34,0
Yaş Grubu		
18-24 yaş	68	17,8
25-34 yaş	110	28,8
35-44 yaş	114	29,8
45-54 yaş	53	13,9
55 yaş ve üzeri	37	9,7
Medeni Durum		
Evli	195	51,0
Bekar	187	49,0
Eğitim Durumu		
İlk/Ortaöğretim	63	16,4
Ön Lisans	79	20,7
Lisans	172	45,0
Lisansüstü	68	17,8

Araştırma kapsamındaki katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 3.4’de incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin %66,0’ı (n=252) kadın iken %34,0’ı (n=130) erkektir.

Katılımcılar yaş bakımından incelendiğinde, %17,8’i (n=68) 18-24 yaş aralığında iken %28,8’i (n=110) 25-34 yaş aralığında, %29,8’i (n=114) 35-44 yaş aralığında, %13,9’u (n=53) 45-54 yaş aralığında, %9,7’si (n=37) ise 55 yaş ve üzerindedir. Yaşları bakımından 45-54 ve 55 yaş üstü katılımcı sayısı diğer yaş gruplarına göre daha az olsa da en çok katılımcı sayısı 25-34 ve 35-44 yaş aralığındadır.

Katılımcılar medeni durum bakımından incelendiğinde, %51,0’ı (n=195) evli iken %49,0’ı (n=187) bekarıdır. Evli ve Bekar katılımcı sayısı birbirine yakındır.

Katılımcılar eğitim durumu bakımından incelendiğinde, %16,4'ü (n=63) ilk/ortaöğretim mezunu, %20,7'si (n=79) ön lisans, %45,0'ı (n=172) lisans mezunu, %17,8'i (n=68) ise lisansüstü mezunudur.

Bu sonuca göre katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımları incelendiğinde, çoğunlukla Kadın, 25-34 ve 34-44 yaş aralığında, evli ve lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.5'te araştırmaya katılan bireylerin hastanedeki süreçte yaşadıkları problemlere göre dağılımları verilmiştir.

Çizelge 3.5. Hastanede Bulunulan Süreçte Yaşanılan Problemlere Göre Dağılımlar

Hastanede bulunduğunuz süreçte aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?		Evet		Hayır	
		N	%	N	%
M1	Hastanedeysen bir enfeksiyon geçirdim.	28	7,3	354	92,7
M2	Hastanedeysen ilaç, yiyecek, tıbbi malzeme veya kan nakli nedeniyle alerjik bir reaksiyon geçirdim.	18	4,7	364	95,3
M3	Asıl tedavim dışında beklenmedik bir ameliyat yapıldı.	18	4,7	364	95,3
M4	Hastanedeysen düşme, kırık ya da bir yaralanma geçirdim.	23	6,0	359	94,0
M5	Sağlık personeli teşhisinde hata yaptı.	23	6,0	359	94,0
M6	Hastanedeysen yanlış bir ilaç verildi.	17	4,5	365	95,5
M7	Hastanedeysen başka bir hasta ile karıştırıldım.	20	5,2	362	94,8

Çizelge 3.5. incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin Hastanede bulundukları süreçte problem yaşayanların toplam sayısı, 147'dir. 235 kişi ise herhangi bir problem yaşamamıştır. Problem yaşayan bireylerin %7,3'ü hastanedeysen bir enfeksiyon geçirmiş iken %4,7'si hastanedeysen ilaç, yiyecek, tıbbi malzeme veya kan nakli nedeniyle alerjik bir reaksiyon geçirmiş, %4,7'sine asıl tedavisi dışında beklenmedik bir ameliyat yapılmış, %6,0'ı hastanedeysen düşme, kırık ya da bir yaralanma geçirmiş, %6,0'ında sağlık personeli teşhiste hata yapmış, %4,5'ine hastanedeysen yanlış ilaç verilmiş, %5,2'si ise hastanedeysen başka bir hasta ile karıştırılmıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde,

Hastanedeleyen enfeksiyon geçiren hasta sayısı (28), diğerk problem yaşayan hasta sayısına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.6’da Araştırmaya katılan bireylerin hastaneden sağlık bakım hizmeti alma sürecinde maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin cevaplarının dağılımları verilmiştir.

Çizelge 3.6. Hastaneden Sağlık Bakım Hizmeti Alma Sürecinde Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadelere Verilen Cevapların Dağılımları

Hastaneden sağlık bakım hizmeti alma sürecinde genel olarak		Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C1	Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi.	19	25,7	20	27,0	14	18,9	13	17,6	8	10,8
C2	Klinik hata memnun edici bir biçimde zmlendi.	12	16,2	21	28,4	15	20,3	16	21,6	10	13,5
C3	Klinik hata hızlı bir biçimde zmlendi.	7	9,5	17	23,0	26	35,1	14	18,9	10	13,5
C4	Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açıktı.	8	10,8	18	24,3	13	17,6	29	39,2	6	8,1
C5	Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı.	11	14,9	16	21,6	11	14,9	22	29,7	14	18,9
C6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.	10	13,5	17	23,0	18	24,3	18	24,3	11	14,9
C7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.	7	9,5	25	33,8	15	20,3	12	16,2	15	20,3

Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadelere verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların “Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi”. İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde (%52.7) yüksek düzeyde

olduğu görülmektedir. Katılımcılar bu ifadeye büyük oranda katılmıyorum ifadesine yakın şekilde cevap vermiştir.

“Klinik hata memnun edici bir biçimde çözümlendi.” İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde katılımcıların (%44.6) çoğunlukla katılmıyorum ifadesine yakın şekilde cevap vermiştir.

“Klinik hata hızlı bir biçimde çözümlendi.” İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde katılımcıların (%35.1 kararsız, %32.5 katılmıyorum, %32.4 katılıyorum oranları ile) birbirlerine çok yakın cevap vermiştir.

“Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açıktı”. İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların (%47.3) çoğunlukla katılıyorum şeklinde cevap vermiştir.

“Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı”. İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların (%48.6) çoğunlukla katılıyorum ifadesine yakın şekilde cevap vermiştir.

“Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi”. İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların (%39.2) ile çoğunlukla katılıyorum şeklinde cevap vermiştir.

“Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi”. İfadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların (%43.3) ile çoğunlukla katılmıyorum şeklinde cevap vermiştir.

Ortalamalar incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcılar, hastanede maruz kaldıkları olaylar sırasında, klinik hataların hızlı bir biçimde tespit edilerek, memnun edici bir biçimde çözümlenmesi konusunda olumsuz düşünmektedirler. Ayrıca hatanın tekrar etmemesi için sağlık personelinin gereken adımların atılacağı konusunda hastalara daha fazla bilgi vermesi gerektiği görülmüştür. Ancak hastaların da karar verme sürecine katılabileceği, klinik hatalar hakkında hastane personelinin bilgilerinin olması ve hastalardan özür dilenmesine ilişkin olumlu görüşler söz konusudur.

Çizelge 3.7’de Araştırmaya katılan bireylerin Hastaneden sağlık bakım hizmeti alma süreci boyunca Alınan Sağlık Hizmetinin Vermiş Olduğu Güvenlik Duygusunu En İyi Tanımlayan Cevapların Dağılımları verilmiştir.

Çizelge 3.7. Hastaneden Sağlık Bakım Hizmeti Alma Süreci Boyunca Alınan Sağlık Hizmetinin Vermiş Olduğu Güvenlik Duygusunu En İyi Tanımlayan Cevapların Dağılımı

	N	Yüzde (%)
Çok Güvenli	55	14,4
Oldukça Güvenli	177	46,3
Biraz Güvenli	88	23,0
Ne Güvenli Ne Güvensiz	40	10,5
Biraz Güvensiz	5	1,3
Oldukça Güvensiz	13	3,4
Çok Güvensiz	4	1,0

Çizelge 3.7 incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin %14,4’ü (55) Hastaneden sağlık bakım hizmeti alma süreci boyunca alınan sağlık hizmetinin çok güvenli olduğunu düşünmekte iken %46,3’ü oldukça güvenli, %23,0’ı biraz güvenli, %10,5’i ne güvenli ne güvensiz, %1,3’ü biraz güvensiz, %3,4’ü oldukça güvensiz ve %1,0’ı ise çok güvensiz olduğunu düşünmektedir. Bu sonuca göre katılımcılar, Özel hastanelerden aldıkları sağlık hizmetlerinin güvenli olduğunu düşünmektedirler.

Çizelge 3.8’de Hasta Güvenliği Kültürü Puanı ve Müşteri Sadakati Puan ortalamaları ve standart sapma sonuçları verilmiştir.

Çizelge 3.8. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan İstatistikleri

Alt Boyutlar	Min – Maks	Ort±SS
Hasta Güvenliği Kültürü Puanı (HGK)	1,24-5,00	3,79±0,792
Müşteri Sadakati Puanı (MS)	1,00-5,00	3,79±0,933

Çizelge 3.8 incelendiğinde; hasta güvenliği kültürünün puan ortalaması ve standart sapması $3,79 \pm 0,792$ iken müşteri sadakati puan ortalaması ve standart sapması ise $3,79 \pm 0,933$ 'tür. Bu değerler, hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati konusunda tüketicilerin orta değer üzerinde bir puan aldıklarını göstermektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

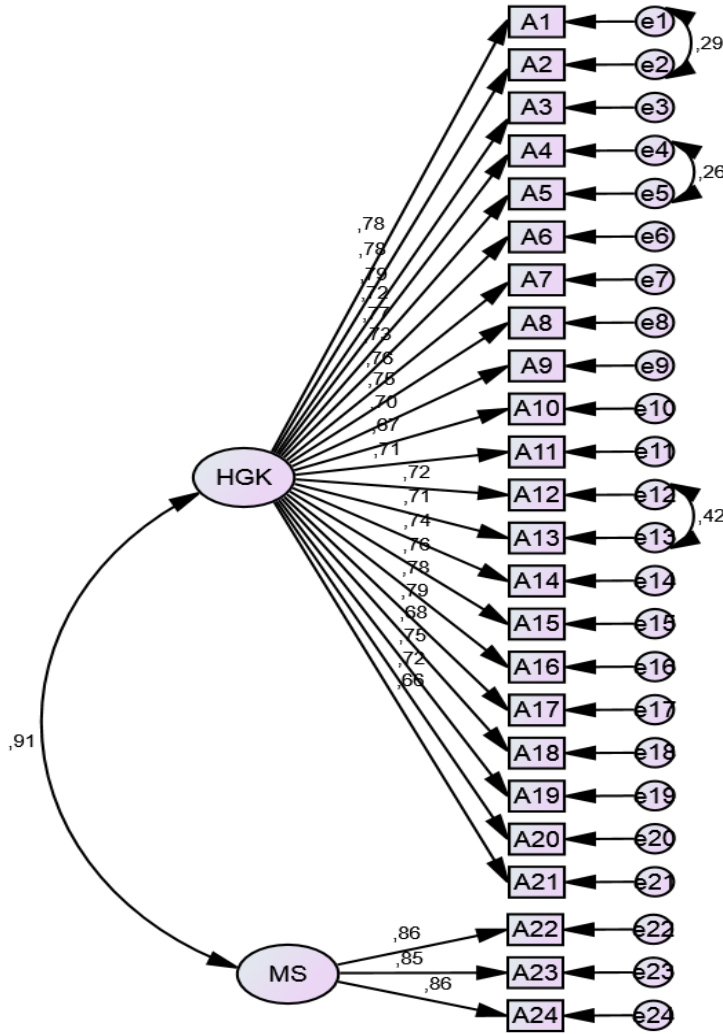
Doğrulayıcı faktör analizi, açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi hem kanıtsal sonuçların yeniden irdelenmesini hem de açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen hipotetik yapıların denetlenmesi işlevini yerine getirir (Özdamar, 2013:236). Buna göre; hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların verdikleri cevaplara göre müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü ölçeği Doğrulayıcı faktör analizi ile yeniden irdelenerek verilere uyumlu hale getirilmiştir. Sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Müşteri Sadakati Açısından Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Araştırma sorularında bulunan 24 madde ve 2 alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüş ve bu nedenle model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiş ve modele katkısı olmayan madde görülmemiştir. Bu nedenle ikinci aşamada modifikasyon indeksleri tablosuna bakılmış, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri ("M.I."değerleri) incelenmiştir. En yüksek "M.I." değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak ($e1 \leftrightarrow e2$, $e4 \leftrightarrow e5$, $e12 \leftrightarrow e13$) model yürütülmüştür. Modelin uyum indeks değerleri de incelenerek ölçüm modelinin doğrulandığı görülmüştür (Çizelge 3.9). Sonuç olarak doğrulanan ölçüm modeli aşağıda (Şekil 3.1) sunulmuştur.

Şekil 3.1'de 24 madde ve 2 alt boyut ile doğrulanan ölçüm modeli incelendiğinde, alt boyutların hangi maddelerden oluştuğunu ve diğer yandan tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayılarını yani başka bir deyişle faktör yüklerini

görmekteyiz. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,400'ün altında değer bulunmadığı görülmüştür. Buna göre; A3 ifadesinin 0,79'luk değeri ile hasta güvenliği kültürünün en güçlü göstergesi, A22 ve A24 ifadesinin ise 0,86'lık değeri ile müşteri sadakatinin en güçlü göstergesi olduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 3.1. Müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ölçüm modeli

Modelde yer alan gözlenen değişkenlerle bağlı oldukları boyutlar arasında yer alan tek yönlü oklarla gösterilen ilişkilere ilişkin regresyon katsayıları çizelge 3.9 da yer almaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayıları faktör analizindeki faktör yüklerine karşılık gelmektedir.

Çizelge 3.9. Ölçüm Modelinin t ve p Değerleri

			Regresyon Katsayısı	Std. Hata	t	P
A8	<---	HGK	0,882	0,055	16,042	***
A9	<---	HGK	0,78	0,053	14,632	***
A10	<---	HGK	0,765	0,055	13,949	***
A11	<---	HGK	0,844	0,056	15,02	***
A12	<---	HGK	0,817	0,054	15,104	***
A13	<---	HGK	0,784	0,052	14,931	***
A14	<---	HGK	0,903	0,058	15,62	***
A15	<---	HGK	0,896	0,056	16,134	***
A16	<---	HGK	0,908	0,055	16,647	***
A17	<---	HGK	0,922	0,054	16,953	***
A18	<---	HGK	0,878	0,062	14,218	***
A19	<---	HGK	0,973	0,062	15,809	***
A20	<---	HGK	0,816	0,054	15,191	***
A21	<---	HGK	0,722	0,053	13,561	***
A7	<---	HGK	0,826	0,051	16,222	***
A6	<---	HGK	0,828	0,054	15,407	***
A5	<---	HGK	0,974	0,059	16,417	***
A4	<---	HGK	0,887	0,058	15,269	***
A3	<---	HGK	0,919	0,054	16,992	***
A2	<---	HGK	0,994	0,050	19,96	***
A1	<---	HGK	1			
A24	<---	MS	1,011	0,046	21,762	***
A23	<---	MS	0,967	0,045	21,442	***
A22	<---	MS	1			

***: $p < 0,001$ Std. Hata=Standart Hata

Çizelge 3.9 da görüldüğü gibi gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yolların (yüklerin) hepsi anlamlı olup, faktör yükü %50 den düşük sadece 2 ifade (A23 ve A24) vardır ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri aşağıdaki çizelge 3.10'da sunulmuştur.

Çizelge 3.10. Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	2,654	≤ 3 (4-5)
GFI	0,874	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,850	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
NFI	0,907	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
NNFI (TLI)	0,940	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,940	$\geq 0,95$ ($\geq 0,90$)
RMSEA	0,066	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,035	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

Çizelge 3.10’da ölçüm modelinin uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiş, modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli değildir. Bu nedenle diğer uyum değerlerine de bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde ise χ^2/sd ve SRMR değerlerinin iyi uyum sağladığını; χ^2/sd , GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI ve RMSEA değerlerinin ise kabul edilebilir uyum sağladığını söyleyebiliriz.

Çizelge 3.10’da verilen Uyum indeksi tablosunda yer aldığı üzere, doğrulayıcı faktör analizi uygulaması sonrasında araştırmamızda Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati ölçeğinin örneklemle uyumlu olduğu belirlenmiştir.

3.2.2. Boyutlar Arasındaki Korelasyonlar

Korelasyon analizi sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için kullanılır. Bu derecenin belirlenmesinde iki temel korelasyon katsayısından (pearson ve spearman) söz edilebilir. Pearson Korelasyon katsayısının kullanılabilmesi için değişkenler sayısal olmalı ve normal dağılmalıdır. Bu nedenle çalışmada ölçme aracı olarak kullanılan hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puanlarının normallik varsayımları incelenmiş ve puanların normal dağıldığı görülmüştür.

Bağımsız değişken olan hasta güvenliği kültürü ile bağımlı değişken olan müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Çizelge 3.11’de hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Değerleri verilmiştir.

Çizelge 3.11. Pearson Korelasyon Değerleri

R	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	r= - ise negatif ilişki r= + ise pozitif ilişki
0,30 – 0,69	Orta	
0,70 – 0,99	Yüksek	
1,00	Mükemmel ilişki	

Kaynak: Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd Ed.) New Jersey: Lawrance Erlbaum.

Çizelge 3.12. Hasta Güvenliği Kültürü ile Müşteri Sadakati Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonucu

	Müşteri Sadakati	
HastaGüvenliği Kültürü	r	0,847
	p	0,000***

*** p<0,001

Çizelge 3.12 incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,847$; $p<0,001$).

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati arasında bulunan yüksek düzeydeki ilişki, hasta güvenliğinin artması ile müşteri sadakati düzeyinin artacağını, tersi durumda da hasta güvenliğinin azalmasının müşteri sadakati düzeyini azaltacağını göstermektedir.

3.2.3. Regresyon Analizi Sonuçları

Regresyon analizinin amacı, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi matematiksel modeller ile açıklayarak bağıntılar bulmaktır. Bağımlı değişken hedef ya da sonuç değişkeni, bağımsız değişken ise hedef ya da sonuç değişkenini etkilediği düşünülen değişkenlerdir. Tüm regresyon analizlerinin temel amacı kestirim yapmak, bağımlı değişkeni etkileyen en önemli bağımsız değişkenleri belirleyebilmek ve önemli olan bağımsız değişkenler yardımıyla bağımlı değişken ile ilgili kestirim yapabilmektir. Çalışmada ise hasta güvenliği kültürü bağımsız değişken, müşteri sadakatini ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Regresyon analizi uygulanmadan önce regresyon varsayımları olan normallik, doğrusallık ve otokorelasyon varsayımları tek tek incelenmiş ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Sonuçlar aşağıdaki Çizelge 3.13'te sunulmuştur.

Çizelge 3.13. Müşteri Sadakatine Hasta Güvenliği Kültürünün Etkisi ve Modeldeki Katsayısının Anlamlılığı

Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	P	B için 95% Güven Aralığı		Tolerans	VIF
						Alt	Üst		
Sabit	0,008	0,124		0,063	0,950	-0,237	0,253		
Hasta Güvenliği Kültürü	0,997	0,032	0,847	31,007	0,000***	0,934	1,060	1,000	1,000

Model Özeti:

$R=0,847$; $R^2=0,717$; Adj. $R^2=0,716$; $F=961,460$; $p=0,000***$

Bağımlı Değişken= Müşteri Sadakatini

***: $p<0,001$

Std. Hata: Standart Hata, Adj. R^2 : Düzeltilmiş R^2

t, F: Test İstatistiği, p: Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.13'te müşteri sadakatine, hasta güvenliği kültürünün etkisini belirleyebilmek için uygulanan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($F=961,460$; $p<0,001$). Müşteri sadakatinde meydana gelen değişimin %71,7'si ($R^2=0,717$) modele dahil ettiğimiz hasta güvenliği kültürü tarafından açıklanmaktadır. Buna göre; hasta güvenliği kültürünün modeldeki katsayısı anlamlıdır ($p<0,001$) ve müşteri sadakatine pozitif etki yapmaktadır. Başka bir ifade ile hasta güvenliği kültürü puanındaki 1 birimlik artış müşteri sadakatini puanında 0,997 (B) birim artışa sebep olmaktadır.

3.2.4. Demografik Özelliklerin Karşılaştırma Sonuçları

Araştırmaya katılan bireylerin hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamalarına göre demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu) arasındaki farklılıklar (puanlar normallik varsayımını sağladığı için) parametrik testler ile incelenmiştir. Buna göre; iki bağımsız grup (örn: cinsiyet) arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup (örn: yaş grubu) arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablolarda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları cinsiyet açısından incelenmesi Çizelge 3.14'te sunulmuştur.

Çizelge 3.14. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Kadınlar ile Erkekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Puanlar	Cinsiyet	n	Ort.	Std. Sapma	t	P
Hasta Güvenliği Kültürü	Kadın	252	3,83	0,801	1,267	0,206
	Erkek	130	3,72	0,774		
Müşteri Sadakati	Kadın	252	3,83	0,913	1,414	0,158
	Erkek	130	3,69	0,969		

Çizelge 3.14 incelendiğinde; uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda, kadınlar ile erkekler arasında hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları yaş grupları açısından incelenmesi Çizelge 3.15'te sunulmuştur.

Çizelge 3.15. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Puanlar	Yaş Grubu	N	Ort.	SS	F	p	Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	18-24 yaş (1)	68	4,01	0,844	5,306	0,000****	2,3-1,4
	25-34 yaş (2)	110	3,65	0,776			
	35-44 yaş (3)	114	3,68	0,767			
	45-54 yaş (4)	53	4,11	0,736			
	55 yaş ve üzeri (5)	37	3,71	0,719			
Müşteri Sadakati	18-24 yaş (1)	68	4,06	0,944	4,094	0,003**	2-1,4
	25-34 yaş (2)	110	3,58	0,962			
	35-44 yaş (3)	114	3,72	0,905			
	45-54 yaş (4)	53	4,04	0,898			
	55 yaş ve üzeri (5)	37	3,76	0,800			

: $p<0,01$ *: $p<0,001$

Yaş gruplarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakatinin farklılaşma durumunun belirlenmesinde Anova testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, yaş grupları arasında hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; 25-34 yaş aralığında ve 35-44 yaş aralığında olanların, hasta güvenliği puan ortalamalarının, 18-24 ve 45-54 yaş aralığında olanların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu; 25-34 yaş aralığında olanların müşteri sadakati puan ortalamasının ise, 18-24 yaş aralığında ve 45-54 yaş aralığında olanların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir.

Özel hastaneden hizmet alanlar yaşları bakımından incelendiğinde çalışmada en fazla 25-34 ve 35-44 yaş arasından katılım daha fazla olduğu görülmüştür. Bu yaş grubunda bulunanların hasta güvenliği konusunda verdikleri cevapların daha genç ve daha ileri yaştaki katılımcılara göre daha olumsuz olması özel hastaneden daha fazla hizmet almaları ve daha iyi değerlendirme yapabilmeleri ile açıklanabilir. Benzer şekilde müşteri sadakati bakımından 18-24 ve 45-54 yaş arasındaki katılımcıların cevapları 25-34 yaşındaki katılımcıların cevaplarına göre daha olumludur. 18-24 ve 45-54 yaş arasındaki katılımcılar

diğer katılımcılara göre özel hastanelerin hasta güvenliği kültürünü daha olumlu görmekte ve bu yaş grubundakilerin müşteri sadakatleri daha yüksek düzeydedir.

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları medeni durum açısından incelenmesi Çizelge 3.16'da sunulmuştur.

Çizelge 3.16. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Duruma Göre Farklılığın İncelenmesi

Puanlar	Medeni Durum	N	Ort.	SS	t	P
Hasta Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,85	0,710	1,557	0,120
	Bekar	187	3,72	0,868		
Müşteri Sadakati	Evli	195	3,81	0,853	4,403	0,688
	Bekar	187	3,77	1,013		

Çizelge 3.16. incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, evliler ile bekarlar arasında hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları eğitim durumları açısından incelenmesi Çizelge 3.17'de sunulmuştur.

Çizelge 3.17. Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Puanlar	Eğitim Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	İlk/Ortaöğretim	63	3,68	0,771	2,896	0,035*	2-4
	Ön Lisans	79	3,92	0,889			
	Lisans	172	3,84	0,736			
	Lisansüstü	68	3,59	0,799			
Müşteri Sadakati	İlk/Ortaöğretim	63	3,83	0,865	1,139	0,333	-
	Ön Lisans	79	3,88	1,039			
	Lisans	172	3,80	0,883			
	Lisansüstü	68	3,61	0,986			

* $p < 0,05$

Çizelge 3.17 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, eğitim durumları arasında müşteri sadakati puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p > 0,05$) iken eğitim durumları arasında hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Buna göre; ön lisans mezunu olanların hasta güvenliği puan ortalamasının, lisansüstü mezunu olanların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Hasta güvenliği kültürü eğitim düzeyi ile birlikte bireylerin algılamaları ve yorumlamalarının değiştiği göz önüne alındığında farklılığın bundan kaynaklandığı düşünülebilir. Bununla birlikte hasta güvenliği konusunda en olumsuz görüş, lisansüstü eğitim alan katılımcılarınadır.

Hasta güvenliği kültürü açısından Hastanede kalınan süreçte problem yaşayanlar ile yaşamayanlar arasındaki farklılığın incelenmesi Çizelge 3.18’de sunulmuştur.

Çizelge 3. 18. Hasta Güvenliği Kültürü Puan Ortalamaları Bakımından Hastanede Kalınan Süreçte Problem Yaşayanlar ile Yaşamayanlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hastanede bulunduğunuz süreçte aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?			N	Ort.	Std. Sapma	t	p	
Hasta Güvenliği Kültürü	B1	Hastanedeysen bir enfeksiyon geçirdim.	Evet	28	3,17	0,701	-4,395	0,000***
			Hayır	354	3,84	0,779		
	B2	Hastanedeysen ilaç, yiyecek, tıbbi malzeme veya kan nakli nedeniyle alerjik bir reaksiyon geçirdim.	Evet	18	3,28	0,719	-2,800	0,005**
			Hayır	364	3,81	0,788		
	B3	Asıl tedavim dışında beklenmedik bir ameliyat yapıldı.	Evet	18	3,15	0,780	-3,569	0,000***
			Hayır	364	3,82	0,781		
	B4	Hastanedeysen düşme, kırık ya da bir yaralanma geçirdim.	Evet	23	3,34	0,841	-2,832	0,005**
			Hayır	359	3,82	0,782		
	B5	Sağlık personeli teşhisinde hata yaptı.	Evet	23	3,08	0,611	-4,548	0,000***
			Hayır	359	3,83	0,782		
	B6	Hastanedeysen yanlış bir ilaç verildi.	Evet	17	3,33	0,783	-2,457	0,014*
			Hayır	365	3,81	0,787		
	B7	Hastanedeysen başka bir hasta ile karıştırıldım.	Evet	20	3,30	0,743	-2,876	0,004**
			Hayır	362	3,82	0,787		

*:p<0,05 **:p<0,01 ***: p<0,001

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Çizelge 3.18 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, hastanede kalınan süreçte problem yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Buna göre, hastanede kalınan süreçte problem yaşayanların hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının, problem yaşamayanların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Hastanelerden hizmet alma sürecinde hastalar hangi tıbbi hataya maruz kalırsa kalsınlar, bu olay onların kendilerini güvende hissetmemeleri ile sonuçlanmaktadır.

Tıbbi hataların düzeltilmesi puan ortalamalarının cinsiyet açısından incelenmesi Çizelge 3.19'da sunulmuştur.

Çizelge 3.19. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Kadınlar ile Erkekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadeler		Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
C1	Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi.	Kadın	45	2,56	1,358	-0,420	0,676
		Erkek	29	2,69	1,312		
C2	Klinik hata memnun edici bir biçimde çözümlendi.	Kadın	45	2,89	1,385	0,086	0,932
		Erkek	29	2,86	1,187		
C3	Klinik hata hızlı bir biçimde çözümlendi.	Kadın	45	2,91	1,221	-1,195	0,236
		Erkek	29	3,24	1,057		
C4	Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açtı.	Kadın	45	3,07	1,195	-0,251	0,802
		Erkek	29	3,14	1,187		
C5	Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı.	Kadın	45	3,18	1,403	0,122	0,903
		Erkek	29	3,14	1,329		
C6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.	Kadın	45	3,11	1,335	0,590	0,557
		Erkek	29	2,93	1,193		
C7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.	Kadın	45	3,13	1,440	0,758	0,451
		Erkek	29	2,90	1,081		

Çizelge 3.19. incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, kadınlar ile erkekler arasında hastanede kalınan süre boyunca maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin ifadelerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi hataların düzeltilmesi puan ortalamalarının yaş grupları açısından incelenmesi Çizelge 3.20’de sunulmuştur.

Çizelge 3.20. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadeler		Yaş Grubu	N	Ort.	SS	F	p
C1	Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi.	18-24 yaş	17	3,00	1,414	0,775	0,512
		25-34 yaş	14	2,57	1,453		
		35-44 yaş	25	2,36	1,319		
		45 yaş ve üzeri	18	2,61	1,195		
C2	Klinik hata memnun edici bir biçimde çözümlendi.	18-24 yaş	17	3,29	1,359	0,993	0,401
		25-34 yaş	14	3,00	1,359		
		35-44 yaş	25	2,72	1,308		
		45 yaş ve üzeri	18	2,61	1,195		
C3	Klinik hata hızlı bir biçimde çözümlendi.	18-24 yaş	17	3,47	1,068	1,289	0,285
		25-34 yaş	14	3,14	1,167		
		35-44 yaş	25	2,88	1,236		
		45 yaş ve üzeri	18	2,78	1,114		
C4	Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açıktı.	18-24 yaş	17	3,47	0,717	0,958	0,418
		25-34 yaş	14	3,07	1,328		
		35-44 yaş	25	2,84	1,344		
		45 yaş ve üzeri	18	3,11	1,183		
C5	Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı.	18-24 yaş	17	3,88	0,857	2,484	0,068
		25-34 yaş	14	2,71	1,490		
		35-44 yaş	25	2,92	1,525		
		45 yaş ve üzeri	18	3,17	1,249		
C6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.	18-24 yaş	17	3,35	0,786	0,628	0,599
		25-34 yaş	14	2,93	1,542		
		35-44 yaş	25	3,08	1,498		
		45 yaş ve üzeri	18	2,78	1,114		
C7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.	18-24 yaş	17	3,47	1,125	1,003	0,397
		25-34 yaş	14	2,79	1,424		
		35-44 yaş	25	2,84	1,313		
		45 yaş ve üzeri	18	3,11	1,367		

Çizelge 3.20 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, yaş grupları arasında hastanede kalınan süre boyunca maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin ifadelerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi hataların düzeltilmesi puan ortalamalarının medeni durum açısından incelenmesi Çizelge 3.21’de sunulmuştur.

Çizelge 3.21. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Evliler ile Bekarlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadeler		Medeni Durum	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
C1	Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi.	Evli	32	2,59	1,316	-0,080	0,936
		Bekar	42	2,62	1,361		
C2	Klinik hata memnun edici bir biçimde çözümlendi.	Evli	32	2,72	1,276	-0,919	0,361
		Bekar	42	3,00	1,325		
C3	Klinik hata hızlı bir biçimde çözümlendi.	Evli	32	2,88	1,185	-1,069	0,289
		Bekar	42	3,17	1,146		
C4	Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açıktı.	Evli	32	2,84	1,247	-1,608	0,112
		Bekar	42	3,29	1,111		
C5	Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı.	Evli	32	2,91	1,400	-1,417	0,161
		Bekar	42	3,36	1,322		
C6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.	Evli	32	2,84	1,298	-1,161	0,250
		Bekar	42	3,19	1,254		
C7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.	Evli	32	2,81	1,306	-1,316	0,192
		Bekar	42	3,21	1,298		

Çizelge 3.21 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, evliler ile bekarlar arasında hastanede kalınan süre boyunca maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin ifadelerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi hataların düzeltilmesi puan ortalamalarının cinsiyet eğitim durumları açısından incelenmesi Çizelge 3.22’de sunulmuştur.

Çizelge 3.22. Tıbbi Hataların Düzeltilmesi Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hastanede Kalınan Süre Boyunca Maruz Kalınan Olayın Düzeltilmesine İlişkin İfadeler		Eğitim Durumu	N	Ort.	SS	F	p
C1	Klinik hata hızlı bir biçimde tespit edildi.	İlk/Ortaöğretim	17	2,82	1,468	0,640	0,592
		Ön lisans	17	2,29	1,404		
		Lisans	26	2,54	1,303		
		Lisansüstü	14	2,86	1,167		
C2	Klinik hata memnun edici bir biçimde çözümlendi.	İlk/Ortaöğretim	17	3,18	1,286	0,580	0,630
		Ön lisans	17	2,59	1,372		
		Lisans	26	2,85	1,120		
		Lisansüstü	14	2,93	1,592		
C3	Klinik hata hızlı bir biçimde çözümlendi.	İlk/Ortaöğretim	17	3,29	1,160	0,505	0,680
		Ön lisans	17	3,06	1,144		
		Lisans	26	2,85	1,084		
		Lisansüstü	14	3,07	1,385		
C4	Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgileri yeterli ve açıktı.	İlk/Ortaöğretim	17	3,47	0,874	0,961	0,416
		Ön lisans	17	3,18	1,074		
		Lisans	26	2,88	1,177		
		Lisansüstü	14	2,93	1,592		
C5	Klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilme imkanı vardı.	İlk/Ortaöğretim	17	3,47	1,419	0,741	0,531
		Ön lisans	17	3,12	1,453		
		Lisans	26	2,88	1,275		
		Lisansüstü	14	3,36	1,393		
C6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.	İlk/Ortaöğretim	17	3,35	1,169	0,539	0,657
		Ön lisans	17	3,00	1,000		
		Lisans	26	2,85	1,377		
		Lisansüstü	14	3,07	1,542		
C7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.	İlk/Ortaöğretim	17	3,35	1,320	0,671	0,573
		Ön lisans	17	2,88	1,219		
		Lisans	26	2,85	1,317		
		Lisansüstü	14	3,21	1,424		

Çizelge 3.22 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, eğitim durumları arasında hastanede kalınan süre boyunca maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin ifadelerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.23'te araştırmanın hipotezlerinin kabul ret durumlarına ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Çizelge 3.23. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H1: Hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasında ilişki vardır.	KABUL
H2: Hasta güvenliği kültürü müşteri sadakatini etkiler.	KABUL
H3: Hastanede kaldıkları süre boyunca aldıkları sağlık hizmetinden problem yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından fark vardır.	KABUL
H4: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.	RET
H5: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların yaşına göre farklılık gösterir.	KABUL
H6: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların medeni durumlarına göre farklılık gösterir.	RET
H7: Hastaların hasta güvenliği algıları hastaların eğitim durumlarına göre farklılık gösterir.	KABUL
H8: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.	RET
H9: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların yaşına göre farklılık gösterir.	KABUL
H10: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların medeni durumlarına göre farklılık gösterir.	RET
H11: Hastaların müşteri sadakati algıları hastaların eğitim durumlarına göre farklılık gösterir.	RET

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta güvenliğinde amaç, taraf olma ve açık iletişim yolu ile bütün seviyelerde hasta güvenliği insiyatifleri içerisinde hastaların liderlik etmesi ve katılımlarını artırmak için sağlık hizmeti tüketicilerinin içinde bulunduğu bir ağ kurmaktır. Hastane yönetimlerinde toplum temsilcilerinin bulunması; hizmet sunumunun planlama safhasında tarafların tümünün temsiliyetini mümkün kılmaktadır. Bu birliktelik sonucunda güvenli sağlık hizmetine ulaşmanın yolları hep beraber öğrenilmiş olacaktır (Organer, Bozkurt ve Kılıç, 2014).

Hasta katılımının birçok yönü, özellikle hasta güvenliği ve hata önleme konusunda keşfedilmemiştir. Sağlık çalışanlarının bu alanda hasta katılımına ilişkin görüşleri eksiktir. Sağlık çalışanı ile hasta sorumlulukları arasındaki sınırı yeniden çizme olasılığını belirlemeye ve bu amaca ulaşmak için en uygun hasta-hekim ilişkisinin modelini belirlemeye ihtiyaç vardır. Hasta katılımının hata önleme üzerindeki etkisi ve az sayıda yayınlanmış çalışmanın metodolojik kısıtlamaları, olası etkinliği konusunda bazı şüpheler taşımaktadır (Longtin vd., 2010).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık yöneticilerine birçok görev düşmektedir. “Hasta güvenliğinin sağlanması, hata olasılığını en aza indiren ve meydana geldiklerinde onları durdurma olasılığını en üst düzeye çıkaran operasyonel sistem ve süreçlerin kurulmasını içerir” (Institute of Medicine, 2000: 211) gerçeğinden hareketle, hastanelerde hasta güvenliği konusu tekrar ele alınarak içinde hastaların görüşlerinin de olduğu sistemler tasarlanmalıdır.

Günümüzde hasta güvenliği konusu geçmişte olduğundan çok daha fazla önem verilen konulardan birisi olmuştur. Konuyla ilgili literatürde var olan çalışmalar incelendiğinde, hasta güvenliğinin daha çok sağlık çalışanları açısından değerlendirildiği ve hasta bakışının çalışmalarda yeterli düzeyde ele alınmadığı görülmüştür. Nitekim hastaların hastanede algıladıkları güvenlik düzeyinin, hastaneyi tercih edip etmeme ya da o hastaneden hizmet satın alıp almama kararını etkileyeceği öngörülmektedir. Bu bağlamda bir sağlık kurumundan hizmet alanların hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının, hastaların sadakatleri açısından bir önemi söz konusu olmaktadır. Aşağıda müşteri sadakati açısından

hasta güvenliği kültürünün ele alındığı bu çalışmanın sonuçlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda müşteri sadakati açısından hasta güvenliği kültürü ölçeğinin güvenilirlik düzeyi; hasta güvenliği kültürü ölçeğinde ($\alpha=0,962$) ve müşteri sadakati ölçeğinde ($\alpha=0,894$) yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 382 katılımcı demografik özellikleri açısından değerlendirildiğinde, kadın (%66) katılımcıların erkek (%34) katılımcılardan fazla olduğu görülmüştür. Yaş grubu bakımından en fazla katılımcı 35-44 (%29,8), en az katılımcı ise 55 yaş ve üzeri (%9,7) yaş aralığında yer almaktadır. Çalışmada yer alan evli (%51) ve bekarların (%49) oranı bir birine yakındır. Eğitim durumu bakımından en fazla katılım lisans düzeyinde (%45) eğitim alanlardan, en az katılım ise okuryazar olmadığını (%1) ifade eden katılımcılardan olmuştur.

Çalışmaya katılanlara, hastanede kaldıkları süre boyunca yaşayabilecekleri yedi olası problem ifade edilmiş, bu problemleri yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve onlardan evet ya da hayır şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Katılımcıların %7,3'ü hastanedeysen bir enfeksiyon geçirdiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %7,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %4,7'si hastanedeysen alerjik bir reaksiyon (ilaç, yiyecek, tıbbi malzeme veya kan nakli nedeniyle) geçirdiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %5,2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %4,7'si asıl tedavisi dışında beklenmedik bir ameliyat yapıldığını ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %5,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %6'sı hastanedeysen düşme, kırık ya da bir yaralanma geçirdiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %1,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %6'sı teşhiste hata yapıldığını ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %1,6 Bodur, Filiz ve Durduran'ın (2012) çalışmasında ise %3,3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %4,5'i yanlış bir ilaç verildiğini ifade etmişlerdir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %1,7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %5,2'si ise başka bir hasta ile karıştırıldığını ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %3,6 olarak bulunmuştur. Burada ifade edilen problemlerin ciddiyeti göz önüne alındığında, bu problemler hastaların hayatında yaşamsal bir tehlikeye neden olacaktır.

Sağlık hizmeti sunumunda yapılacak tıbbi hataların burada verilen oranlarda ortaya çıkması, hasta güvenliği kültürünün hastanelerde yüksek düzeyde olmadığına işaret etmektedir. Özellikle Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bulunan tıbbi hata oranlarının bizim çalışmamızdaki oranlardan düşük olması göze çarpmaktadır.

Hastanede kaldığı süre boyunca yedi olası problemten en az birini yaşadığını ifade eden katılımcılara, maruz kalınan olayın düzeltilip düzeltilmediğine ilişkin çeşitli ifadeler yöneltmiştir. Bu konuda 74 katılımcı cevap vermiştir. Katılımcıların %28,4'ü klinik hatanın hızlı bir biçimde tespit edildiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında 30 katılımcı bu ifadeye cevap vermiştir ve belirtilen hızlı tespit oranı %66,7 olarak bulunmuştur. Tıbbi hataların düzeltilebilmesi için öncelikle hataların tespit edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasıyla kıyaslandığında bizim çalışmamızda hastaların çok az bir bölümünün hatanın hızlı bir biçimde tespit edildiğini belirtmesi, oldukça dramatik bir durumun işareti olarak değerlendirilebilir.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %35,1'i klinik hatanın memnun edici bir biçimde çözümlendiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %86,7 olarak bulunmuştur. Bir tıbbi hatanın yaşanması durumunda çalışanların ve kurumun bunu tespit etmesi ve kişileri tatmin edecek biçimde hatayı gidermeleri gerekmektedir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasıyla kıyaslandığında bizim çalışmamızdaki oran oldukça düşük düzeydedir. Buradan elde edilen sonuç değerlendirildiğinde, hastanelerin hatalar sonrasında, hastaların memnuniyet düzeylerini yüksek tutamadıkları görülmüştür.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %32,4'ü klinik hatanın hızlı bir biçimde çözümlendiğini ifade etmişlerdir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %70 olarak bulunmuştur. Meydana gelen tıbbi hataların çözümlenmesi kadar bu hataların hızlı bir biçimde çözümlenmesi de önem taşımaktadır. Katılımcıların cevapları incelendiğinde hatanın kısa sürede çözümlendiğini söyleyenlerin oranı tüm katılımcıların üçte biri kadardır. Oysa bu oran Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında daha yüksektir. Bizim bulduğumuz oran, hastaların maruz kaldığı tıbbi hataların hızlı bir biçimde çözümlenmediğini işaret etmektedir.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %47,3'ü “Sağlık personelinin maruz kalınan klinik hata hakkındaki bilgilerini yeterli ve netti”. Şeklinde değerlendirmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %73,3 olarak bulunmuştur. Sağlık personelinin bilgisinin yeterliliği konusunda hastaların yarısına yakını olumlu görüş bildirmişlerdir.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %48,6'sı klinik hata veya problemi çözme yolunda karar verme sürecine katılabilmeye imkan olduğunu ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %66,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın odağında hasta güvenliği kültürünün oluşmasında hasta katılımının önemi bulunmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışmada hastaların yarıya yakınının klinik hata ya da problemin çözme yolunda karar verme sürecine katılabildiğinin belirlenmesi, çalışmanın önemli bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %39,2'si klinik hata nedeniyle sağlık personelinin özür dilediğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %30 olarak bulunmuştur. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasıyla karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızdaki oran daha yüksek düzeydedir.

Hastanede kaldıkları süre boyunca problem yaşayan katılımcıların %36,5'i sağlık personelinin hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdiğini ifade etmiştir. Hernández ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu oran %30 olarak bulunmuştur. Her iki çalışmadaki oranların birbirine yakın olduğu görülmüştür. Hataların önlenbilmesinin yollarından biri yapılan hatalardan ders alınarak aynı hataların tekrarlanmamasıdır. Hataların ardından hastalara yapılacak bilgilendirmeler, tıbbi hatalara ilişkin sağlık çalışanlarının sorumluluk almalarına ve hastaların hastaneye karşı olumlu görüşe sahip olmalarına katkı sağlayacaktır.

Araştırmaya katılanlara hastanede kaldıkları süre boyunca alınan sağlık hizmetinin vermiş olduğu güvenlik duygusunu en iyi nasıl tanımladıkları sorulmuştur. Katılımcıların yarısına yakını (%46,3) aldıkları sağlık hizmetini oldukça güvenli bulduğunu ifade etmiştir. Çok güvenli ve kısmen güvenli bulduğunu ifade edenlerle birlikte katılımcıların %83,7'sinin hastaneden aldığı hizmeti yüksek düzeyde güvenli bulduğu belirlenmiştir. Aldığı hizmeti güvensiz bulanların oranı ise %5,7 olarak bulunmuştur. Hernández ve ark. (2017)

tarafından yapılan çalışmada hastaların güvenlik algısı ile ilgili sonuçlara göre, en yüksek algılanan güvenlik sırasıyla Tampico'daki ISSSTE Hastanesinde (% 90), Cd. Madero Sivil Hastanesi (% 85) ve Tampico'daki HGCC Hastanesinde (% 80) bulunmuştur. Wolosin, Vercler ve Matthews (2006) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise %87,8 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, literatürdeki oranlarla uyumlu olmakla birlikte hastaların önemli bölümünün aldıkları hizmetleri güvenli bulduğunu göstermiştir. Sağlık kurumu yöneticilerinin hastaların güvenlik konusundaki kaygılarına yönelik çalışmalar yapması hastaların algıladığı güvenlik düzeyini artıracaktır.

Araştırmanın veri analizi aşamasında hasta güvenliği kültürü ölçeği ve hasta sadakati ölçeği ortalama puanları hesaplanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması ($3,79 \pm 0,792$) araştırmaya katılanların özel hastanelerden aldıkları hizmeti ortalama seviyenin üzerinde güvenli bulduklarını göstermiştir. Benzer şekilde müşteri sadakati ölçeğinden alınan puan da ($3,79 \pm 0,933$) hizmet alanların sadakat düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu göstermiştir. Ayrıca yapılan Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi sonuçları, Hasta Güvenliği Kültürü ve Müşteri Sadakati ölçeğinin örnekleme uyumlu olduğunu göstermiştir.

Hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, hasta güvenliği kültürünün yükseldikçe müşteri sadakatinin artacağını, tersi durumda da hasta güvenliği kültürü azaldıkça müşteri sadakatinin de aynı oranda azalacağını göstermektedir. Bu sonuç, müşteri sadakatini artırmak isteyen hastanelerin öncelikle hasta güvenliği kültürünü artırmayı hedeflemeleri gerektiğini göstermektedir.

Müşteri sadakati üzerinde hasta güvenliği kültürünün etkisinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizinde, müşteri sadakatinde meydana gelecek değişimin %71,7'sinin hasta güvenliği kültürü tarafından açıklandığı görülmüştür. Eğer hasta güvenliği kültüründe bir birimlik artış gerçekleştirilirse, müşteri sadakatinde 0,997 (B) birimlik bir artış meydana gelecektir. Hastane yöneticileri ve pazarlama uygulayıcıları müşteri sadakatini artırmak istiyorlar ise öncelikle hasta güvenliği kültürünü artıracak faaliyetleri gerçekleştirmelidir.

Araştırmaya katılanlardan cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumlarına ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla t-testi yapılmıştır. Test sonucunda, katılımcıların cinsiyetlerine göre verdikleri cevapların ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kadın ve erkek katılımcıların hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati konusundaki görüşleri birbirine benzemektedir.

Katılımcıların yaşlarına göre hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla tek yönlü Anova testi yapılmıştır. Test sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre verdikleri cevapların ortalamaları arasında her iki değişken için de istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü konusunda 25-44 yaş arasındaki katılımcılar en düşük puana sahipken, 18-24 ve 45-54 yaş aralığındaki katılımcılar en yüksek puana sahiptirler. Bu durumun nedeni, 25-44 yaş arasındaki katılımcıların özel hastanelerden aldığı hizmetleri değerlendirmek konusunda daha fazla deneyime sahip olması ile açıklanabilir. 18-24 yaşındakilerin ise henüz hastane hizmetleri konusunda diğer yaş gruplarına göre daha az deneyimlemeleri söz konusudur.

Müşteri sadakati bakımından ise 25-34 yaş arasındaki katılımcıların en düşük puana sahipken, 18-24 ve 45-54 yaş aralığındaki katılımcıların en yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü puanlarında olduğu gibi müşteri sadakati puanlarında da anlamlı farklılık 18-24 ve 45-54 yaş katılımcıların puanlarında meydana gelmiştir ve bu puanlar diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla t-testi yapılmıştır. Test sonucunda, katılımcıların medeni durumlarına göre verdikleri cevapların ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Evli ve bekar katılımcıların hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati konusundaki görüşleri birbirine benzemektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta güvenliği kültürü ve müşteri sadakati puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla tek yönlü Anova testi yapılmıştır. Test sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre verdikleri cevapların ortalamaları arasında hasta güvenliği kültürü değişkeni için istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmuşken, müşteri sadakati için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hasta güvenliği kültürü için

önlisans mezunları ile lisansüstü mezunlarının verdikleri cevapların ortalamaları arasında farklılık vardır. Lisansüstü mezunu katılımcılar hastanenin hasta güvenliği kültürü puanını daha düşük düzeyde puanlamışlardır. Bunun nedeni yüksek düzeyde eğitime sahip olanların hasta güvenliğine ilişkin çok sayıda ölçütü değerlendirebilme becerisine sahip olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılanların hizmet aldıkları özel hastanede istenmeyen bir olay yaşayıp yaşamamalarına göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Yedi olası problem (enfeksiyon geçirme, alerjik reaksiyon, beklenmeyen ameliyat, kırık ve düşme, hatalı teşhis, yanlış ilaç ve başka hasta ile karıştırılma vb.) birini yaşayanların puanları ile bu problemlerden hiç birini yaşamayanların puanları arasında, yedi olası problemin hepsi için anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğer bir hasta hastaneden hizmet aldığı süreçte istenmeyen bir olay yaşamışsa, bu olayı yaşamayanlara göre hasta güvenliği konusunda kendini daha az güvende hissedecektir. Richard ve Boscarino (2004) geçmişte tıbbi hata deneyimi olan sağlık hizmeti tüketicilerinin daha sonraki sağlık hizmeti satın alma süreçlerinde, daha fazla bilgi aramaya ve elde ettikleri bilgileri sağlık hizmeti satın alma kararlarında kullandıklarını ifade etmiştir. Bunun bir sonucu olarak, müşteri sadakat düzeyleri azalacak diğer bir ifadeyle muhtemelen aynı hastaneden yeniden bir hizmet almayacaklar ve olumsuz ağızdan ağıza iletişime başvuracaklardır.

Hastanede maruz kalınan istenmeyen olayın düzeltilmesine ilişkin katılımcıların cinsiyetlerine göre bir farklılık olup olmadığına t-testi ile bakılmıştır. Maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin kadın ve erkek katılımcıların verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve verdikleri cevaplar birbirlerine benzemektedir. Ayrıca kadın ve erkek katılımcıların hatanın düzeltilmesine ilişkin verdikleri cevapların ortalamalarının orta ve daha alt düzeyde puanlandığı görülmüştür.

Hastanede maruz kalınan istenmeyen olayın düzeltilmesine ilişkin katılımcıların yaşlarına göre bir farklılık olup olmadığına tek yönlü Anova testi ile bakılmıştır. Maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin tüm yaş gruplarındaki katılımcıların verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve verdikleri cevaplar birbirlerine benzemektedir. Bu sonuç, tıbbi hatanın düzeltilmesinin her yaş grubundaki katılımcı için önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca tüm yaş gruplarında katılımcıların hatanın düzeltilmesine ilişkin

verdikleri cevapların ortalamalarının orta ve daha alt düzeyde puanlandığı görülmüştür. Bu durum, her yaş grubundan katılımcının ister daha genç isterse de daha ileri yaşta olsun, hastanede yaşadıkları tıbbi hatanın düzeltilmesinde istenilen ölçüde tatmin olmadığını göstermektedir.

Hastanede maruz kalınan istenmeyen olayın düzeltilmesine ilişkin katılımcıların medeni durumlarına göre bir farklılık olup olmadığına t-testi ile bakılmıştır. Maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin evli ve bekar katılımcıların verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve verdikleri cevaplar birbirlerine benzemektedir. Bu sonuç, tıbbi hatanın düzeltilmesinin kadın ve erkek katılımcıların her ikisi için önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca evli ve bekar katılımcıların hatanın düzeltilmesine ilişkin verdikleri cevapların ortalamalarının orta ve daha alt düzeyde puanlandığı görülmüştür. Bu durum, kadın ve erkek katılımcıların hastanede yaşadıkları tıbbi hatanın düzeltilmesinde istenilen ölçüde tatmin olmadığını göstermektedir.

Hastanede maruz kalınan istenmeyen olayın düzeltilmesine ilişkin katılımcıların eğitim durumlarına göre bir farklılık olup olmadığına tek yönlü Anova testi ile bakılmıştır. Maruz kalınan olayın düzeltilmesine ilişkin tüm yaş eğitim durumlarındaki katılımcıların verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve verdikleri cevaplar birbirlerine benzemektedir. Ayrıca tüm yaş eğitim durumlarında, katılımcıların hatanın düzeltilmesine ilişkin verdikleri cevapların ortalamalarının orta ve daha alt düzeyde puanlandığı görülmüştür.

Hastanede maruz kalınan istenmeyen olayın düzeltilmesine ilişkin katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumlarına göre bir farklılığın olmaması ve tüm puanların orta ve alt düzeyde bulunması, özel hastanelerin ortaya çıkan tıbbi hataların çözümlenmesinde yeteri kadar etkin ve hızlı davranmadığını göstermektedir.

Hasta güvenliği konusu günümüzün sağlık hizmeti sunumunun ön koşullarından biridir. Hasta güvenliğinin sağlanamaması kişinin ölümüyle ya da sakat kalmasıyla sonuçlanabilir. Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlanması kişilerin tutumlarına ya da inisiyatiflerine bırakılmamalıdır. Günümüzde hasta güvenliğinin kurumsal bir kültür olarak hedeflenmesi ve kurum kültürü haline getirilmesine çalışılmasının temel nedeni de budur. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde çalışanlarla birlikte hastaların da yer alması son

yıllarda yeni yeni konuşulmaya başlanmıştır. Bu sebeple bu çalışmadan elde edilen sonuçların bu alana bir katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Hasta güvenliğinin hizmet kalitesindeki önemli rolü değerlendirildiğinde, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının doğrudan hizmet kalitesini etkileyebileceği, bu sayede müşteri memnuniyeti düzeyinin de artabileceği öngörülmektedir.

Geçmişte olduğu gibi bugün ve gelecekte tüm işletmeler için en önemli konuların başında işletmenin varlığını sürdürmesi ve kar etmesi yer alacaktır. Sağlık hizmetlerinde temel amaç elbette kamu hizmetinin yerine getirilmesidir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi sırasında hastaların kendilerini güvende hissetmeleri ise her şeyin önündedir. Bununla birlikte sağlık işletmelerinin özellikle de özel sağlık kuruluşlarının diğer işletmelerden neredeyse hiç farklı olmayan işletmecilik prensipleri ile çalışması söz konusudur. Bu nedenle hastanelerin müşterileri olan hastaların hastaneden hizmet almaya devam etmesi ve bu konuda diğer kişilere olumlu bildirimde bulunmaları diğer bir ifade ile müşteri sadakatini sağlamaları, hastaneler için yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu bağlamda mevcut çalışmada, müşteri sadakatinin sağlanabilmesinde hastane yöneticilerinin hasta güvenliğine önem vermelerinin gerekliliği görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, hasta güvenliği kültürü ile müşteri sadakati arasında bir ilişki olduğu ve hasta güvenliği kültürünün müşteri sadakati üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta güvenliğinin müşteri sadakati üzerinde doğrudan etkili olduğuna ilişkin ulaşılan sonuç, pazarlama uygulayıcılarının pazarlama faaliyetlerinde hasta güvenliğine odaklanmaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yapılabilecek öneriler aşağıda verilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen önemli sonuçlardan biri hastaların hizmet aldıkları özel hastanelerde sağlık alanı için yüksek kabul edilebilecek düzeyde istenmeyen bir olay ile karşılaşmış olmalarıdır. Bu nedenle hastane yöneticilerinin tıbbi hataların önüne geçilebilmesi için daha fazla çaba göstermeleri gerekmektedir.

Hastane yöneticilerinin hasta güvenliğini bir kurum kültürü haline getirmeleri gerekmektedir. Tıbbi hataların önüne geçilebilmesi için hizmet sunan tüm personelin

sistematik olarak ve belirli aralıklarla hasta güvenliği kültürü eğitimlerini almaları önerilmektedir. Ayrıca tıbbi hataların önlenbilmesinde teknoloji ile bağlantılı sistemlerden daha fazla yararlanılmalı, doğru hasta, doğru tedavi yolu ve doğru ilaç gibi temel prensiplerin elektronik cihazlar yardımıyla kontrolü sağlanmalıdır.

Bu araştırmanın diğer bir önemli sonucu, tıbbi bir hatanın meydana gelmesinin ardından hastanelerin bu hatayı hızla tespit etmesi ve erken çözümleyebilmesi konusunda arzu edilen düzeyde bulunulmamasıdır. Tıbbi hataların önlenbilmesinde hatanın tespiti ve hastanın memnuniyeti ile çözümlenmesi gereklidir. Bu sayede hastalar tekrar aynı kurumu hizmet almak amacıyla tercih edebileceklerdir. Tıbbi hataların meydana geldiği anda düzeltilebilmesi için sağlık kurumu yöneticileri ve pazarlama yöneticilerinin hastalardan geri bildirim alabilecek sistemleri kurmaları ve hastaların seslerini duyurmalarını kolaylaştırmaları gerekmektedir. Hastaların seslerini kuruma duyuramamalarının neticesinde online ortamlarda ya da çevrelerinde ağızdan ağıza iletişimle duyurmaları söz konusu olacaktır. Bu nedenle şikayet iletme mekanizmaları her zaman açık tutulmalıdır. Hastalarla açık iletişimin sağlanması, iletişim süreçlerinin revize edilmesi, yeni uygulamalarla bilgi alışverişlerinin hızlandırılması ve kolaylaştırılması ve kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmeti alanlar ile hizmeti sunanlar arasında bilgi asimetrisi vardır. Bu durum hastaların kimi zaman aldıkları hizmeti doğru değerlendirememelerine neden olabilmektedir. Diğer taraftan hastaların tıbbi terimleri anlayamamaları, soru sormaya korkmaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili yazılı bilgileri doğru okuyamamaları sorun oluşturmaktadır. Bu nedenle, hasta güvenliğinin sağlanabilmesinde toplam kalite yönetimi ilkeleri gözetilmeli, toplam kalite çemberine herkesin katılımı sağlanmalıdır.

Bu çalışma hasta güvenliğinin kurulmasında ve sürdürülmesinde hizmeti tüketenlerinde önemli bir paydaş olduğuna dair bir yaklaşım ortaya koymuştur. Bu nedenle hastanelerin hasta güvenliği kültürünü oluşturmaları için gerçekleştirecekleri çalışmalara hizmetin tüketicilerini de dahil etmelidirler. Ancak bu konuda daha fazla bilimsel çalışma sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın temel amacı, müşteri sadakatinin sağlanmasında hasta güvenliği kültürünün incelenmesidir. Bu bağlamda her iki değişken arasında pozitif yönlü ve doğrusal bir ilişki bulunmuş, hasta güvenliği kültürünün müşteri sadakatinin sağlanmasında etkili olduğu görülmüştür. Pazarlama uygulayıcıları açısından -sağlık hizmetlerinin spesifik özellikleri nedeniyle- sağlık hizmetlerinin pazarlanmasına yönelik çalışmalar nispeten daha zordur. Bu bağlamda hasta güvenliğini artıracak girişimlerin doğrudan müşteri sadakatiyle sonuçlanması, hastane yöneticileri ve pazarlama uygulayıcılarının yapacakları faaliyetler için alan açacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık ve işletme alanlarında eğitim alan öğrencilerin eğitim müfredatları içerisine hasta güvenliği kültürü konusunda eğitim içeriklerinin yerleştirilmesi önerilmektedir.

Hasta güvenliğine hasta katılımının sağlanması henüz çok yeni bir konudur. Bunun gerçekleştirilmesi ve hastanın süreçte yer almasının hasta-sağlık çalışanı arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle bir takım sakıncaları ortaya çıkabilir. Bununla birlikte hizmet alanların süreçte etkinliğinin ve sorumluluğunun artırılması düşüncesine, hem hastalar açısından hem de sağlık çalışanları açısından bir direnç söz konusu olabilir. Bu nedenle, konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyacın olduğu değerlendirilmektedir.

Hasta güvenliği konusunda ulusal ve uluslararası alanda yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde sağlık çalışanlarının görüşleri yer almaktadır. Hasta bakış açısına odaklanılarak gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçlarının sağlık ve pazarlama alanında çalışan bilim insanları için bir kaynak olması beklenmektedir.

Bu çalışmada Ankara ili merkez bölgesindeki özel hastanelerden hizmet alanların görüşlerini saptamaya yöneliktir. Araştırmanın sınırlılıkları nedeniyle bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ile Türkiye çapında bir genelleme yapılamaz. Ancak çalışma sonuçları Ankara genelindeki özel hastaneler için girdi sağlayacak nitelikte olduğu için önemlidir. Daha sonra yapılacak çalışmalarda araştırmacılara, farklı illerde özel ve kamu hastanelerinde benzer bir çalışmayı gerçekleştirmeleri önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aaker, D. A. (2007). *Marka Değeri Yönetimi*, İstanbul: Mediacat Kitapları.
- Abraham, R. (2000). "Organizational Cynicism: Bases and Consequences: Generic, Social and General". *Psychology Monographs*, 126(3), 269-292.
- Adams, R. E. and Boscarino, J. A. (2004). "A Community Survey of Medical Errors in New York". *International Journal for Quality in Health Care*, 16(5), 353-362.
- Agency for Healthcare Research & Quality (2000). *Twenty Tips to Prevent Medical Errors*. Rockville, MD, United States: Agency for Healthcare Research & Quality.
- Akalın, H. E. (2005). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği". *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akgün, S., and Al-Assaf, A. F. (2007). "Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 42-47.
- Akın, A., Demirci, İ., Yıldız, E., Gediksiz, E., and Eroğlu, N. (2012, May). The Short form of the Scales of Psychological Well-being (SPWB-42): The Validity and Reliability of the Turkish Version. International Counseling and Education Conference 2012 (ICEC 2012), May, 3-5, Istanbul, Turkey.
- Aksu, A. A. (2006). "Gap Analysis in Customer Loyalty: a Research in 5-Star Hotels in the Antalya Region of Turkey". *Quality and Quantity*, 40(2), 187-205.
- Aksu, M. (2012). *Hizmet Kalitesinin Bir Unsuru Olarak Atmosferin Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi: Bozcaada'daki Otellerde Konaklayan Yerli Turistler Üzerinde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Altındış, M. (2014). "Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 68-73.
- Aorn Guidance Statement (2006). "Creating a Patient Safety Culture". *Aorn Journal*, 83(4), 936-942.
- Arab, M., Tabatabaei, S. G., Rashidian, A., Forushani, A. R., and Zarei, E. (2012). "The Effect of Service Quality on Patient Loyalty: A Study of Private Hospitals in Tehran, Iran". *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), 71-77.
- Arpacı, Ö. (2015). *Helal Konseptli Otel İşletmelerinin Sezonlara Göre Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Sadakati ve Müşteri Değeri Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

- Artan, C., Artan, M. O., ve Baykan, Z. (2015). "Sağlık Personelinin Sağlık Riskleri ve Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalar". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 6-11.
- Aslan, Ö., ve Ünal, Ç. (2005). "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları". *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(3), 175-178.
- Aştı, T., ve Acaroğlu, R. (2000). "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.
- Atan, Ş. Ü., Dönmez, S., ve Duran, E. T. (2012). "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 172-180.
- Avcı, K. ve Aktan, T. (2015). "Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 48-54.
- Aydin, S., and Özer, G. (2005). "The Analysis of Antecedents of Customer Loyalty in The Turkish Mobile Telecommunication Market". *European Journal of Marketing*, 39(7/8), 910-925.
- Back, K. J., and Parks, S. C. (2003). "A Brand Loyalty Model Involving Cognitive, Affective, and Conative Brand Loyalty and Customer Satisfaction". *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 27(4), 419-435.
- Bagozzi, R. P., and Yi, Y. (1988). "On the Evaluation of Structural Equation Models". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.
- Baltaş, Z. (2013). *Hastane Yönetimi*. H. Sur ve T. Palteki. (Eds.). Memnuniyet Çalışmaları. Ankara: Nobel Matbaacılık.
- Bayın, G. (2016). "Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Sürecinde Hasta ve Toplum Katılımının Rolü". *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 458-466.
- Bayuk, N. ve Küçük, F. (2007). "Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati İlişkisi". *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 285-292.
- Bentler, P. M. (1990). "Comparative Fit Indexes in Structural Models". *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Bentler, P. M., and Bonett, D. G. (1980). "Significance Tests and Goodness of fit in the Analysis of Covariance Structures". *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Berkowitz E. (2010). *Essentials of Health Care Marketing*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Berwick, D. M. (2003). "Disseminating Innovations in Health Care". *Jama*, 289(15), 1969-1975.
- Beyea, S. (2002). "Wake-up Call-Standardization is Crucial to Eliminating Medication Errors". *Aorn Journal*, 75(5), 1010-1013.

- Biçer, G. (2010). *Sağlık İşletmelerinde Müşteri Sadakati ve Tatmini: Bir Alan Uygulaması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J. and Steffenson, A. E. (2002). "Views of Practicing Physicians and The Public on Medical Errors". *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J., and Steffenson, A. E. (2002). "Views of Practicing Physicians and The Public on Medical Errors". *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940.
- Bodur, S., Filiz, E., ve Durduran, Y. (2011). "Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması". *Genel Tıp Dergisi*, 21(4), 123-130.
- Bollen, K. A. (1990). "Overall fit in Covariance Structure Models: Two Types of Sample Size Effects". *Psychological Bulletin*, 107(2), 256.
- Bollen, K., and Lennox, R. (1991). "Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective". *Psychological Bulletin*, 110(2), 305.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., and Zeithaml, V. A. (1993). "A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions". *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.
- Bowen, J. T., and Shoemaker, S. (2003). "Loyalty: A Strategic Commitment". *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 44(5-6), 31-46.
- Bowling, A. (2002). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd Ed.), Philadelphia: Buckingham Open University Press.
- Brandes, P., Castro, S., James, M. S. L., Martinez, A., Matherly, T., Ferris, G. and Hochwarter, W. (2008). "The Interactive Effects of Job Insecurity and Organizational Cynicism on Work Effort Following a Layoff". *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(3), 233-240.
- Branzan, C. (2008). *The Relationship of Patient Falls to Prevention Policies in Hospitals: A Case Study*. Master in Public Administration Theses, Pace University, New York.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. (1991). "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study" I. *N Engl J Med*, 324, 370-376.
- Burul, G. (2012). *Müşteri Değeri, Müşteri Sadakati ve Marka Algıları Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Byrne, Z. S. and Hochwarter, W. A. (2008). "Perceived Organizational Support and Performance Relationships Across Levels of Organizational Cynicism". *Journal of Managerial Psychology*, 23(1), 54-72.

C:\Users\user\Downloads\CSGB AVRUPA ŞARTI
https://www.csgeb.gov.tr/media/2077/avrupasosyalsarti.pdf

Çatı, K. ve Koçoğlu, C. M. (2008). "Müşteri Sadakati ile Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 167-188.

Çatı, K., Koçoğlu, C. M ve Gelibolu, L. (2010). "Müşteri Beklentileri ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki: Beş Yıldızlı Bir Otel Örneği. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi". 19(1), 429-446.

Çatı, K., Koçoğlu, C. M., ve Gelibolu, L. (2010). "Müşteri Beklentileri ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki: Beş Yıldızlı Bir Otel Örneği". *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 429-446.

Cattell, R.B. (1966). "The Scree Test for the Number of Factors". *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.

Caymaz, M. (2015). "Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma". *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.

Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Improving Health Literacy for Older Adults: Expert Panel Report 2009. US Department of Health and Human Services, Atlanta.

Chahal, H. (2008). "Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: A Case Study of Civil Hospital". *The Journal of Business Perspective*, 12(4), 45-55.

Chau, P. Y., and Hu, P. J. H. (2001). "Information Technology Acceptance by Individual Professionals: A Model Comparison Approach". *Decision Sciences*, 32(4), 699-719.

Chen, C. F., and Tsai, M. H. (2008). "Perceived Value, Satisfaction, and Loyalty of TV Travel Product Shopping: Involvement as a Moderator". *Tourism Management*, 29(6), 1166-1171.

Chinomona, R., and Dubihlela, D. (2014). "Does Customer Satisfaction Lead to Customer Trust, Loyalty And Repurchase Intention of Local Store Brands? The Case of Gauteng Province of South Africa". *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(9), 23-32.

Çırpı, F., Doğan-Merih, Y., Yaşar-Kocabey, M. (2009). "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.

Çoban, S. (2005). "Müşteri Sadakatının Kazanılmasında Veri Tabanlı Pazarlamanın Kullanımı". *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(19), 295-307.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, M. R. (2000). "Why Error Reporting Systems Should Be Voluntary: They Provide Better Information for Reducing Errors". *BMJ*, 320: 728-729.
- Conklin, A. (2009). Room for Improvement; Strong Patient Safety Systems Could Limit Health, Social and Economic Harms from Medical Error. RAND Europe, URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2009/RAND_RB9472.pdf, Son Erişim Tarihi: 20.09.2018.
- Cop, R. ve Yüzüak, A. (2016). "Değer Temelli Pazarlamada Müşteri Değerine, Firma ve Müşteri Bakış Açısından Bolu İlinde Bir Uygulama". *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 49-80.
- Cornish, P. L., Knowles, S. R., Marchesano, R., Tam, V., Shadowitz, S., Juurlink, D. N., and Etchells, E. E. (2005). "Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission". *Archives of Internal Medicine*, 165(4), 424-429.
- Cortiñas, M., Elorz, M., and Villanueva, M. L. (2004). "Retail Store Loyalty Management Via an Analysis of Heterogeneity of the Service Elements". *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 14(4), 407-437.
- Crigger, N. J., and Meek, V. L. (2007). "Toward a Theory of Self-Reconciliation Following Mistakes in Nursing Practice". *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 177-183.
- Cronin Jr, J. J., and Taylor, S. A. (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension". *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Crowley, S. L., and Fan, X. (1997). "Structural Equation Modeling: Basic Concepts and Applications in Personality Assessment Research". *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 508-531.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., and Vincent, C. A. (2007). "Patient Involvement in Patient Safety: What Factors Influence Patient Participation and Engagement?". *Health Expectations*, 10(3), 259-267.
- Day, G.S. (1969). "A Two-Dimensional Concept of Brand Loyalty". *Journal of Advertising Research*, 9(3), 29- 35.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati*, İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet ürünlerinde kalite, müşteri tatmini ve sadakati: (Hizmet kalitesi ile müşteri sadakatının sağlanması ve GSM sektöründe bir uygulama)*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

- Demir, B., Demir, M. ve Güler, H. (2008). “Hasta Güvenliğinde Devletin (Sağlık Bakanlığı’nın Rolü)”. Sur, H. (Ed.), *Hasta Güvenliği Yaklaşımları*, İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları 68-66.
- Demir, M. Ö. (2012). “Sırasına Dayalı Davranışsal Ölçeğin Karşılaştırılması”. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 41(1), 103-104.
- Demirel, E. T. ve Derin, N. (2011). “Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünü ile Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 208-235.
- Demirel, E. T., ve Derin, N. (2011). “Hastanelerde Verimlilik Artışı İçin Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Dönüşümcü Liderliğin Etkisi”. *Verimlilik Dergisi*, 3, 51-81.
- Demirel, Y. (2007). “Türk Bankacılık Sektöründe Müşteri İlişkileri Yönetimi’nin Müşteri Değerine Etkisi”. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 126-140.
- Devrani, T. (2009). “Marka Sadakati Öncülleri: Çalışan Kadınların Kozmetik Ürün Tüketimi Üzerine Bir Çalışma”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 407-421.
- Deyo, R. A. (2001). “A Key Medical Decision Maker: The Patient: New Decision Making Aids Should Help Patients Make the Decisions”. *British Medical Journal*, 323, 466-467.
- Dhatt, G. S., Damir, H. A., Matarelli, S., Sankaranarayanan, K., and James, D. M. (2011). “Patient Safety: Patient Identification Wristband Errors”. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 49(5), 927-929.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., and Kleijnen, J. (2001). “Influence of Context Effects on Health Outcomes: A Systematic Review”. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Diamantopoulos, A., J. A., and Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL: A Guide for the Uninitiated*. London: Sage.
- Dick, A. S., and Basu, K. (1994). “Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), 99-113.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K., and Persing, R. (2008). “Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements”. In Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M. A., Grady, M. L. (Eds.), *Advances In Patient Safety: New Directions And Alternative Approaches*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, pp. 1-27.
- Doyle, C., Lennox, L., and Bell, D. (2013). “A Systematic Review of Evidence on The Links Between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness”. *BMJ Open*, 3(1), 1-18.

- Eastman-Mendez, S. (2006). "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Announces 2007 Patient Safety Goals". *Plastic Surgical Nursing*, 26(3), 154-155.
- Entwistle, V. A. (2007). "Differing Perspectives on Patient Involvement in Patient Safety". *BMJ Quality & Safety*, 16(2), 82-83.
- Entwistle, V. A., Mello, M. M., and Brennan, T. A. (2005). "Advising Patients About Patient Safety: Current Initiatives Risk Shifting Responsibility". *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(9), 483-494.
- Erdem, R., Rahman, S., Levent, A., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kesici, T., Kırmızıgül, Ş., Üzel, S., ve Kubat, C. (2008). "Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi". *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.
- Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). "Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili Retrospektif Bir İnceleme". *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.
- Eskreis, T. R. (1998). "CE Credit: Seven Common Legal Pitfalls in Nursing". *The American Journal of Nursing*, 98(4), 34-41.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., and Esterman, A. J. (2006). "Consumer Perceptions of Safety in Hospitals". *BMC Public Health*, 6(1), 41-47.
- Evanschitzky, H. and Wunderlich, M. (2006). "An Examination of Moderator Effects in the Four-Stage Loyalty Model". *Journal of Service Research*, 8(4), 330-345.
- Feng, X.Q. Acord, L. Cheng, Y.J., Zeng, J.H. ve Song, J.P. (2011). "The Relationship Between Management Commitment and Patient Safety Culture". *International Nursing Review*, 58(2), 249-254.
- Field, A. (2000). *Discovering Statistics Using Spss for Windows*, London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage Publications.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*, London: Sage.
- Filiz, E. (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Fırat, A. (2017). "Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları". *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 157-173.
- Garman, A. N., Garcia, J., and Hargreaves, M. (2004). "Patient Satisfaction as a Predictor of Return-To-Provider Behavior: Analysis and Assessment of Financial Implications". *Quality Management in Healthcare*, 13(1), 75-80.
- Gaskin, J. and Lim, J. (2016), "Master Validity Tool", AMOS Plugin. Gaskination's StatWiki.

- Gavin-Dreschnack, D., Nelson, A., Fitzgerald, S., Harrow, J., Sanchez-Anguiano, A., Ahmed, S., and Powell-Cope, G. (2005). "Wheelchair-Related Falls: Current Evidence and Directions For Improved Quality Care". *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 119-127.
- Giles, S. J., Lawton, R. J., Din, I., and McEachan, R. R. (2013). "Developing a Patient Measure of Safety (PMOS)". *Bmj Qual Saf*, 22(7), 554-562.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.
- Gounaris, S. P., Tzempelikos, N. A., and Chatzipanagiotou, K. (2007). "The Relationships of Customer-Perceived Value, Satisfaction, Loyalty and Behavioral Intentions". *Journal of Relationship Marketing*, 6(1), 63-87.
- Gravetter, F. and Wallnau, L. (2014). *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences* (8th ed.), Belmont, CA: Wadsworth.
- Greenberg, G. L., Battles, B. J. and Haskell, H. (2010). "Aprendiendo del Paciente Para Mejorar Los Sistemas de Informes de Eventos de Seguridad". *Revista Cirugía y Cirujano*, 78(5), 463-468.
- Gremler, D. D., and Brown, S. W. (1996). "Service Loyalty: Its Nature, Importance, and Implications". *Advancing Service Quality: A Global Perspective*, 5, 171-181.
- Guldenmund, F. W. (2000). "The Nature of Safety Culture: A Review of Theory and Research". *Safety Science*, 34(1-3), 215-257.
- Gülmez, M. (2010). *Ağızdan Ağıza İletişim ve Pazarlama, Güncel Pazarlama Yaklaşımlarından Seçmeler*. Varinli, İ., Çatı, K (Eds.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Güven, E.Ö. ve Sarıışık, M. (2014). "Konaklama Hizmetlerinde Davranışsal Niyeti Etkileyen Hizmet Kalitesi Boyutları". *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(2), 21-51.
- Güven, R. (2007). *Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*. 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri, Antalya.
- Güvercin, C. H. (2007). *Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hallowell, R. (1996). "The Relationships of Customer Satisfaction, Customer Loyalty, and Profitability: An Empirical Study". *International Journal of Service Industry Management*, 7(4), 27-42.
- Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Wirtz, M., Manser, T., Pfeiffer, Y., and Pfaff, H. (2011). "Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M)". *BMC Health Services Research*, 11(1), 165-175.
- Hançer, M. "Konaklama Endüstrisinde Müşteri Sadakati: Anlam, Önem, Etki ve Sonuçlar", *Seyahat ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(1-2), 39-45.

- Hendrich, A. (2006). "Inpatient Falls: Lessons from the Field". *Patient Safety and Quality Healthcare*, 3(3), 26-30.
- Hernández Meca, M., Ochando García, A., Royuela García, C., Lorenzo Martínez, S., and Paniagua, F. (2008). "Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal (Clinical safety perceived by patients on peritoneal dialysis)". *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(3), 190-195.
- Hovey, R. B., Dvorak, M. L., Burton, T., Worsham, S., Padilla, J., Hatlie, M. J., and Morck, A. C. (2011). "Patient Safety: A Consumer's Perspective". *Qualitative Health Research*, 21(5), 662-672.
- Hu, L. and Bentler, P.M. (1999). "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives". *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- İnce, M. ve Turan, Ş. (2011). "Organizational Cynicism as A Factor that Affects the Organizational Change in the Process of Globalization and an Application in Karaman's Public Institutions". *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 37, 104-121.
- Institute of Medicine (2007). "Committee on Identifying and Preventing Medication Errors", Aspden, P., Wolcott, J. A., Bootman, J. L., Cronenwett, L. R., (Eds). *Preventing Medication Errors*. Washington DC: National Academy Press.
- İnternet: Avrupa Birliği Antlaşması ve Avrupa Birliği'nin İşleyişi Hakkında Antlaşma, URL: <https://www.ab.gov.tr/files/pub/antlasmalar.pdf>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.
- İnternet: Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, URL: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0023.02/DOC_2&format=PDF, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.
- İnternet: Constitution of the World Health Organization, URL: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.
- İnternet: CSGB Avrupa Şartı, URL: <https://www.csgeb.gov.tr/media/2077/avrupasosyalsarti.pdf>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.
- İnternet: European Patients Forum (2015), EPF Background Brief: Patient Empowerment, URL: http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/epf_briefing_patientempowerment_2015.pdf, Son Erişim Tarihi: 15.09.2018.
- İnternet: European Patients Forum (2016), Briefing Paper on Patient Safety: With a Focus on the Role of Patients and Families, URL: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Policy/Patients-Safety/>, Son Erişim Tarihi: 15.09.2018.
- İnternet: European Social Charter (Revised), URL: <https://rm.coe.int/168007cf93>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.

İnternet: Hasta Hakları Yönetmeliği, URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23420.pdf>, Son Erişim Tarihi: 11.03.2019.

İnternet: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksor.htm>, Son Erişim Tarihi: 01.12.2018.

İnternet: <https://www.saglikaktuel.com/d/file/28439,grs2017-sonpdf.pdf>, Son Erişim Tarihi: 01.01.2019.

İnternet: Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building A Safer Health System, URL: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>, Son Erişim Tarihi: 22.09.2018.

İnternet: Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building A Safer Health System, URL: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>, Son Erişim Tarihi: 22.09.2018.

İnternet: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, URL: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.

İnternet: JCI (2018), Patient Safety Systems (PS), URL: https://www.jointcommission.org/patient_safety_systems_chapter_for_the_hospital_program/, Son Erişim Tarihi: 12.11.2018.

İnternet: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017, URL: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21853,kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf?0>, Son Erişim Tarihi: 21.012.2018.

İnternet: Louis Harris and Associates (1997), National Patient Safety Foundation at the AMA: Public Opinion of Patient Safety Issues Research Findings, URL: http://www.ihf.org/about/news/Documents/Public_Opinion_of_Patient_Safety_Issues_1997.pdf, Son Erişim Tarihi: 22.09.2018.

İnternet: National Patient Safety Agency-NPSA (2018), Learning From Patient Safety Incidents, URL: <https://improvement.nhs.uk/resources/learning-from-patient-safety-incidents/>, Son Erişim Tarihi: 01.10.2018.

İnternet: National Patient Safety Agency-NPSA (2018), Learning From Patient Safety Incidents, URL: <https://improvement.nhs.uk/resources/learning-from-patient-safety-incidents/>, Son Erişim Tarihi: 01.10.2018.

İnternet: National Patient Safety Foundation (2018), URL: <https://www.npsf.org/page/aboutpatientsafety?&hhsearchterms=%22patient+and+safety%22>, Son Erişim Tarihi: 22.09.2018.

İnternet: NCC MERP (2005), Consumer Information for Safe Medication Use, URL: <https://www.nccmerp.org/consumer-information>, Son Erişim Tarihi: 24.09.2018.

İnternet: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni, URL: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,43809/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-haber-bulteni.html>, Son Erişim Tarihi: 21.03.2019.

İnternet: Special Eurobarometer 327 (2010), Patient Safety and Quality of Healthcare, European Commission, URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf, Son Erişim Tarihi: 20.09.2018.

İnternet: Third Leading Cause of Death Determined to be Medical Errors, URL: <https://www.mundayandnathan.com/blog/2017/03/third-leading-cause-of-death-determined-to-be-medical-errors.shtml>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.

İnternet: Universal Declaration of Human Rights, URL: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.

İnternet: URL: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/tedavi_hiz/y_hasta_haklari.pdf, Son Erişim Tarihi: 05.02.2019.

İnternet: URL: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65, Son Erişim Tarihi: 15.01.2019.

İnternet: URL: <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/9300,2017-ocak-ekim-donemi-poliklinik-yatis-ve-yogun-bakim-ve-acil-servis-verileri-baglaminda-her-bransta-ilk-100-hastanepdf.pdf?0>, Son Erişim Tarihi: 20.02.2019.

İnternet: WHO (2005), URL: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf, Son Erişim Tarihi: 20.09.2018.

İnternet: WHO (2006), URL: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf, Son Erişim Tarihi: 16.12.2018.

İnternet: WHO (2018), URL: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/, Son Erişim Tarihi: 20.09.2018.

İnternet: WHO Patients Rights, URL: <https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>, Son Erişim Tarihi: 23.02.2019.

Javalgi, R. R. G. and Moberg, C. R. (1997). "Service Loyalty: Implications for Service Providers". *Journal of Services Marketing*, 11(3), 165-179.

Jones, T. O., and Sasser, W. E. (1995). "Why Satisfied Customers Defect". *Harvard Business Review*, 73(6), 88-99.

Joosse, P., Saltzherr, T. P., van Lieshout, W. A., van Exter, P., Ponsen, K. J., Vandertop, W. P and Goslings, J. C. (2012). "Impact of Secondary Transfer on Patients With

- Severe Traumatic Brain Injury”. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 72(2), 487-490.
- Jöreskog, K. and Long, J.S. (1993). *Introduction, in Testing Structural Equation Models*, Kenneth A. Bollen and J. Scott Long, (Eds). Newbury Park, CA: Sage.
- Jöreskog, K. G., and Sörbom, D. (1989). *LISREL 7: A Guide to the Program and Applications*, SPSS. Chicago: IL.
- Jöreskog, K. G., and Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Scientific Software International.
- Kabataş, A. (2010). Örgütsel Sinizm İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ve Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (Vol.5)*. Ankara, Türkiye: Asil Yayın Dağıtım.
- Kanter, D. L. and Mirvis, P. H. (1991). “Cynicism: The New America Malaise”. *Business and Society Review*, 30(1), 57-61.
- Karakaş, S. (2012). “Cep Telefonu Pazarında Müşteri Sadakatinin Yapısal Eşitlik Modellemesi ile İncelenmesi”. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 1-23.
- Karson, A. S., and Bates, D. W. (1999). “Screening for Adverse Events”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(1), 23-32.
- Kılıç, H. S., ve Elbaş, N. Ö. (2014). “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri”. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(2), 97-104.
- Kim, F. J., Donalisio da Silva, R., Gustafson, D., Nogueira, L., Harlin, T., Paul, D. L. (2015). “Current Issues in Patient Safety in Surgery: A Review”. *Patient Safety in Surgery*, 9(26), 1-9.
- Kim, M. K., Park, M. C., and Jeong, D. H. (2004). “The Effects of Customer Satisfaction and Switching Barrier on Customer Loyalty in Korean Mobile Telecommunication Services”. *Telecommunications Policy*, 28(2), 145-159.
- King, D., Zaman, S., Zaman, S. S., Kahlon, G. K., Naik, A., Jessel, A. S., Nanavati, N., Shah, A., Cox, B. and Darzi, A. (2015). “Identifying Quality Indicators Used By Patients to Choose Secondary Health Care Providers: A Mixed Methods Approach”. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 3(2), 1-15.
- Kingston-Riechers, J., Ospina, M., Jonsson, E., Childs, P., and McLeod, L., Maxted, J. (2010). *Patient Safety in Primary Care*. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council.
- Kırılmaz, H. (2010). *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, 418.

- Kline, R. B. (1998). "Software Review: Software Programs for Structural Equation Modeling: Amos, EQS, and LISREL". *Journal of psychoeducational assessment*, 16(4), 343-364.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Korkmaz, A. Ç. (2018). "Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği". *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10-19.
- Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall International.
- Kraska, R. A., Weigand, M., and Geraedts, M. (2017). "Associations Between Hospital Characteristics and Patient Satisfaction in Germany". *Health Expectations*, 20(4), 593-600.
- Küçükergin, K. G. (2012). *Müşteri Sadakatinin Oluşum Sürecinde Müşteri Tatmini ve Ataletin Etkisi: Yiyecek-İçecek İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kulshrestha, A., and Singh, J. (2016). "Inter-Hospital and Intra-Hospital Patient Transfer: Recent Concepts". *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451-457.
- Kumar, V. and Shah, D. (2004). "Building and Sustaining Profitable Customer Loyalty for the 21st Century". *Journal of Retailing*, 80(4), 317-329.
- Kurtuluş, A. S. (2019). *Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Kurutkan, M. N. (2009). *Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi*, Ankara: Sage Yayıncılık.
- Kurutkan, M. N. ve Bulun, M. (2012). *Global Hasta Güvenliği Endeksi Versiyon 1.0*, Ankara: Sage Yayıncılık.
- Kuzel, A. J., Woolf, S. H., Gilchrist, V. J., Engel, J. D., LaVeist, T. A., Vincent, C., and Frankel, R. M. (2004). "Patient Reports of Preventable Problems and Harms in Primary Health Care". *The Annals of Family Medicine*, 2(4), 333-340.
- Lang, S., Garrido, M. V. and Heintze, C. (2016). "Patients Views of Adverse Events in Primary and Ambulatory Care: A Systematic Review to Assess Methods and the Content of What Patients Consider to Be Adverse Events". *Biomed Central Family Practice*, 17(6), 1-9.
- Lau, H. S., Florax, C., Porsius, A. J., and De Boer, A. (2000). "The Completeness of Medication Histories in Hospital Medical Records of Patients Admitted to General Internal Medicine Wards". *British Journal of Clinical Pharmacology*, 49(6), 597-603.

- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Herbert, L., Newhouse, J., Weiler, P. and Hiatt, H. (1991). "The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients-Results of the Harvard Medical Practice Study II". *N Engl J Med*, 324, 377-384.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., and Johnson, W. G. (1993). "Preventing Medical Injury". *Quality Review Bulletin*, 19(5), 144-149.
- Lee, S. M., Lee, D., Kang, C.Y. (2012). The Impact of High-Performance work systems in the healthcare industry: Employee reactions, service quality customer satisfaction, and customer loyalty. *Service Industries Journal*, 32(1),17-36.
- Li, M. L., and Green, R. D. (2011). "A Mediating Influence on Customer Loyalty: The Role of Perceived Value". *Journal of Management and Marketing Research*, 7, 1-12.
- Lippi, G., Blanckaert, N., Bonini, P., Green, S., Kitchen, S., Palicka, V., Vassault, A. J., Mattiuzi, C. and Plebani, M. (2009). "Causes, Consequences, Detection, and Prevention of Identification Errors in Laboratory Diagnostics". *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 47(2), 143-153.
- Little, P., Dorward, M., Warner, G., Moore, M., Stephens, K., Senior, J., and Kendrick, T. (2004). "Randomised Controlled Trial of Effect of Leaflets to Empower Patients in Consultations in Primary Care". *Bmj*, 328(7437), 441.
- Little, R. J. A. (1988). "A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values". *Journal of the American Statistical Association*, 83, 1198-1202.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., and Pittet, D. (2010). "Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety". In *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., and Pittet, D. (2010). "Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety". In *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.
- Lonial, S., Menezes, D., Tarim, M., Tatoglu, E., ve Zaim, S. (2010). "An Evaluation of SERVQUAL and Patient Loyalty in an Emerging Country Context". *Total Quality Management*, 21(8), 813-827.
- Magatef, S. G., and Tomalieh, E. F. (2015). "The Impact of Customer Loyalty Programs on Customer Retention". *International Journal of Business and Social Science*, 6(8), 78-93.
- Magin, S., Algesheimer, R., Huber, F., and Herrmann, A. (2003). "The Impact of Brand Personality and Customer Satisfaction on Customer's Loyalty: Theoretical Approach and Findings of a Causal Analytical Study in The Sector of Internet Service Providers". *Electronic Markets*, 13(4), 294-308.
- Makary, M. A., Epstein, J., Pronovost, P. J., Millman, E. A., Hartmann, E. C., and Freischlag, J. A. (2007). "Surgical Specimen Identification Errors: A New Measure of Quality in Surgical Care". *Surgery*, 141(4), 450-455.

- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Millman, E. A., Pryor, D., Holzmueller, C., and Pronovost, P. J. (2006). "Patient Safety in Surgery". *Annals of Surgery*, 243(5), 628-635.
- Martínez, P., and Rodriguez del Bosque, I. R. (2013). "CSR and Customer Loyalty: The Roles of Trust, Customer Identification with the Company and Satisfaction". *International Journal of Hospitality Management*, 35, 89-99.
- Mazor, K. M., Simon, S. R., Yood, R. A., Martinson, B. C., Gunter, M. J., Reed, G. W., and Gurwitz, J. H. (2004). "Health Plan Members' Views About Disclosure of Medical Errors". *Annals of Internal Medicine*, 140(6), 409-418.
- McDonald, R. P., and Ho, M. H. R. (2002). "Principles and Practice in Reporting Structural Equation Analyses". *Psychological Methods*, 7(1), 64-78.
- McDougall, G. H., and Levesque, T. (2000). "Customer Satisfaction with Services: Putting Perceived Value into The Equation". *Journal of Services Marketing*, 14(5), 392-410.
- McGoldrick, T. and Oliveira, A. D. (1997). "Consumer Misbehaviour Promiscuity or Loyalty in Grocery Shopping". *Journal of Retailing and Consumer Services*, 4(2), 73-81.
- McKeon, L. M., Oswaks, J. D., and Cunningham, P. D. (2006). "Safeguarding Patients: Complexity Science, High Reliability Organizations, and Implications for Team Training in Healthcare". *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 298-304.
- Mcmullan, R. and Gilmore, A. (2003). "The Conceptual Development of Customer Loyalty Measurement: A Proposed Scale". *Journal of Targetting, Measurement and Analysis for Marketing*, 11(3), 230-243.
- Mendez, C. M., Hernández, R. G., Salinas, J. F. G., Torres, S. R., Porras, G. A., and Castañeda-Hidalgo, H. (2017). "Patients' Perception of Safety in Four Hospitals in Tamaulipas, Mexico". *Journal of Hospital Administration*, 6(6), 15-19.
- Méndez, C. M., Hernández, R. G., Salinas, J. F. G., Torres, S. R., Porras, G. A., and Castañeda-Hidalgo, H. (2017). "Patients' Perception of Safety in Four Hospitals in Tamaulipas, Mexico". *Journal of Hospital Administration*, 6(6), 15-19.
- Merakou, K., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T., and Kourea-Kremastinou, J. (2001). "Satisfying Patients' Rights: A Hospital Patient Survey". *Nursing Ethics*, 8(6), 499-509.
- Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., and Manser, T. (2017). "Assessing Patients' Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale". *Journal of Patient Safety*, 1-8.
- Nachtigall, C., Kroehne, U., Funke, F. and Steyer, R. (2003). "(Why) Should we use SEM?—Pros and cons of Structural Equation Modelling". *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 1-22.

- Nafei, W. A., Kaifi, B. A. (2013). "The Impact of Organizational Cynicism on Organizational Commitment: An Applied Study on Teaching Hospitals on Egypt". *European Journal of Business and Management*, 5(12), 131-147.
- National Patient Safety Agency (2004). *Clean Your Hands Campaign*. London: National Patient Safety Agency.
- Nester, T. M., and Hale, L. S. (2002). "Effectiveness of a Pharmacist-Acquired Medication History in Promoting Patient Safety". *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59(22), 2221-2225.
- Ngobo, P. V. (2016). "The Trajectory of Customer Loyalty: An Empirical Test of Dick and Basu's Loyalty Framework". *Academy of Marketing Science*, 45(2), 229- 250.
- Nielsen-Bohlman, L., Kindig, D. A. ve Panzer, A. M. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009856>, Son Erişim Tarihi: 14/01/2019.
- Nieva, V. F., and Sorra, J. (2003). "Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations". *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 17-23.
- Noble, D. J., Lemer, C., and Stanton, E. (2011). "What has Change Management in Industry Got to Do with Improving Patient Safety?". *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), 345-348.
- Northcott, H., Vanderheyden, L., Northcott, J., Adair, C., McBrien-Morrison, C., Norton, P., and Cowell, J. (2008). "Perceptions of Preventable Medical Errors in Alberta, Canada". *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 115-122.
- Nunnally, J. C. and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Nutbeam, Don. (1998). "Health Promotion Glossary". *Health Promotion International*, 13(4): 349-364.
- O'malley, L. (1998). "Can Loyalty Schemes Really Build Loyalty?". *Marketing Intelligence & Planning*, 16(1), 47-55.
- Obrien, R.M. (2007). "A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors". *Quality & Quantity*, 41, 673-690.
- Oliver, R. L. (1999). "Whence Consumer Loyalty?". *Journal of Marketing*, 63(4), 33-44.
- Oliver, R. L. (2014). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on The Consumer: A Behavioral Perspective on The Consumer*. New York: McGraw Hill.
- Onganer, E., Bozkurt, B., ve Kılıç, M. (2014). "Hastalar İçin Hasta Güvenliği". *J Kartal TR*, 25(2), 171-174.
- Önler, E. (2010). *Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Ovalı, F. (2010). “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33-43.
- Öz, Ö. (2006). *Birebir Pazarlamada Müşterilerin Sadakat Göstergelerinin İncelenmesi: Örnek Bir Firmada Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Özata, M., ve Altunkan, H. (2010). “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özcan, C. ve Genç, M. F. (1998). *Türk Sağlık Mevzuatı*. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları. 37-180.
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi: SPSS-MINITAB (Çok değişkenli analizler)*. Türkiye: Kaan Kitabevi.
- Özkan, T., ve Lajunen, T. (2003). “Güvenlik Kültürü ve İklimi”. *Pivolka*, 2 (10), 3-4.
- Öztürk, D. (2016). *Müşteri Sadakati Oluşturmada Etkili Olan Faktörler: Türk Bankacılık Sektöründe Müşteri Sadakati Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ozturkcan, S., Aydin, S., Ates, M., and Tansel Cetin, A. (2009-March). *Effects of Service Quality on Customer Satisfaction and Customer Loyalty: Example of Marmara University Hospital*. International Congress on Performance and Quality in Health, Antalya, Turkey.
- Parasuraman, A. and Grewal, D. (2000). “The Impact of Technology on the Quality-Value-Loyalty Chain: A Research Agenda”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 168-174.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1988). “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality”. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., and Berry, L. L. (1994). “Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria”. *Journal of Retailing*, 70(3), 201-230.
- Paulius, C. and Egle, V. (2011). “Concept of The Right to Health Care”. *Jurispudence*, 18(1), 269-286.
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., Nejad, S. B., Dziekan, G., Leotsakos, A., and Donaldson, L. (2008). “Infection Control as a Major World Health Organization Priority for Developing Countries”. *Journal of Hospital Infection*, 68(4), 285-292.
- Prahalad, C.K. and Hamel, G. (1990). “The Core Competence of the Corporation”. *Harvard Business Review*, 68(3), 79-91.

- Preston, C., Cheater, F., Baker, R., and Hearnshaw, H. (1999). "Left in Limbo: Patients' Views on Care Across The Primary/Secondary Interface". *BMJ Quality & Safety*, 8(1), 16-21.
- Price, A. R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S. and Cleary, P. D. (2014). "Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality". *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554.
- Punniyamoorthy, M., and Raj, M. P. M. (2007). "An Empirical Model for Brand Loyalty Measurement". *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 15(4), 222-233.
- Ramli, A. H., and Sjahruddin, H. (2015). "Building Patient Loyalty in Healthcare Services". *International Review of Management and Business Research*, 4(2), 391-401.
- Reason, J. (2000). "Human Error: Models and Management". *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Reichers, A., Wanous, J. and Austin, J. (1997), "Understanding and Managing Cynicism About Organizational Change". *Academy of Management Executive*, 11(1), 48-59.
- Reichheld, F. F., and Sasser, W. E. (1990). "Zero Defections: Quoliiy Comes to Services". *Harvard Business Review*, 68(5), 105-111.
- Relationships Between Patient Safety Culture and Patients' Assessments of Hospital Care". *Journal of Patient Safety*, 8(3), 131-139.
- Resmi Gazete (29 Nisan 2009, Sayı: 27214). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.
- Rosenberg, L. J., and Czepiel, J. A. (1984). "A Marketing Approach for Customer Retention". *Journal of Consumer Marketing*, 1(2), 45-51.
- Rowley, J. ve Jillian, D. (1999). "Customer Loyalty: A Relative Consept for Libraries", *Library Management*, 2(6), 345-351.
- Ryff, C. D. (1989a). "Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. and Keyes, C. L. M. (1995). "The Structure of Psychological Well-Being Revisited". *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D. and Singer, B. (1996). "Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Şahbaz, İ. (2009). "Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı". *TBB Dergisi*, 86, 405-423.

- Şahin, H. (2006). *Hemşirelerin Kan Transfüzyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Sainio, C., Lauri, S., and Eriksson, E. (2001). "Cancer Patients' Views and Experiences of Participation in Care and Decision Making". *Nursing Ethics*, 8(2), 97-113.
- Şardan, Y. Ç. (2010). "Hastane İnfeksiyonları: Dünya'da ve Türkiye'de Mevcut Durum ve Yeni Hedefler". *Ankem Dergisi*, 24(Ek2), 120-122.
- Saufl, N. M. (2004). "Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery". *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(5), 348-351.
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., and Davis, K. (2005). "Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries". *Health Affairs*, 24(11), 509-525.
- Schutz, A. L., Counte, M. A. ve Meurer, S. (2007). "Development of A Patient Safety Culture Measurement Tool for Ambulatory Health Care Settings: Analysis of Content Validity". *Health Care Manage Science*, 10(2), 139-149.
- Schwappach, D. L. (2010). "Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety: A Systematic Review". *Medical Care Research and Review*, 67(2), 119-148.
- Sedianingsih, I., ve Prasetyo, A. (2016). "Repurchase Intention Between Commitment and Patient Trust". *International Journal Business Management & Research*, 6(2), 45-56.
- Sezgin, B. (2007). *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sheth, J. N. and Mittal, B. (2004). *Customer Behavior: A Managerial Perspective*. 2 th Edition, Thomson/South-Western Publishing.
- Shevlin, M., and Miles, J. N. (1998). "Effects of Sample Size, Model Specification and Factor Loadings on the GFI in Confirmatory Factor Analysis". *Personality and Individual Differences*, 25(1), 85-90.
- Shoemaker, S. and Lewis, R. (1999). "Customer Loyalty: The Future Hospitality Marketing". *International Journal of Hospitality Management*, 18(4), 345-370.
- Shoemaker, S., and Lewis, R. C. (1999). "Customer Loyalty: The Future of Hospitality Marketing". *International Journal of Hospitality Management*, 18(4), 345-370.
- Smallwood, R. A. (2000). "Learning from Adverse Events". *International Journal for Quality in Health Care*, 12(5), 359-361.
- Snyder, S. R., Favoretto, A. M., Derzon, J. H., Christenson, R. H., Kahn, S. E., Shaw, C. S., Baetz, R. A., Mass, D., Fantz, C. R., Raab, S. S., Tanasijevic, M. J., and Liebow, E. B. (2012). "Effectiveness of Barcoding for Reducing Patient Specimen and

- Laboratory Testing Identification Errors: A Laboratory Medicine Best Practices Systematic Review and Meta-Analysis”. *Clinical Biochemistry*, 45(13-14), 988-998.
- Sökmen A. (2008). *Elektronik Müşteri İlişkileri Uygulamalarının Algılanan İlişki Kalitesi ve Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi: Havayolu Sektöründe Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Bilişim Enstitüsü, Ankara.
- Sorra, J., Khanna, K., Dyer, N., Mardon, R., and Famolaro, T. (2012). “Exploring
- Soysal, A., ve Kuşcu, F. N. (2018). “Hasta Hakları: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 102-111.
- Sözer, E. (2012). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Sözer, E. (2012). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Speraw, S. (2009). “Talk to Me—I'm Human”: The Story of a Girl, Her Personhood, and the Failures of Health Care”. *Qualitative Health Research*, 19(6), 732-743.
- Sposito, V. A., Hand, M. L. and Skarpness, B. (1983). “On the Efficiency of Using the Sample Kurtosis in Selecting Optimal Lpestimators”. *Communications in Statistics - Simulation and Computation*, 12(3), 265-272.
- Springer, K. W. and Hauser, R. M. (2006). “An Assessment of the Construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, Mode, and Measurement Effects”. *Social Science Research*, 35, 1080-1102.
- Stevens, J. A. (2005). “Falls Among Older Adults—Risk Factors and Prevention Strategies”. *Journal of Safety Research*, 36(4), 409-411.
- Suki, N.M. (2011). “Assessing Patient Satisfaction, Trust, Commitment, Loyalty and Doctors Reputation Towards Doctor Services”. *Pakistan Journal of Medical Science*, 27(5), 1207-1210.
- Sur, H., Özsarı, S. H. ve Say, B. (2013). *Hastane Yönetimi*. H. Sur, T. Palteki, (Eds). Hasta Güvenliği. Ankara: Nobel Matbaacılık.
- Suresh, G., Horbar, J. D., Plsek, P., Gray, J., Edwards, W. H., Shiono, P. H., Ursprung, R., Nickerson, J., Lucey, J., and Goldmann, D. (2004). “Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care”. *Pediatrics*, 113(6), 1609-1618.
- Swaddling, D. C., and Miller, C. (2002). “Don't Measure Customer Satisfaction”. *Quality Progress*, 35(5), 62-67.
- Tabachnick, B. G ve Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (3rd ed.), Boston: Ally and Bacon.

- Tanaka, K., Takahashi, M., Hiro, H., Kakinuma, M., Tanaka, M., Kamata, N., and Miyaoka, H. (2010). "Differences in Medical Error Risk Among Nurses Working Two-And Three-Shift Systems at Teaching Hospitals: A Six-Month Prospective Study". *Industrial Health*, 48(3), 357-364.
- Taşkın, E. (2005). *Müşteri İlişkileri Eğitimi*. 1. Baskı, İstanbul, Papatya Yayıncılık.
- Templeton, Gary F. (2011). "A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research". *Communications of the Association for Information Systems*, 4(28), 41-58.
- Tengilimoğlu, D. ve Kılıç, M. (2004). "Hastanelerde Halkla İlişkiler: Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Ssk ve Özel Hastane Yöneticilerinin Halkla İlişkiler Uygulamalarına Yönelik Ampirik Bir Araştırma". *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 175-200.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- The Health Foundation (2011), *Research Scan: Does Improving Safety Culture Affect Patient Outcomes?*. London, UK: The Health Foundation. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/e446/5622f7121d1a123f461cb1e834280d71da62.pdf>, Son Erişim Tarihi: 11.01.2019.
- The Health Foundation (2013). *Involving Patients in Improving*. London, UK: The Health Foundation URL: <https://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf>, Son Erişim tarihi: 13.11.2018.
- Tokaç, M. (2008). Hasta Güvenliği Yaklaşımları, H. Sur (Editör). *Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği*. İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 55-65.
- Trochim, W. M. and Donnelly, J. P. (2006). *The Research Methods Knowledge Base* (3rd ed.), Cincinnati, OH: Atomic Dog.
- Türker, G. Ö., ve Türker, A. (2013). "GSM Operatörleri Sektöründe Marka Sadakatini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi; Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama". *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 3(1), 49-67.
- TÜRKÖĞLU Ç (2016). *Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tütüncü, Ö., Yağcı, K. ve Küçükusta, D. (2006). "Toplam Kalite Yönetim Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(4), 286-302.
- Uncles, M. D., Dowling, G. R., and Hammond, K. (2003). "Customer Loyalty and Customer Loyalty Programs". *Journal of Consumer Marketing*, 20(4), 294-316.

- Usta, R., ve Memiş, S. (2009). “Hizmet kalitesi ve marka bağlılığı arasındaki ilişki üzerine müşteri tatmininin aracılık etkisi”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 87-108.
- Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S. J., and DeBuono, B. (2007). Low Health Literacy: Implications for National Health Policy, URL: https://hsr.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_facpubs/172/, 15.09.2018.
- Villas-Boas, J. M. (2004). “Consumer Learning, Brand Loyalty, and Competition”. *Marketing Science*, 23(1), 134-145.
- Vincent, C. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med*, 348(11), 1051-1056.
- Vincent, C. A., and Coulter, A. (2002). “Patient Safety: What About the Patient?”. *BMJ Quality & Safety*, 11(1), 76-80.
- Wagar, E. A., Tamashiro, L., Yasin, B., Hilborne, L., and Bruckner, D. A. (2006). “Patient Safety in The Clinical Laboratory: A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors”. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 130(11), 1662-1668.
- Wallin Andreassen, T., and Lindestad, B. (1998). “Customer Loyalty and Complex Services: The Impact of Corporate Image on Quality, Customer Satisfaction and Loyalty for Customers with Varying Degrees of Service Expertise”. *International Journal of Service Industry Management*, 9(1), 7-23.
- Warye, K. L., and Murphy, D. M. (2008). “Targeting Zero Health Care–Associated Infections”. *American Journal of Infection Control*, 36(10), 683-684.
- Weinstein, R. A. (1998). “Nosocomial infection update”. *Emerging Infectious Diseases*, 4(3), 416-420.
- Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., and Hamilton, J. D. (1995). “The Quality in Australian Health Care Study”. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-471.
- Wolf, Z. R. and Hugles, R. G. (2008). “Error Reporting and Error Disclosure”. In Hugles, R. G (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ Publication, pp. 1-47.
- Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., and Cohen, M. (2000). “Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors”. *Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 278-290.
- Wolosin, R. J., Vercler, L., and Matthews, J. L. (2006). “Am I Safe Here?: Improving Patients' Perceptions of Safety in Hospitals”. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(1), 30-38.
- Woods, D. M., Holl, J. L., Angst, D., Echiverri, S. C., Johnson, D., Soglin, D. F., Srinivasan, G., Barnathan, J., Amsden, L., Lamkin, L., Kevin, B. and Weiss, K. B. (2008). “Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician

- Recommended Solutions". In Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M. A., Grady, M. L. (Eds.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, pp. 1-18.
- Yaşar, H. E. (2016). "Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler ve Hasta Memnuniyeti". *Journal of Strategic Research in Social Science*, 2 (2), 39-68.
- Yi, Y. (1990). *A Critical Review of Consumer Satisfaction*. V. Zeithaml (Edt.). Review of Marketing, Chicago: American Marketing Association.
- Yılmaz, M. (2001). "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 69-74.
- Yurdakul, M. (2007). "İlişkisel Pazarlama Anlayışında Müşteri Sadakati Olgusunun Ayrıntılı Bir Şekilde Analizi". *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 268-287.
- Zaim, H. ve Tarım, M. (2010). "Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması". *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (59), 1-24.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., and Parasuraman, A. (1996). "The behavioral consequences of service quality". *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.
- Zhou, W. J., Wan, Q. Q., Liu, C. Y., Feng, X. L., and Shang, S. M. (2017). "Determinants of Patient Loyalty to Healthcare Providers: An Integrative Review". *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 442-449.
- Zineldin, M. (2015). "Determinants of Patient Safety, Satisfaction and Trust: With Focus on Physicians-Nurses Performance". *Clinical Governance: An International Journal*, 20(2), 82-90.
- Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H., and Donchin, Y. (2007). "Healthcare Climate: a Framework for Measuring and Improving Patient Safety". *Critical Care Medicine*, 35(5), 1312-1317.





EKLER

Ek-1. Hasta Güvenliği Algısı Ölçeği

MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI ANKETİ

Bu anket, hastanelerden sağlık hizmeti alan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra sahip oldukları hasta güvenliği algıları ve müşteri sadakati açısından hasta güvenliği algısını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda hataların önlenmesi ve bu hatalar nedeniyle ortaya çıkan yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik gerçekleştirilen çalışmalardır. Hastanelerde, hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasında sadece sağlık kurumu çalışanları ve yöneticilerinin değil, hastaların da hasta güvenliği konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Bu anket “MÜŞTERİ SADAKATİ AÇISINDAN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI” isimli doktora tez çalışmasında kullanılacağı için vereceğiniz cevapların doğruluğu oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Zeynep KARADAĞ
Gazi Üniversitesi Doktora Öğrencisi

A. Aşağıdaki sorularla hastanede bulunduğunuz süre boyunca genel deneyiminizin ne olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bunu öğrenmek için 1’den 5’e kadar olan sizin için en uygun seçeneği 'X' ile işaretleyiniz.

- 1 Kesinlikle Katılmıyorum 2 Katılmıyorum 3 Kararsızım
4 Katılıyorum 5 Kesinlikle Katılıyorum

		1	2	3	4	5
1	Hastanede kaldığım süre boyunca, “emin ellerde” olduğumu hissettim.					
2						
3	Hekimler ve hemşireler arasında çok iyi bilgi alışverişi vardı.					
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Ek-1. (devam) Hasta Güvenliği Algısı Ölçeği

11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22	Hasta Güvenliği açısından bu hastane beklentilerimi en iyi şekilde karşılar.					
23						
24						

B. Hastanede bulunduğunuz süreçte aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı? Lütfen Evet ya da Hayır seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

		Evet	Hayır
1	Hastanede bir enfeksiyon geçirdim.		
2	Hastanede ilaç, yiyecek, tıbbi malzeme veya kan nakli nedeniyle alerjik bir reaksiyon geçirdim.		
3			
4			
5			
6			
7			

Yukarıdaki seçeneklerden birisine EVET cevabı vermişseniz C maddesine geçiniz. Tüm cevaplarınız HAYIR ise lütfen D maddesine geçiniz.

C. Hastanede kaldığınız süre boyunca maruz kaldığınız olayın düzeltilmesine ilişkin 1'den 5'e kadar olan sizin için en uygun seçeneği 'X' ile işaretleyiniz.

1 Kesinlikle Katılmıyorum

2 Katılmıyorum

3 Kararsızım

4 Katılıyorum

5 Kesinlikle Katılıyorum

Ek-1. (devam) Hasta Güvenliği Algısı Ölçeği

		1	2	3	4	5
1						
2						
3						
4						
5	.					
6	Sağlık personeli klinik hata nedeniyle özür diledi.					
7	Sağlık personeli hatanın tekrar etmemesi için gereken adımlar konusunda bilgilendirdi.					

E. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

F. Yaşınız?

☐ 18-24 yaş
☐ 25-34 yaş
☐ 35-44 yaş
☐ 45-54 yaş
☐ 55 ve üzeri

G. Medeni Durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar

H. Tamamladığınız en yüksek eğitim düzeyiniz?

☐ İlk ya da Ortaöğretim
☐ Önlisans
☐ Lisans
☐ Lisansüstü

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARADAĞ, Zeynep
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 18.10.1985
 Medeni hali : Evli
 e-posta: : zbaykoca@gmail.com

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi/Sağlık Kurumları Yönetimi	2019
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/İşletme Eğitimi	2012
Lisans	Anadolu Üniversitesi/İşletme	2009

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2017-halen	Foça Kaymakamlığı	Memur
2009-2017	Gazi Üniversitesi	Memur
2008-2009 Memur	Process Control Systems	

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Üniversitelerde İdari Personelin İş Doyumlarına İlişkin Algıları (Gazi Üniversitesi Örneği): Tez Çalışması
 Üniversitelerde Stratejik Planlama Çalışmalarının Hazırlanmasında İdari Personelin Katılımı ve Yaşanan Sorunlar: Makale Çalışması (Yayınlanma Aşamasında)
 Influence Of Nurses Personality Traits On Their Entrepreneurship Tendencies: State Hospitals Sample:Makale Çalışması
 Dünyada ve Türkiye’de sağlık sistemi için gelişen sağlık teknolojisi değerlendirme yöntemleri



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

