

NURPERİHAN TOSUN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**KURUMA GÜVEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİLERİNİN
ÖLÇÜLMESİNDE ŞİKAYET YÖNETİMİNİN ARACILIK ROLÜ: BİR
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

NURPERİHAN TOSUN

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA SÖYÜK**

SAĞLIK YÖNETİMİ

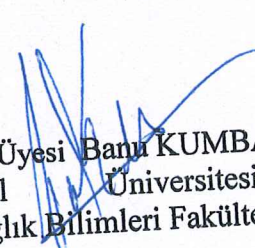
İSTANBUL-2019

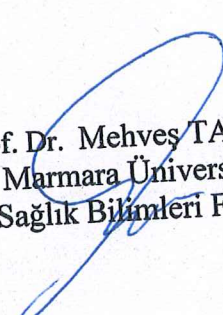
Bu çalışma 23.01.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul
edilmiştir.

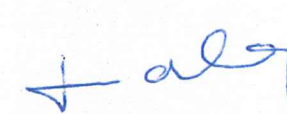
TEZ JÜRİSİ


Dr. Öğr. Üyesi Selma SÖYÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Prof. Dr. Özgür ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Dr. Öğr. Üyesi Banu KUMBASAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Prof. Dr. Mehveş TARIM
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Doç. Dr. Haluk ŞENGÜN
İstanbul Aydın Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



NURPERİHAN TOSUN (İmza)

İTHAF

Kıvanç, Kerem ve Mustafa'ya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince her zaman bilgi ve deneyimleri ile destek olup yol gösteren, kendimi her zaman iyi hissetmemi sağlayıp cesaretlendiren, akademik kimliğimin gelişmesinde örnek aldığım ve kendimi şanslı hissettiren benim için İstanbul Üniversitesini kendisi ile anlamlı kılan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Selma SÖYÜK'e

Doktora tez izleme jürimde olan ve her türlü yardım ve desteğini benden esirgemeyen, bilgi birikimi ve tecrübeleri ile beni yönlendiren, akademik duruşu ile örnek algıdığım değerli hocam Prof. Dr. Mehveş TARIM'a

Doktora tez izleme jürimde olan akademik çalışma yaşamımda başarılarını örnek aldığım, değerli katkıları ve güler yüzüyle hep destek olan sevgili hocam Prof. Dr. Özgür ASLAN'a

Tezimin istatistiksel analizlerinde değerli katkıları olan Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ'e, tez konum sebebiyle tanıştığım ve akademik olarak desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Erkan SAĞLIK'a, tezimin verilerinin alınmasında desteklerini esirgemeyen hocam Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN'e

Sekiz yıllık asistanlık sürecim boyunca ilk günden bu güne kadar destekleri ve sevgisi ile her zaman yanımda değerli hocam Doç. Dr. Hatice ULUSOY'a

Akademisyenliğe başladığım günden itibaren her türlü desteğini esirgemeyen ve doktora tez çalışmalarımı yürütebilmem için kolaylıklar sağlayan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha Biçer ve Dr. Öğr. Üyesi Derya Fatma Biçer'e

Lisans eğitiminden sonra yollarımızın tekrar doktora eğitimi ile kesiştiği ve bütün zorlukları beraber aştığımız her zaman güleryüzü ve ışığı ile yanımda olan dostum Arş. Gör. Sümeyye ARSLAN KURTULUŞ'a

Doktora eğitimimin bana kazandırdığı değerli dostlarım Haydar HOŞGÖR, Arş. Gör. Canser BOZ, Arş. Gör. İbrahim GÜN'e

Bugünlere gelmemde sevgisi ve desteğini hep hissettiğim emeklerini asla ödeyemeceğim kıymetli anne ve babama, manevi desteğinin yanında evinin kapılarını bana açarak İstanbul'daki ailem olan Şefika KARABULUT ve kızı Ülay'a,

Hayatımın her alanında yanımda olan, sabrı ve fedakârlığı ile doktora eğitim sürecimde beni her zaman motive eden, hayat arkadaşım, sevgili eşim Mustafa TOSUN'a

Bu zorlu süreçte hayatımıza katılan ve bana hayat ışığı olan oğullarım Kıvanç ve Kerem'e

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İ
BEYAN	İİ
İTHAF	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XİV
ÖZET	XVİ
ABSTRACT.....	XVİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	İ
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Müşteri Kavramı.....	1
2.1.1. Müşteri Memnuniyeti.....	2
2.1.2. Müşteri Memnuniyeti ve Önemi.....	4
2.1.3. Müşteri Memnuniyeti Oluşmasına Yönelik Bilişsel Kuramlar	6
2.1.4. Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi	11
2.1.5. Hasta Memnuniyeti	16
2.2. Şikayet Yönetimi	18
2.2.1. Şikayet Kavramı	19
2.2.2. Hizmet Hataları.....	20
2.2.3. Şikayet Etme Davranışı	21
2.2.4. Şikayet Eden Müşterileri Türleri	28
2.2.5. Müşteri Şikayetlerinin Önemi.....	30
2.2.6. Müşteri Şikayet Yönetimi	32
2.2.7. İşletmeler Tarafından Şikayetlerin Ele Alınışı	33
2.2.8. Şikayet Yönetimi ve Adalet Kavramı	39
2.2.9. Müşteri Şikayetleri ve Davranışsal Niyetler.....	42
2.2.10. Müşteri Şikayetleri ve Müşteri Memnuniyeti.....	43
2.2.11. Müşteri Şikayetleri ve Kalite	44

2.2.12. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Şikayetleri	45
2.2.13. Hasta Şikayetlerinin Sınıflandırılması	47
2.2.14. Türkiye ve Diğer Ülkelerin Sağlık Sistemlerinde Şikayet Yönetim Süreçleri	48
2.3. Kuruma Güven	87
2.3.1. Güvenin Tanımı ve Özellikleri	87
2.3.2. Güvenin Türleri.....	89
2.3.3. Kuruma Güven Tanımı ve Önemi.....	91
2.3.4. Kuruma Güven ve Müşteri Şikayetleri	93
2.4. Algılanan Hizmet Kalitesi.....	93
2.4.1. Kalite	93
2.4.2. Hizmet Kalitesi	94
2.4.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	97
2.4.4. Hizmet Kalitesi Modelleri	100
2.4.4.1. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984)	100
2.4.4.2. Hizmet Kalitesi Modeli, Boşluk Modeli (GAP Modeli, SERVQUAL Modeli) (Parasuraman ve arkadaşları 1985)	102
2.4.4.3. Nitelikli Hizmet Kalitesi Modeli (Haywood-Farmer, 1988)	107
2.4.4.4. Sentezlenmiş hizmet kalitesi modeli (Brogowicz, Delene ve Lyth 1990)	108
2.4.4.5. Lehtinen ve Lehtinen'in Hizmet Kalitesi Modeli (1991).....	108
2.4.4.6. SERVPERF Modeli (Cronin ve Taylor, 1992)	110
2.4.4.7. İdeal Değer Hizmet Kalitesi Modeli (Mattson, 1992).....	110
2.4.4.8. Değerlendirilmiş Performans ve Normlandırılmış Kalite Modeli (Teas, 1993)	111
2.4.4.9. Nitelik ve Genel Etki Modeli (Dabholker, 1996).....	111
2.4.4.10. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyeti Modeli (Spreng ve Mackoy, 1996)	112
2.4.4.11. Hiyerarşik Sıralamaya Dayalı Model-PCP Nitelik Modeli (Philip ve Hazlett, 1997)	113
2.4.4.12. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli (Sweeney vd., 1997)	114
2.4.4.13. Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli (Oh, 1999)	116
2.4.4.14. Öncüller ve Aracı Modeli (Dabholker vd., 2000)	117

2.4.4.15. İç Hizmet Kalitesi Modeli (Frost ve Kumar, 2000)	118
2.4.4.16. Önem ve Memnuniyet Modeli (I-S Model) (Yang 2003)	119
2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	125
2.5. Davranışsal Niyet.....	133
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	136
3.1. Araştırmanın Önemi ve Kısıtları	136
3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	137
3.3. Araştırmanın Değişkenleri, Modeli ve Hipotezleri	137
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	143
3.5. Veri Toplama Aracı	143
3.6. Öntest	144
3.7. Verilerin Toplanması	145
3.8. Verilerin Analizi	145
4. BULGULAR.....	149
4.1. Hastane Şikayetlerine Ait Döküman Analizi ile Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	149
4.1.1. Şikayetçilerin Yaşlarına Göre Dağılımları	149
4.1.2. Şikayetçilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	150
4.1.3. Şikayetçilerin Tekrarlı Şikayet Başvurularına Göre Dağılımları	150
4.1.4. Şikayetçilerin Başvurdukları Şikayet Kanallarına Göre Dağılımı.....	150
4.1.5. Şikayetlerin Yıllara Göre Dağılımı.....	151
4.1.6. Şikayetlerin Başvuru Sahibine Göre Dağılımı	151
4.1.7. Şikayetlerin Hizmet Türüne Göre Dağılımları	151
4.1.8. Şikayetlerin İlgili Oldukları Birime Göre Dağılımları.....	152
4.1.9. Şikayetlerin İlgili Oldukları Anabilim Dalı ve Birime Göre Dağılımları	152
4.1.10. Şikayet Edilenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	154
4.1.11. Şikayetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı	154
4.1.12. Hekimlerin Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları	157
4.1.13. Diğer Sağlık Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları	159
4.1.14. İdari Personel, Sekreter ve Sekreter-Doktor Gruplarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları.....	161
4.1.15. Diğer Hastane Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları	162

4.1.16. Şikayetlerde Hak İhlali Olup Olmadığına Göre Dağılımı.....	163
4.1.17. Hak İhlali Tespit Edilen Şikayetlerin Hak İhlali Türüne Göre Dağılımı	164
4.1.18. Şikayetin Çözümlemesi ve Şikayetçi ile İletişim Şekline Göre Şikayetlerin Dağılımı	164
4.1.19. Şikayetlerin Şikayetçiye Geri Dönüş İçeriğine Göre Dağılımı	164
4.1.20. Şikayetlerin Sonuçlandırılması ve Sonuçlandırılma İfadelerine Göre Dağılımı	165
4.1.21. Şikayetlerin Cevaplanma Sürelerine Göre Dağılımları.....	166
4.1.22. Şikayet Dosyalarında Eksik Evrak Olup Olmadığına Göre Dağılımları.....	166
4.1.23. Şikayetlerin Adli Vaka Olup Olmadığına Göre Dağılımları	167
4.1.24. Şikayetlerin Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisine Göre Sınıflandırılması	167
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	170
4.2.1. Güvenilirlik Analizi Bulguları.....	170
4.2.2. Ölçeklerin Geçerlilik Analizi Bulguları	170
4.2.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları.....	170
4.2.2.2. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları.	173
4.2.2.3. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları	173
4.2.2.4. Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları.....	176
4.2.2.5. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Faktör Analizinin Bulguları.....	176
4.2.2.6. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	178
4.2.2.7. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ...	181
4.2.2.8. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	183
4.2.2.9. Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	186
4.2.2.10. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	188
4.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları	191
4.4. Path Analizi Bulguları.....	192
4.4.1. Önerilen Modelin Uyum İndeksleri ve Standart İndeks Değerleri	192

4.4.2. Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayıları	192
4.4.3. Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	197
4.4.4. Önerilen Araştırma Modelinin Path Diyagramı	200
4.4.5. Desteklenen Hipotezlerdeki Direkt Etki, Dolaylı Etki ve Toplam Etkilerin Standardize Edilmiş Değerleri	201
5. TARTIŞMA	205
5.1. Hasta Şikayetleri ile İlgili Sonuçlar	205
5.2. Araştırma Modeline Ait Bulguların Tartışılması	209
5.2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliği.....	209
5.2.2. Veri Toplama Aracında Yer Alan Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçlarının Tartışılması	210
5.2.3. Araştırma Modelinin Test Edilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	211
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	216
KAYNAKLAR	221
HAM VERİLER.....	247
FORMLAR	248
ETİK KURUL KARARI	252
PATENT HAKKI İZNİ.....	253
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	254
ÖZGEÇMİŞ	255

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Şikayetin Ele Alınışındaki Olumsuz Tutum ve Davranışlar İle Örnek Durumlar.....	34
Tablo 2.2. Ulusal ve Uluslararası Literatürde Şikayet Yönetimi İle İlgili Yapılmış Çalışmalar	73
Tablo 2.3. Güven Kavramının Boyutları	90
Tablo: 2.4. Hizmet Kalitesinin Beş Boyutu	98
Tablo 2.5. Hizmet Kalitesi Modelleri Özet Tablosu	121
Tablo 3.1 Model Uyum Kriteri ve Eşik Değerleri	148
Tablo 4-1: Şikayetçilerin Yaşlarına Göre Dağılımları	149
Tablo 4-2: Şikayetçilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	150
Tablo 4-3: Şikayetçilerin Tekrarlı Şikayet Başvurularına Göre Dağılımları.....	150
Tablo 4-4: Şikayetçilerin Başvurdıkları Şikayet Kanallarına Göre Dağılımları.....	150
Tablo 4-5: Şikayetlerin Yıllara Göre Dağılımı	151
Tablo 4- 6: Şikayetlerin Başvuru Sahibine Göre Dağılımı.....	151
Tablo 4-7: Şikayetlerin Hizmet Türüne Göre Dağılımları	151
Tablo 4-8: Şikayetlerin İlgili Oldukları Birime Göre Dağılımları	152
Tablo 4-9: Şikayetlerin İlgili Oldukları Anabilim Dalı ve Birime Göre Dağılımları ..	153
Tablo 4-10: Şikayet Edilenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	154
Tablo 4-11: Şikayetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı	156
Tablo 4-12: Hekimlerin Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları.....	158
Tablo 4-13: Diğer Sağlık Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları	160
Tablo 4-14: İdari Personel, Sekreter ve Sekreter-Doktor Gruplarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları.....	162
Tablo 4-15: Diğer Hastane Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları	163
Tablo 4-16: Şikayetlerde Hak İhlali Olup Olmadığına Göre Dağılımı	164
Tablo 4-17: Hak İhlali Tespit Edilen Şikayetlerin Hak İhlali Türüne Göre Dağılımı .	164
Tablo 4-18: Şikayetin Çözümlemesi ve Şikayetçi İle İletişim Şekline Göre Dağılımı	164
Tablo 4-19: Şikayetlerin Şikayetçiye Geri Dönüş İçeriğine Göre Dağılımı	165

Tablo 4-20: Şikayetlerin Sonuçlandırılması ve Sonuçlandırılma İfadelerine Göre Dağılımı	165
Tablo 4-21: Şikayetlerin Cevaplanma Sürelerine Göre Dağılımları.....	166
Tablo 4-22: Şikayet Dosyalarında Eksik Evrak Olup Olmadığına Göre Dağılımları..	166
Tablo 4-23 Şikayetlerin Adli Vaka Olup Olmadığına Göre Dağılımları	167
Tablo 4-24: Şikayetlerin Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisine Göre Sınıflandırılması	168
Tablo 4-25: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları	171
Tablo 4-26: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	172
Tablo 4-27: Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	173
Tablo 4-28: Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	173
Tablo 4-29: Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	174
Tablo 4-30: Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .	175
Tablo 4-31: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	176
Tablo 4-32: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	176
Tablo 4-33: Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Bulguları	177
Tablo 4-34: Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	177
Tablo 4-35: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları	178
Tablo 4-36: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları	179
Tablo 4-37: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	180
Tablo 4-38: Kuruma Güven Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeks Sonuçları	182
Tablo 4-39: Kuruma Güven Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları	182
Tablo 4-40: Kuruma Güven Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları ..	183
Tablo 4-41: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeks Sonuçları.....	184

Tablo 4-42: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları	184
Tablo 4-43: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	185
Tablo 4-44 Müşteri Memnuiyeti Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları	187
Tablo 4-45: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları	187
Tablo 4-46: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	188
Tablo 4-47: Davranışsal Niyet Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları	188
Tablo 4-48: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları	189
Tablo 4-49: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	189
Tablo 4-50: Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	191
Tablo 4-51: Önerilen Modelin Uyum İndeksleri ve Standart İndeks Değerleri	192
Tablo 4-52: Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayıları.	193
Tablo 4-53: Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	198
Tablo 5-1: Araştırma Hipotezleri ve Sonuçlar.....	214

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Beklentilerin Onaylanmaması Modeli	8
Şekil 2.2. Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksi Modeli	14
Şekil 2.3. Day ve Landon'un (1977) Müşteri Şikayet Davranışları Sınıflaması	22
Şekli 2.4. Memnuniyetsizliğin Sonuçları ve Şikayet Etme Davranışı	26
Şekil 2.5. Hizmet Kalitesini Oluşturan Boyutların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle İlişkisi (Parasuraman vd., 1985).....	100
Şekil. 2.6 Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984).....	101
Şekil 2.7. Fark Analizi Modeli (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988).....	103
Şekil 2.8. Nitelikli Hizmet Kalitesi Modeli (Seth vd., 2005)	108
Şekil 2.9. İdeal Değer Hizmet Kalitesi Modeli (Mattsson, 1992).....	111
Şekil 2.10 Nitelik ve Genel Etki Modeli (Dabholkar, 1996)	112
Şekil 2.11. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyeti Modeli (Spreng ve Mackoy, 1996).....	113
Şekil 2.12. PCP Modeli (Philip ve Hazlett, 1997)	114
Şekil 2.13. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli (Sweeney vd., 1997)	115
Şekil 2.14 Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli	116
Şekil 2.15. Öncüller ve Aracı Modeli (Dabholkar vd., 2000)	117
Şekil 2.16. İç Hizmet Kalitesi Modeli (Frost ve Kumar, 2000).....	118
Şekil 2.17. Önem-Memnuniyet (I-S) Modeli (Yang, 2003)	119
Şekil 3.1 Araştırma Modeli.....	138
Şekil 4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı.....	181
Şekil 4.2. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı...	183
Şekil 4.3. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı	186
Şekil 4.4. Müşteri Memnuniyetine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı	188
Şekil 4.5. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı	190
Şekil 4.6. Araştırma Modelinin Path Diyagramı.....	201

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AFA:	Açıklayıcı-Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI:	Düzeltilmiş Uyum İyiiliği İndeksi
AMOS:	Analysis of Moment Structure
BİMER:	Başbakanlık İletişim Merkezi
CİMER:	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
CFI:	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ECSI:	Avrupa Müşteri Memnuniyeti Endeksi
GFI:	Uyum İyiiliği İndeksi
HBBS:	Hasta Başvuru Bildirim Sistemi
HCFA:	The Health Care Finance Administration
HMO:	Sağlık Bakım Organizasyonları
ISO:	International Standartizasyon Organization
KFA:	Keşfedici Faktör Analizi
KMO:	Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü
Max:	Maximum
Min:	Minimum
NFI:	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NHS:	İngiltere Ulusal Sağlık Sistemleri
p:	p değeri
QID:	Kalite Geliştirme Departmanına
RMSEA:	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SABİM:	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SERVQUAL:	Service Quality
SERVPERF:	Service Performance
SRA:	Standartlaştırılmış Regresyon Ağırlıkları

t: t değeri

TDK: Türk Dil Kurumu

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

TMME: Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksi

TS: Türk Standartları

YEM: Yapısal Eşitlik Modeli



ÖZET

Tosun, N. (2018). Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Sağlık kurumları için hasta şikayetleri, müşterilerin memnuniyetsizliklerinin ifadesinin yanı sıra hasta güvenliği ile ilgili iyileştirmelere de olanak sağlayan önemli bir kalite kontrol aracıdır. Bu tez çalışmasının amacı, hastaneye iletilen beş yıllık hasta şikayetlerinin incelenmesi ile kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesidir. Araştırmanın evren ve örneklemini bir üniversite hastanesine ait hasta şikayetleri ve şikayette bulunan hasta ve yakınları oluşturmuştur. Nitel ve nicel olarak tasarlanan araştırmanın nitel kısmında retrospektif olarak doküman analizi ile 2017-2013 yıllarına ait 1912 hasta şikayeti incelenmiştir. Nitel kısmında ise, kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolü bir yapısal eşitlik modellemesi olan Path analizi ile test edilmiştir. Şikayetlerin %45,7'si uzmanlık belirtilmeden genel şikayet olup, %32,2'si hekimlerle ilgilidir. Şikayetlerin %54,0'ı dahili birimlerle ilgilidir. Şikayetler nedenlerine göre incelendiğinde ise, en çok şikayet edilen konular; olumsuz iletişim, kaba saygısız ve duyarsız davranışlar ile hastane personelinin ilgisizliğidir. Reader'ın hasta şikayetleri taksonomisi kullanılarak şikayetler değerlendirildiğinde ise, şikayetlerin ilgili olduğu alanlar; yönetim, ilişkiler ve kliniklerdir. Ayrıca şikayetçilerin etkileşim adaletine yönelik algıları müşteri memnuniyetini etkilemektedir. Araştırma modelinin test edilmesi sonucu; kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinde müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde, şikayet yönetiminin aracılık etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şikayet Yönetimi, Hasta Şikayetleri, Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti, Davranışsal Niyet, Yapısal Eşitlik Modeli

ABSTRACT

Tosun, N. (2018). The Mediator Role of Complaint Management in Measuring the Customer Satisfaction and Behavioral Intention of Corporate Credibility and Perceived Service Quality: The Sample of a University Hospital. Istanbul University, Institute of Health Science, Health Management. Doctoral thesis. Istanbul.

Patient complaints for health institutions that enables betterments about patient safety as well as the expression of customers' dissatisfactions are an important quality tool. The aim of this thesis study is to determine the mediation role of complaint management in measuring the effects on customer satisfaction and behavioral intention of trust on the institutions and perceived service quality by examining the 5 year complaints transmitted to the hospital. The universe and the sample of the survey consist of the patient complaints belong to a university hospital and the patient and the patient relatives who have complained. In the quantitative part of the survey which is designed qualitatively and quantitatively, 1912 patients' complaints of the years 2017-2013 were examined by document analysis retrospectively. In the qualitative part, in measuring the effects on customer satisfaction and behavioral intention of trust on the institutions and perceived service quality was tested with Path analysis which is structural equation modeling of the mediation role of the complaint method. 45.7% of the complaints are general complaints without any specialization and 32.2% are related to physicians. 54.0% of complaints are related to internal units. When the complaints are examined according to their reasons, the most complained subjects are; negative communication; rude, disrespectful and insensitive behaviors, and disregard of hospital staff. When the complaints are evaluated by using Reader's patient complaints taxonomy, areas in which the complaints are related; management, relationships and clinic. In addition, the perceptions of the complaints towards the interaction justice affect the customer satisfaction. As a result of testing the research model; it has been detected that the complaint management has an intermediary effect in measuring the effects of trust on the institutions and perceived service quality on customer satisfaction and behavioral intention.

Key Words: Complaint Management, Patient Complaint, Service Quality, Customer Satisfaction, Behavioral Intention, Structural Equation Modeling

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hizmet kalitesinin bir tamamlayıcısı ve müşteri ilişkileri yönetimi ile yakından ilişkili olan şikayet yönetimi kavramı, işletmelerin müşterileri ile uzun vadede başarılı ilişkiler sürdürebilmesi için etkili bir araçtır. Müşteri şikayetleri; işletmelerin çalışan performansını değerlendirmesine, iş süreçlerini kontrol ederek aksayan yönlerini belirlemesine, olaylara müşteri gözüyle bakmasına ve sadakat duygusu yaratarak sürdürülebilir bir müşteri ilişkileri yönetimi geliştirmesine olanak sağlamaktadır.

Müşteri ilişkileri yönetimi, Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) önemli bir bileşeni, şikayet yönetim sistemi ise önemli bir kalite geri bildirimi ve bir TKY unsuru olarak da ele alınmaktadır. Müşteri ilişkileri yönetimi ve TKY gibi kavramlar müşteri sadakatini korumak için hayati öneme sahip olsa da, daha kritik ve destekleyici sistemlerdir. Uzun vadeli müşteri ilişkilerini desteklemek için etkili bir şikayet yönetim sistemi de gerekmektedir. Çünkü etkili bir şikayet yönetim sistemi; müşterilerin sorunlarını çözerek, tekrar benzer sorunların oluşmasını önleyerek ve müşteri memnuniyetini yeniden oluşturarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Şikayet verileri, kalite yönetimi çalışmalarında anahtar role sahiptir. Çünkü bu veriler, hizmet hataları ve tasarımları ile problemlerin düzeltilmesinde kullanılarak işlerin ilk seferde doğru yapılmasını desteklemektedir (Tax vd., 1998; Tag-Eldeen, 2018). Bir işletmedeki şikayet yönetimi, şikayete konu olan sorunların tekrar oluşmasını önlemek için politikaların, prosedürlerin, sistemlerin ve protokollerin tanımlanmasıdır. Uluslararası kalite güvence ve yönetim sistemi standartları olan International Organization For Standardizasyon (ISO), müşteri memnuniyetinin sağlanması için 1002 standartını geliştirmiştir. Bu standart, işletmeler için şikayetlerin nedenlerini ve bunların nasıl ortadan kaldırılacağını belirlemelerinde yardımcı olan şikayet yönetim sisteminin kurulmasına yönelik kılavuzlar sağlamaktadır. Ayrıca şikayet yönetimi aynı sorunlarla karşılaşan tüm müşterilere aynı çözümlerin sunulması ve aynı yöntemlerin uygulanmasını sağlayarak işletme içi tutarlılığı da korumaktadır (Söylemez Sur ve Eregez, 2013, s. 982-984).

Günümüzde sağlık kurumları çok fazla şikayet almaktadır. Bu şikayetler otoparktan reçetelemeye kadar çok farklı konulara odaklanabilmekte olup

memnuniyetsizliğin giderilmesi, değişim yaratılması ve gelecekteki sorunların önlenmesi gibi farklı amaçlar içerebilmektedir. Hasta şikayetleri, sağlık kurumlarına hasta güvenliğinin nasıl iyileştirileceğine dair önemli bilgiler sağlamaktadır. Olumsuz hasta deneyimleri ile ilgili verilerin analiz edilmesi, sağlık kurumlarının hasta bakımındaki sistematik sorunları tespit etme yeteneklerini güçlendirmektedir. Güçlü bir güvenliğ kültüründe hasta şikayetleri kaydedilip sistematik olarak analiz edilmektedir. Böylece hizmetlerin sunulduğu noktadaki zayıflıkların tespit edilmesi sağlanmakta olup iyileştirme ve olası ek kaynak talep edilecek alanlar da belirlenmektedir (Harrison, Walton, Healy, Smith-Merry ve Hobbs, 2016; Montini, Noble ve Stelfox, 2008; Reader, Gillespie ve Roberts, 2014).

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Birincisi, bir üniversite hastanesine iletilen beş yıllık şikayetlerin doküman analizi yöntemi ile incelenmesidir. İkincisi ise, kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde, şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda; çalışmanın ikinci kısmında, çalışmanın değişkenleri olan şikayet yönetimi, müşteri memnuniyeti, kuruma güven, algılanan hizmet kalitesi ve davranışsal niyet kavramları ilgili literatür doğrultusunda açıklanmıştır. Araştırmanın ana değişkeni olan şikayet yönetiminin önemi, şikayet etme davranışı, işletmelerin şikayetleri ele alışı ve şikayet yönetimi adalet kavramı çerçevesinde ele alınıp, sağlık sektöründe hasta şikayetleri, hasta şikayetleri sınıflandırmaları, ülkelerin hasta şikayet yönetim mekanizmaları ve bu konuda yapılmış çalışmalar aktarılmıştır. Araştırmanın ikinci değişkeni müşteri memnuniyeti kavramı olup, bu konuda kuramlar ve müşteri memnuniyetinin ölçülmesine değinilmiştir. Araştırmanın üçüncü değişkeni algılanan hizmet kalitesi olup, hizmet kalitesi modelleri ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramı incelenmiştir. Araştırmanın diğer değişkenleri olan kuruma güven ve davranışsal niyet kavramları detaylı olarak incelenerek aktarılmıştır. Ayrıca bu bölümde, ilgili literatür ışığında konuyla ilgili yapılan çalışmalar ve değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerine de yer verilmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde, araştırmanın metodolojisi açıklanmaktadır. Hasta şikayetlerinin içeriklerinin incelenmesi amacıyla beş yıla ait 1912 şikayete ulaşılmış olup, şikayetlerin çoğunluğu tıbbi hizmetler ve ayaktan hasta hizmetleri ile ilgilidir. Şikayetlerin yarısından fazlası dahili tıp alanları ile ilgili olup, en çok şikayet

edilen ilk üç alan; iç hastalıkları, radyoloji ve çocuk hastalıklarıdır. Meslek grupları açısından en çok şikayet edilenler ise hekimlerdir.

Bu çalışmada şikayetlerin sınıflandırılmasında Reader'ın hasta şikayetleri taksonomisi kullanılmış olup, en çok şikayet edilen alanların sırasıyla yönetim, ilişkiler ve klinik alanlar olduğu sonucuna varılmıştır. En çok şikayet edilen konular ise; kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar, hizmetlere ve personellere erişimdeki sıkıntılar ve iletişim bozukluklarıdır.

Araştırma modelinin test edilmesi sonucunda; algılanan hizmet kalitesi boyutlarından empati, cevaplandırma, fiziki imkanlar ve güvenin; müşteri memnuniyetini ve şikayet yönetiminin prosedür ve dağıtım adaleti boyutlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca empati, cevaplandırma ve fiziki imkanlar, olumlu davranışsal niyetleri etkilemekte olup; empati ve mekan özellikleri, olumsuz davranışsal niyetleri etkilemektedir. Kuruma güven, şikayet yönetim sürecindeki etkileşim adaletini, müşteri memnuniyetini ve olumlu davranışsal niyetleri etkilemektedir. Şikayet yönetim sürecinde ki müşterilerin prosedür ve dağıtım adaletine ait algıları ile etkileşim adaletine yönelik algıları olumsuz davranışsal niyetlerini etkilemektedir. Ayrıca şikayetçilerin etkileşim adaletine yönelik algıları müşteri memnuniyetini etkilemektedir. Müşteri memnuniyeti, olumlu davranışsal niyetleri etkilemektedir. Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde, şikayet yönetiminin aracılık etkisi bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Tez çalışmasının ikinci bölümü olan genel bilgiler kısmında; müşteri memnuniyeti, şikayet yönetimi, algılanan hizmet kalitesi ve davranışsal niyet kavramları ilgili alt başlıkları ile açıklanmaktadır.

2.1. Müşteri Kavramı

Sağlık hizmetleri yönetimi alanında; hasta yerine müşteri kavramının kullanılmasını destekleyen ve karşı olanlar olmak üzere farklı görüşler bulunmaktadır. Günümüzde artan rekabet ortamının ve maliyetlerin de etkisiyle hasta odaklı bakımın yanı sıra hastanelerin birer işletme mantığı ile etkin yönetim tekniklerinin kullanılarak yönetilmesi gerekmektedir. Bu tez çalışmasında müşteri kavramının sadece hasta ve yakınlarını değil aynı zamanda sağlık hizmetlerinden etkilenen tüm grupları da kapsadığı için hasta yerine müşteri kavramı kullanılmıştır (Bostan, 2006).

İşletmelerin kuruluş amaçları arasında kar elde etme ve varlıklarını devam ettirme yer almaktadır. Bu amaçlarına ulaşmalarında varlık nedenlerinin temelinde yer alan ve faaliyetlerini yönlendiren müşterileri ile olumlu ilişkiler kurulması ve memnun edilmesi önem taşımaktadır. Literatürde tüketici ve müşteri kavramları genellikle birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Tüketiciler; ürün veya hizmeti tam olarak kullanan gerçek bireylerdir ve sunulan ürün veya hizmeti bizzat değerlendirerek, kabul veya reddetme seçeneğine sahiptirler. Tüketiciler satın alma amaçlarına göre nihai tüketiciler ve endüstriyel tüketiciler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Nihai tüketiciler; bireysel veya ailevi ihtiyaçları için satın almayı gerçekleştiren kişilerdir. Endüstriyel tüketiciler ise; kendi üretimlerine dahil etmek, desteklemek yada tekrar satmak gibi faaliyetlerini sürdürmek amacıyla satın alanlardır. Müşteriler, satılan ürün veya hizmeti satın alan ve kullanan veya etkilenen tüm kişi veya kurumları ifade etmektedir. İşletmeler açısından tüketicilerin müşterilerden farkı; işletme ile olan iletişimlerinin ve tekrar satın alma davranışlarının belirli bir düzen ve sıklıkta olmamasıdır. Müşterilerin demografik, sosyal, ekonomik ve kültürel durumları ve özellikleri dolayısıyla da algıları ve tutumları birbirlerinde farklıdır. Bütün bu farklılıklara rağmen, müşterilerin ortak beklentileri, isteklerinin uygun koşullarda sağlanması ve sunulmasıdır (Bayraktaroğlu, 1998; Değermen, 2006, s.69).

Müşteri kavramı iç ve dış müşteri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İç müşteri, işletmenin çalışanlarıdır. Sağlık kurumlarında iç müşteri kurumda çalışan ve kurumla organik ilişkileri bulunan kişi veya gruplardır. Dış müşteri, bir ürün veya hizmetten kaliteli olması koşuluyla, en yüksek faydayı sağlamak isteyen ve satın alım gücü ile desteklenmiş kişilerdir. Sağlık kurumlarında dış müşteri sağlık kurumlarının temel çıktılarından doğrudan ve dolaylı olarak etkilenen kişi veya gruplardır. Dış müşterilerin memnuniyeti ve sadakati, iç müşteriler aracılığıyla sağlanmaktadır. İç müşterilerin iş devamlılığı ve iş güvencesi de, dış müşterilerin devamlılığı ile sağlanmaktadır. İşletmelerin amaç ve hedeflerine ulaşmaları, iç müşterilerin memnun edilmesi yoluyla, dış müşterilerin memnuniyetine bağlıdır (Demirel, 2007, s.21-22; Söylemez Sur ve Eregez, 2013, s. 982).

TKY felsefesi ile işletmeler faaliyetlerinin temeline müşteri istek ve beklentilerini yerleştirerek müşteri odaklı yaklaşımlar sergilemektedirler. Çünkü müşteriler kaliteyi tanımlamakta, iç müşteriler ise dış müşterilerin isteği doğrultusunda kaliteyi üretmektedir. Sonuç odaklı geleneksel yönetim anlayışı içe yöneliktir. Müşteri memnuniyetini sağlamayı amaçlayan ve TKY uygulayan müşteri odaklı işletmeler ise dışa yöneliktir. Bu doğrultuda da müşteriler işletmenin önceliği olmalıdır, çünkü işletmenin sürdürülebilirliği müşterilere bağlıdır. Müşteri memnuniyeti yüksek kaliteli ürünlerin üretilmesi ile sağlanır ve her bir satın almayla yenilenir. İşletme aynı kaliteyi sunsa da müşteri memnuniyeti sağlanmayabilir. Bu yüzden memnuniyet aynı zamanda sürekli iyileştirme anlamına gelmektedir (Marangoz, 2016, s.96-97).

Bir ürün veya hizmetten memnun olan müşterilerin, satın alma işlemini tekrar etmesi ve tüketim deneyimini diğer kişilere tavsiye etmesi daha olasıdır. Bu nedenle, akademisyenler ve sahadakiler, bireyin kendi tüketim aktiviteleriyle ilgili sonuçları ve deneyimleri ile ilgili öznel değerlendirmelerinin olumlu olması olarak tanımlanan müşteri memnuniyeti kavramı üzerinde çalışılması gerekliliğini vurgulamışlardır (Martinez-Tur, Peiro, Ramos ve Moliner, 2006).

2.1.1. Müşteri Memnuniyeti

1970'lerin başından itibaren tüketici memnuniyeti çalışmaları, yönetim bilimciler, pazarlama araştırmacıları, tüketici araştırmacıları ve sosyal psikologlar gibi farklı disiplinlerce önem kazanmaya başlamıştır. Yönetim disiplini açısından işletmelerin odak noktalarından biri müşteri memnuniyeti, pazarlama disiplini açısından

ise, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının tahmin edilmesi olarak ele alınmıştır (Naktiyok ve Küçük, 2003).

Literatürde, müşteri memnuniyeti kavramı ile ilgili farklı tanımlar yer almakla beraber, yapılan tanımların çoğu beklentilerin onaylanmaması yaklaşımlarına dayanmaktadır. Müşteri memnuniyeti, satın alma öncesi beklentiler ile satın alma deneyimi ve performans sürecinde algılanan değerlendirmelerin bir sonucudur (Selvi, 2007, s.39).

Anderson ve arkadaşlarına göre (1994); tüketicinin tüketim sonrası beklenen kalite ve algılanan kaliteyi karşılaştırılması sonucu, işletmenin sunduğu hizmetler hakkında yapmış olduğu kümülatif bir değerlendirmedir. Mittal ve arkadaşlarına (1999) göre; memnuniyet, müşterinin hizmet satın alınmadan önceki beklentileri ile sonrasındaki deneyiminin bir çıktısıdır. Kotler'e (2000: s.36) göre; müşterinin memnun olma veya olmaması, algılanan performans ve beklentilerin bir fonksiyonudur. Eğer performans, beklentileri karşılamış veya üstüneyse müşteri memnun olmuş demek, eğer performans, beklentileri karşılamaz ise müşteri memnun olmamış demektir. Zengin ve Ulama'ya göre (2015) müşteri memnuniyeti bireyin algı ve değerlerine dayanan bir olgu olup, mal veya hizmetlere ilişkin sübjektif beklentiler ile mal veya hizmetlerin sağladığı gerçek fayda arasında ki uyumdur. Rekabet ve yönetim strajesi olan müşteri ilişkileri yönetiminin temelinde insan unsuru yer almaktadır ve sistemin doğru çalışabilmesi için müşterilerle sağlıklı ve başarılı ilişkiler kurulması gerekmektedir. Bu ilişkilerin geliştirilmesinde de müşteri memnuniyeti kavramı önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak memnuniyet; ürün veya hizmet sunumu veya etkileşimi sonrasında, tüketicinin alınan hizmet ile ilgili deneyimleri ve değerlendirmeleri olarak ortaya çıkmaktadır. Memnuniyet, müşterilerin sübjektif olarak beklentilerine dayanarak, aldıkları hizmetin performansına yönelik yaptıkları karşılaştırmalar sonucu oluşmaktadır.

Müşteri memnuniyeti, üç unsur ile değerlendirilmektedir. Bunlar; beklentiler, istekler ve performanstır. Beklentiler; önceki hizmetin algılanan niteliği, müşterinin kişilik özellikleri, deneyimler, reklamlar, satış promosyonu gibi faktörlerden etkilenmekte olup, müşterilerin ürün veya hizmetin performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır. Memnuniyet modellerinde, istek ve beklentiler aynı anlamda kullanılmakla birlikte, bu kavramlar temelde birbirinden farklıdır. İstekler, şimdiki zamana yönelik

olup durağandır. Beklentiler geleceğe yönelik olup etkilenmeleri ve değiştirilebilmeleri daha kolaydır. Üçüncü unsur olan algılanan performans ise, subjektif bir kavram olup, müşteri memnuniyeti ile arasında pozitif bir bağ vardır (Duman, 2003).

Literatürde müşteri memnuniyeti kavramı, işlem bazlı memnuniyet ve kümülatif memnuniyet olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Müşterinin, işletmenin bütünü hakkındaki algı ve düşüncelerinden oluşan değerlendirmeleri kümülatif memnuniyet olarak tanımlanırken; işlem bazlı memnuniyet ise bir işlem için yapılan değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Kümülatif memnuniyet modelleri, genel müşteri bilgilerini kullanarak, mevcut ve gelecekteki müşteri davranışları hakkında tahminde bulunmaktadır (Anderson vd., 1994).

2.1.2. Müşteri Memnuniyeti ve Önemi

Günümüzde yoğun rekabet ortamında, işletmelerin sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlamalarında, ortalamanın üzerinde kâr elde edebilmelerinde, pazar paylarını koruyabilmelerinde ve daha iyi bir işletme performansı sağlayabilmelerinde; müşterilerin memnuniyetinin sağlanması, anahtar konularından birisidir. İşletmeler, yeni müşteri kazanmanın eski müşteriyi elde tutmaktan daha zor olduğunun farkında olarak, var olan müşterilerini elde tutmaya çalışmalı ve bu doğrultuda müşteri odaklı yaklaşımlar geliştirmelidirler. İşletmeler, kaliteli ürün ve hizmet sunarak ve müşteri istek ve beklentilerini karşılayarak müşteri memnuniyetini, bu doğrultuda da sadık müşterilerini kazanabilirler (Gronholdt, Martensen ve Kristensen, 2000; Kotler, 2000, s.34-36).

İşletmelerin varlıklarını sürdürebilmesi için en önemli unsur, kârlılıklarından çok, müşterilerini ne derece memnun ettikleri ve müşterileri için ne kadar vazgeçilmez olduklarıdır. Müşteri memnuniyeti yaratmada önemli konulardan birisi, müşteri memnuniyetinin bütün çalışanların benimsediği bir kültür haline getirilmesidir. Bu doğrultuda müşteriyi tanımak, müşteriyi dinlemek, müşterilerden gelen şikayet ve geribildirimlere uygun çözümler ve politikalar sunmak, müşterilerin istek ve beklentilerini ölçmek ve bu doğrultuda tasarımlar geliştirmek gerekmektedir (Varinli ve Çatı, 2010, s.109).

İşletmeler için yeni müşteriler kazanmak, mevcut müşteriyi memnun etme yoluyla elde tutmaktan 5-10 kat daha maliyetlidir. Her yıl ortalama bir işletmenin müşteri kaybı, yüzde 10 ile 30 arasında değişmektedir. Müşteri kaybındaki yüzde 5'lik

bir azalmanın telafi edilmesi, işletme kârının yüzde 25 ile 80 oranında artışıyla mümkün olabilir. Bu durumda işletmelerin kârlılıklarını sürdürülebilir kılmalarında müşteri odaklı yaklaşımlar geliştirmeleri ve öncelikli olarak var olan müşterilerini korumaları önemlidir (Kotler, 2000, s.48-49).

Memnuniyet; müşterilerin bireysel olarak mutlu olmaları, satın alma ve müşteri olma davranışı ile işletmelerin desteklenmesi ve bu doğrultuda da işletmelerin ekonomik ve finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında önemli bir kavramdır. Tüm bu işletme yararları, memnun edici bir yaşamın kazandırdığı sonuçlardır. Oliver (2015, s.3-6), memnuniyeti müşteri, işletme, toplum ve sektör perspektifi olarak ele almış ve değerlendirmiştir. Bu perspektifler:

- Müşteri perspektifi: Memnuniyet ürün ve hizmetlerin kullanımı ile hedeflere ulaşılması aracılığıyla bireyin kendini gerçekleştirmesine benzetilebilir. Tüketicinin ve müşteri olmanın sonucu bireye keyif veren, beğenilen ve bireyi güçlendiren bir durumdur. Tüketici karar verme davranışı sonucunda memnun olursa, tekrardan kararını doğrular. Tüketicinin memnun olmasıyla; kötü karar verme sonucunda bunun getireceği ek çözüm arama davranışlarının önüne geçilmiş olunur.
- İşletme perspektifi: Kapitalist toplumlarda işletmeler kazanç sağladıkları oranda varlıklarını sürdürürler. Kârlılığın kilit noktalarından biri de, müşteri memnuniyetidir. Memnun olmayan müşteri, işletme ile olan ilişkisini keser ve ağızdan ağıza olumsuz iletişim başlatır. Bu sürecin nihai sonucu işletme için satış ve dolayısı ile kâr kaybıdır. Yeni müşteri kazanmanın işletmeye getireceği maliyet, mevcut müşteriye elde tutmanın maliyetinden daha fazladır ve bu yüzden de işletmelerin memnuniyetsiz müşterileri geri kazanacak bir atmosfer yaratmaları önerilmektedir. Yapılan çalışmalar, müşteri memnuniyetinin müşteri sadakatini arttırmada kilit rol oynadığını göstermektedir. Bu durumda da işletmelerin hatırlanma oranları yükselmekte, fiyat esnekliği azalmakta, iflas maliyetleri düşmektedir. Bu durum da, işletmenin sürdürülebilirliğinin ve kârlılığının artması anlamına gelmektedir (Blodgett, Wakefield ve Barnes, 1995).
- Toplum perspektifi: Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; sağlık, finans, sosyal ve mental durumun belirlediği daha iyi bir yaşam çıktılarının, memnun olmuş

sosyal sınıf üyelerinin yaşam kalitesini güçlü yönde desteklediğini ortaya koymaktadır.

- Sektör perspektifi: Tüm sektörler, tüketiciler üzerindeki iyi ve kötü etkileri nedeniyle, uzun yıllardır inceleme konusu olmaya devam etmektedir. Genel olarak devletler, tüketicilerin memnuniyetsizliği ile ilgili belgelendirilmiş zararlarından doğan mağduriyetlerini güvence altına almaktadır. Dünya genelinde oluşturulan yasaların çoğu, bu sürecin sonucu olarak oluşturulmuştur. Bu doğrultuda da, ülkeler kendi ulusal müşteri memnuniyeti indekslerini geliştirmişlerdir (Oliver, 2015, s.4).

2.1.3. Müşteri Memnuniyeti Oluşmasına Yönelik Bilişsel Kuramlar

Memnuniyetin bileşenlerini incelemek için, çok sayıda teori geliştirilmiştir. Olshavsky ve Miller (1972) ve Anderson (1973), onaylanmamış beklentileri ve bunların ürün performansı üzerine etkilerini incelemiştir. Bu iki araştırma, Cardozo'nun (1965) deneysel çalışması ile birlikte, bundan sonraki çalışmaların temelini oluşturmuştur.

Beklentilerin Onaylanması Kuramı

Tüketici memnuniyeti çalışmalarında önde gelen isimlerden biri olan Richard L. Oliver (1981), müşteri memnuniyetini tüketicinin tüketimle ilgili memnuniyet olma seviyesi olarak tanımlamıştır. Hizmet ve perakende sektörlerinde müşteri memnuniyeti çalışmaları için de beklentilerin onaylanmaması kuramını geliştirmiştir. Memnuniyet; tüketicilerin aldığı ürün ve hizmetin bir özelliğine ya da bütününe yönelik olarak, yeterli ve aşırı memnun olma seviyeleri de dahil olmak üzere, keyif verici tatminkarlık hissi olarak tanımlanabilir. Memnuniyet, tüketicilerin tüketime yönelik geliştirdikleri cevap niteliğindeki algılarıdır. Bu modele göre, müşterilerin bir hedef ürün ya da hizmetten beklentileri ve öznel performans algılarına dayanarak, yapmış oldukları karşılaştırma süreci sonucu olarak, memnuniyetleri oluşur. Kısacası memnuniyet, beklenen ile gözlenenin karşılaştırılmasıdır. Bu karşılaştırma süreci sonucu, memnun olma ve memnun olmama seviyeleri de dahil olmak üzere, müşterinin memnuniyet yargıları oluşmaktadır. Bu modelde dört temel yapı mevcuttur. Bunlar: beklentiler, performans, uyumsuzluk ve memnuniyettir (Oliver, 1981).

Beklentiler: Öngörülen performansla ilgili beklentilerdir. Memnuniyet literatürü, müşterilerin ürün veya hizmet performansı ile ilgili, farklı tiplerde

beklentileri olduğunu öne sürmektedir. Beklentiler öznel ve değişebilir. Tüketici, satın almayı ya da yararlanmayı gerçekleştirmeden önce, ürün veya hizmetle ilgili reklam, yakın çevre, referans grupları gibi çeşitli kanallardan bilgi edinir ve bu elde ettiği bilgiler sonucu beklentileri oluşur. (Oliver, 2015, s.27). Olshavsky ve Miller (1972); ideal, beklenen, minimum tolere edilebilen ve arzu edilen olmak üzere dört tip beklenti tanımlamıştır. Day (1977), ürün veya hizmetin yapısı gereği harcanan çaba ve fiyat beklentisi ile sosyal fayda ve fiyat beklentisi olmak üzere, iki tür beklenti ayrımını tanımlamıştır.

Performans: Memnuniyet literatüründe önemli noktalardan biri, ürün veya hizmet kullanımıyla ortaya çıkan sonucu karşılaştırmak için, bir referans noktası belirlenmesidir. Performans, müşterilerin ürün veya hizmeti satın aldıktan sonra ortaya çıkan değerlendirmeleridir. Ürün ya da hizmetin performansı arttıkça, bu doğrultuda memnuniyetin de artacağı beklenmektedir.

Uyumsuzluk ve Memnuniyet: Uyumsuzluk/onaylanmama ürün veya hizmeti satın almadan önceki beklentiler ve gerçekleşen performans arasındaki farklılıktan doğan eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Karşılaştırma süreci sonrasında, üç olasılık vardır (Oh, 1999; Caruana vd., 2000). Bunlar;

- Algılanan hizmet performansı müşterinin beklediği gibiyse, sıfır uyum ve memnuniyet,
- Algılanan hizmet performansı beklenenden daha iyiye, pozitif uyumsuzluk ve memnuniyet,
- Algılanan hizmet performansı beklenenin altındaysa, negatif uyumsuzluk ve memnuniyetsizlik gelişmektedir. Müşterinin yaşamış olduğu deneyimden memnuniyetsizlik duyması durumunda, öncelikli olarak ortaya çıkan davranışlar; pişman olması, ürün veya hizmeti almayı bırakması- terk etmesi, ürün veya hizmet hakkında olumsuz iletişim gerçekleştirmesi ve şikayette bulunmasıdır. Oliver'in memnuniyet modeli Şekil 2.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Beklentilerin Onaylanmaması Modeli

Kaynak: Oliver, R. L. (2015). Satisfaction A Behavioral Perspective on the Consumer, Taylor & Francis Group.

Oliver'in 1980 yılında geliştirdiği beklentilerin onaylanmaması modeli, literatürde oldukça kabul görmesine rağmen, bazı eleştiriler almıştır. Bunlar; tüketicilerin her zaman beklenti içinde olmaması, bütün ürün ve hizmetlerde beklenti ile performans karşılaştırmasının yapılamaması, modelin bilişsel alt yapı ile açıklandığı ve hislerin eksik kalması ve memnuniyeti etkileyen başka faktörlerin de olabileceğidir. Oliver bu eleştiriler doğrultusunda modelini; beklentiler-standartlar uyum modeli olarak revize etmiştir. Bu modele göre; birinci modelde olduğu gibi, beklentiler ve performansın karşılaştırılması sonucu oluşan uyum/uyumsuzluk, his yumağı ve ürün kullanımı sonucu ortaya çıkan sonuçlar ile diğer standartlar dolaylı veya dolaysız olarak memnuniyet veya memnuniyetsizliği yaratmaktadır (Oliver'den aktaran Duman, 2003).

Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (Çelişki) Kuramı

Bu kuram, beklentilerin onaylanmaması kuramına farklı bir bakış açısı olarak geliştirilmiş olup, algılanan performans ve onaylanmanın, memnuniyet üzerindeki etkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Beklentilerin onaylanmaması modelinde, tatmin beklentiler ile onaylanmanın bir fonksiyonu olarak ele alınmaktadır. Bu modelde ise, onaylanma ile algılanan kalitenin, memnuniyet üzerindeki beklentilerden daha kuvvetli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Bu kuramın savunucularından Tse ve Wilton (1988), algılanan performansın müşteri memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğinin doğrudan belirleyicisi olduğunu savunmaktadır. Modele göre, psikolojik bir yatırım yaparak satın aldığı ürün veya hizmette beklediğinden daha düşük bir performans ile karşılaşan müşteri, zihninde bu çelişkiyi en aza indirmeye çalışacaktır (Karaca, 2010, s.48).

Benzeşim Kuramı

Müşterinin aldığı ürün ve hizmete yönelik beklentileri ve algılanan performans kıyaslaması sonucunda, eğer performans beklenti düzeyine yakın yani kabul edilebilir beklenti aralığında ise, beklentiler memnuniyeti etkilememektedir. Bu durum da algılanan performans ve beklentiler arasındaki fark küçük olduğundan, algılanan performans beklentilere benzer şekilde yorumlanmakta ve benzeşim olarak adlandırılmaktadır. Algılanan performansın beklentiler ile benzeşim oluşabilmesi için, kıyaslama sonucu farkın olmaması ya da müşterinin tolere edebileceği düzeyde olması gerekmektedir. Benzeşim oluşmasındaki etkili olan faktörler arasında; beklentilerin düzeyi ve ürünün performansına yönelik bilgi, deneyim ve kaliteyi değerlendirmenin kolaylığı yer almaktadır (Özer, 1999).

Atfetme Kuramı

Bireyler, yaşadıkları iyi veya kötü olayları açıklama veya nedeni anlama eğilimindedir ve bu durum atıf teorisi ile açıklanmaktadır. Bu durumda bireyler, yaşamış oldukları iyi veya kötü durumları, başarı veya başarısızlıkları içsel (olayların/sonuçların kendi kontrolünde olduğuna inanma) veya dışsal (şans, nazar vb.) bir nedene bağlamaya çalışmaktadırlar. Bu modelde de, müşteriler iyi ya da kötü satın almayı, ürünün beklenen performansı gösterip göstermediği ile değerlendirirler. Müşteri memnuniyeti süreci, atfetme kuramı ile açıklanmaya çalışıldığında, memnuniyetin dışsal etkilerden çok içsel etkilere dayandığını belirtmektedir. Müşterilerin algılanan hizmet kalitesi genel olarak içsel nedenlere bağlı olarak değişirken, fiyatlardaki değişimler ve satış stratejileri ise dışsal nedenlere bağlı olarak değişmektedir (Oliver ve DeSarbo,1988; Özer, 1999).

Kişiler Arası Eşitlik Modeli

Bu modelde, aynı işletmeden ürün veya hizmet alan müşteriler, satın almış oldukları ürünlerin algılanan performansının belirlenmesinde maliyet, çaba, deneyim vb. gibi kendi girdileri ile diğer tüketicilerin (satıcılar, arkadaş veya referans grupları, vb.) girdilerini karşılaştırarak girdi-çıktı oranını belirlemektedirler. Bu oranı eşitlik veya eşitsizlik kapsamında değerlendirerek, eğer girdi-çıktı oranı eşitse, müşteri memnuniyeti seviyesine ulaşılmış, oran eşit olmadığında ise memnuniyet seviyesine ulaşılmamış şeklinde yorumlanmaktadır (Karaca, 2010, s.48).

Özer'e (1999) göre; müşteri memnuniyetinin oluşmasında ürün ya da hizmetin özellikleri, tüketicinin özelliklerinden etkilenmektedir ve bu doğrultuda da memnuniyetin kavramsal çerçevesi değişebilmektedir. Ürünün mal ya da hizmet oluşu, sektörü, yapılan pazarlama faaliyetleri, müşterilerin demografik değişkenleri ve ürüne yönelik müşterilerin önceki deneyimleri vb. gibi faktörler müşteri memnuniyetinin oluşum sürecini şekillendirmektedir.

Marangoz'a (2016) göre; müşteri memnuniyetinin sağlanması, işletmede sürekli iyileştirmeye yol açan süreçlerin bir parçası olan müşteri odaklı olma ile gerçekleşir. İşletmenin sınırlı kaynakları arasında, müşterilerin memnun edilmesi yoluyla elde tutulması için, aşağıdakiler önerilmektedir;

- Müşterilerin profilinin belirlenmesi
- Müşteriler için satılan veya sunulan ürün/hizmetin hangi özelliğinin önemli olduğunun belirlenmesi
- Müşteriler tarafından verilen önem sırasına göre, belirlenen özelliklerin düzenlenmesi ve her bir özellik için müşterilerin memnun olma derecesinin belirlenmesi
- Müşterilerin ürün veya hizmetten yararlanma sırası veya sonrasında vermiş oldukları geribildirimlerin süreçlere yansıtılması
- Performans kriterleri geliştirerek, hangi alanların süreç içerisinde performansa önemli etkileri olduğunun belirlenmesi
- İşletme ölçümlerinin mümkün olan en düşük seviyede uygulanması
- Süreç içerisinde iyileşmeyi arttıran alanların üzerinde çalışılması
- Müşteri girdilerinin ve geribildirimlerinin sürekli güncellenmesi
- İşletmenin tüm paydaşlarına, yapılan ve yapılacak uygulamalar hakkında detaylı bilgi verilmesi, nelerin beklendiğinin açıklanması ve sürekli iletişim halinde olunması ve
- Elde edilen ölçümlerin yönetime raporlanmasıdır.

Toplam kalite felsefesini benimseyen işletmeler için, müşterilerin tanımladığı değer, yani müşteriler için neyin önemli olduğunun bilinmesi, işletmeler açısından

önem taşımaktadır. Bir ürün veya hizmetin değeri; ürün veya hizmet kalitesi, işletme tarafından sağlanan hizmet, kurum imajı, işletme çalışanları, ürün veya hizmetlerin satış fiyatı ile maliyeti gibi faktörlere bağlıdır. Bu faktörler müşteri için önemlidir ve memnun olmaları, bu faktörler ile ilgili algılarına dayanmaktadır (Marangoz, 2016, s.102).

2.1.4. Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri memnuniyetinin ölçülmesi çalışmaları, TKY anlayışının yaygınlaşması ile eş zamanlı olmuştur. Özellikle Ishakawa'nın müşteri memnuniyetinin önemini vurgulaması, bu konuda yapılan çalışmaların hız kazanmasına neden olmuştur (Rao Tummala ve Tang, 1996).

TKY'nin temel unsurları; iç ve dış müşteri odaklılığı ile müşterilerin tam memnuniyeti, herkesin tam katılımı, liderlik, sürekli eğitim ve gelişim, sıfır hata ve motivasyondur. TKY felsefesinde müşterilerin tam memnuniyetinin sağlanması, bunun içinde müşterilerin beklentilerinin karşılanacak şekilde, işletmedeki tüm birimlerin organize edilmesi yer almaktadır. İşletmelerin artan küresel rekabet ortamında, kârlılık ve büyüme gibi hedeflerine ulaşabilmeleri için, yüksek kalitede ve düşük maliyetle ürün veya hizmet sunmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda işletmeler, müşteri istek ve beklentilerine cevap oluşturarak, hatta beklentilerin ötesine geçerek rakiplerinden farklılaşmalı ve müşteri memnuniyetini sağlamalıdır (Marşap, 2015, s.116). Müşteri memnuniyeti, müşteri sadakatinin oluşmasını ve müşteri ile işletmenin uzun süre kârlı ilişkiler sürdürmesini desteklemektedir.

Toplam kalite uygulamalarında kalite, müşteri tarafından tanımlanmakta ve işletmeler, müşterilerin subjektif olarak tanımladıkları kaliteyi üretmeye çalışmaktadırlar. Yani, ürün ve hizmetleri satın alan dış müşteriler kaliteyi tanımlamakta, işletmenin çalışanları olan iç müşterileri ise, kaliteyi üretmektedir. Kalite yönetimi uygulayan işletmeler, müşteri odaklı olmalı ve müşteri memnuniyetini sağlamalıdır. İşletmelerin sürdürülebilirliği müşteriye bağlıdır. Müşteriler işletmenin önceliği olmalıdır. Güvenilir müşteri, aynı ürün ve hizmeti almaya devam eden, yani kalitesinden memnun olmuş işletme için en önemli müşteridir. Müşteri memnuniyetinin her bir satın alma ile yenilenmesi gerekmektedir. İşletme müşteriye aynı kaliteyi sunsa da, müşteri yeni satın alma sırasında memnun olmayabilir. Bu yüzden memnuniyet de, sürekli iyileştirilmesi gereken bir kavramdır (Marangoz, 2016, s.99-100).

Müşteri memnuniyetinin ölçülmesi, işletmeler açısından müşteri algılamalarının tespit edilmesi, müşteri kayıplarının nedenlerinin tespit edilmesi, işletmelerin performanslarını değerlendirip artırabilmesi ve uzun süre kârlılıklarını sağlamaları açısından önem taşımaktadır. Bu yüzden de, çok sayıda işletme müşteri memnuniyeti araştırmaları yapmaktadır. İşletmelerin müşteri memnuniyeti ölçümü yapmalarının nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Barutçu, 2007):

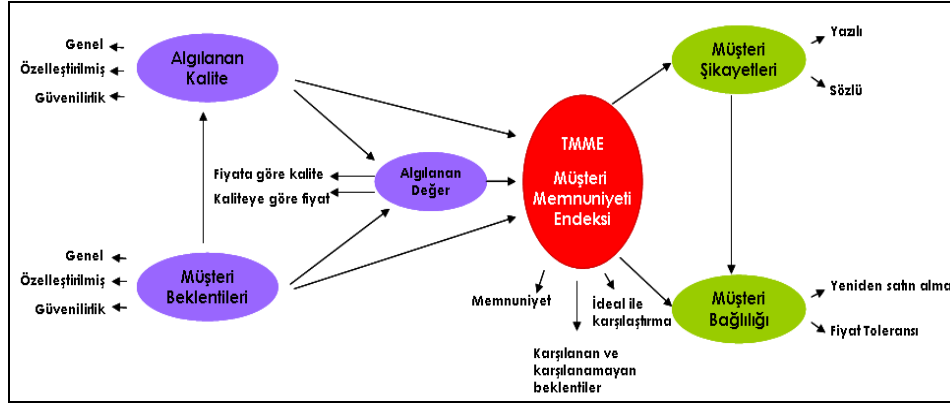
- En iyi ürün ve hizmet sunumu için, müşteri gereksinimlerinin belirlenmesi
- Müşterilere sunulan ürün ve hizmetlerle ilgili değerlerin, müşteriler tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi
- Müşterilerin önceliklerinin belirlenmesi
- Müşterilerin isteklerine ve memnun olmadıkları noktalara göre, ürün ve hizmet kalitesi ve/veya üretim ve pazarlama süreçlerinde gerekli düzeltmelerin yapılması olarak da sıralanabilir.

Müşteri memnuniyetinin ölçümü, çeşitli metodlarla yapılmaktadır. Türkyılmaz (2007), müşteri memnuniyet ölçümlerini, kullanılan metotlara göre dört başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; istatistiksel metotlar ve analiz teknikleri, kalite yaklaşımları, tüketici davranış analizleri ve diğer sistematik yaklaşımlardır. İstatistiksel metotlar ve veri analiz teknikleri altında; betimsel istatistik, çoklu regresyon analizleri, faktör analizleri, diskriminant analizleri, veri zarflama analizleri, küme analizleri yer almaktadır. Malcolm Baldrige kriterleri, Avrupa Kalite Modeli ve Service Quality modelleri kalite yaklaşımları başlığında değerlendirilmektedir. Memnuniyetsizlik modeli ve motivasyon teorileri tüketici davranış analizleri başlığında değerlendirilmektedir. Kano Modeli ve Fornell modeli ise, diğer sistematik yaklaşımlar başlığında değerlendirilmektedir.

Müşteri memnuniyetini ölçmek için oluşturulan modeller, genellikle tek yönlü olarak tasarlanmıştır. Güncel olarak iki kademeli ve buna benzer müşteri memnuniyeti ölçüm modellerinin testinde, bilgisayar yazılım sistemlerinin gelişimi nedeniyle, Yapısal Eşitlik Modeli - YEM (Structural Equation Modeling - SEM) ve iki kademeli teyit edici (doğrulayıcı) Faktör Analizi (Second-order Confirmatory Factor Analysis - CFA) uygulamaları kullanılmaktadır (Eroğlu, 2005).

Son yıllarda ise ülkeler, ekonomilerin ve işletmelerin, müşterilerin gözüyle değerlendirildiği ve ulusal çapta müşteri memnuniyetini ölçmek için geliştirilen bir sistem olan Ulusal Müşteri Memnuniyet Endekslerini oluşturmuşlardır. Müşteri Memnuniyet Endeks modelleri yapısal eşitlik modelleridir. Bu sistem müşteri beklentileri, algılanan değer, algılanan kalite arasında nedensellik, diğer taraftan da müşteri memnuniyeti ile müşteri şikayetleri ve müşteri sadakati arasındaki sonuç ilişkisini gösteren denklemler bütünüdür. İlk sistematik ulusal müşteri memnuniyeti endeksi, Norveç'te kurulmuş ve uygulanmıştır. Daha sonra ise sırasıyla, Almanya Ulusal Kalite ve Memnuniyet Barometresi (1992), Michigan Üniversitesi ve Amerikan Kalite Topluluğu tarafından geliştirilen Amerikan Müşteri Memnuniyeti Endeksi (1994), Norveç Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli (1996) ve Avrupa Birliği'nin 12 ülkesini kapsayan Avrupa Müşteri Memnuniyeti Endeksi (ECSI) ise 1999 yılında yayınlanmıştır. Bu ülkeleri takiben, son yıllarda İngiltere, Sırbistan, Kolombiya, Yeni Zelanda, Tayvan, Rusya, Malezya, Singapur gibi ülkelerde de Ulusal Müşteri Memnuniyeti Endeksi kullanılmaktadır (Anderson, Fornell ve Lehmann, 1994; Varinli ve Çatı, 2010, s.111).

Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksi (TMME) müşterilerin mal ve hizmet sunan işletmelerle ilgili genel deneyimleri sonucu memnuniyetleri ölçen ve ileri ekonometrik model kullanılarak analizi eden ulusal, sektörel ve kurumsal bir endeks sistemidir. TMME, 20'den fazla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede uygulanan, Amerikan Müşteri Endeksi Modeli'nin Türkiye uyarlamasıdır. Ülkemizde 2005-2014 yılları arasında uygulanan endeks KalDer- Türkiye Kalite Derneği ve KA Araştırma Limited Ortak Girişimi ile yürütülmüştür. Amerikan Müşteri Memnuniyeti Endeksi ve Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksinin 6 temel değişkeni bulunmaktadır. Bunlar; algılanan kalite, müşteri beklentileri, algılanan değer, müşteri memnuniyeti, müşteri şikayeti ve müşteri bağlılığıdır. TMME tarafından değerlendirmeye alınan tüm şirketler ve sektörlerde, müşteri memnuniyeti üzerinde en çok etkisi olan unsur, algılanan kalitedir (Türkyılmaz, 2007; Oruç, 2008; <http://www.kalder.org/tmme>).



Şekil 2.2. Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksi Modeli

Kaynak: <http://www.kalder.org/tmme>

Özetle modelde; memnuniyetin oluşmasında müşteri beklentileri, algılanan kalite ve algılanan değer önemli rol oynamaktadır. Müşteri beklentileri, müşterilerin ürün veya hizmeti satın almadan önceki kişisel özellikler, deneyim, tanıtım, yakın çevre referans gruplarının tavsiyelerine göre şekillenen ürün veya hizmetin kalitesi ve performansı ile ilgili yaptıkları değerlendirmeleridir. Algılanan kalite, müşterilerin satın alma sonrası ürün veya hizmetlerin kalitesi ile ilgili ihtiyacı karşılama sürecinin, güvenilirliğinin ve genel boyutlarının değerlendirilmesidir. Algılanan hizmetin, beklentileri ne derece karşıladığı, algılanan hizmet kalitesinin düzeyini belirlemektedir. Müşteri memnuniyetine direkt etkisi bulunan algılanan değer, ürün veya hizmetin elde edilme maliyetlerinin değerlendirilmesi sonucu oluşan yargıdır. Satın alınan ya da faydalanılan ürün veya hizmetin değerlendirilmesinde etkili olan üç değişkenin, memnuniyet üzerindeki yansımaları ise şu şekildedir. Birincisi, müşteri memnuniyeti ile ters orantılı olan, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanmaması veya ürün ve hizmetlerle ilgili yaşanan bir problem sonucu ortaya çıkan müşteri şikayetleridir. İkincisi, memnuniyet ile pozitif ilişkili olan müşterilerin, uzun dönemde tekrar tekrar satın alma ihtimalini ve eğer işletme fiyatı artırırsa, yine de tercih etmesini sağlayan bir tutum olan, müşteri bağlılığıdır. Yapılan araştırmalarda müşteri memnuniyetinin, müşteri sadakatini ve ağızdan ağıza pozitif iletişimi arttırdığı ve fiyat hassasiyetini azalttığı saptanmıştır (Matzler, Fuchs ve Schubert, 2004).

Kotler'e (2000, s.38) göre; müşteri memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesinde kullanılan araçlar dörde ayrılmaktadır. Bunlar; şikayet ve tavsiye sistemleri, müşteri memnuniyeti araştırmaları, hayalet alışverişçileri ve kaybedilmiş müşteri analizidir.

- **Şikayet ve tavsiye sistemleri:** Şikayet ve tavsiye sistemleri, işletmelere yeni fikirler kazandırmakta ve sorunların daha çabuk çözümlenmesine olanak sağlamaktadır. Müşteri odaklı işletmeler, müşterilerinin kolayca şikayette bulunmaları için imkanlar sunarlar. Şikayet formları, tavsiye ve şikayette bulunabilmeleri için ücretsiz telefon hatları, bunlara örnek olarak verilebilir.
- **Müşteri memnuniyeti araştırmaları:** Araştırmalar, müşterilerin dört alışverişten birinde memnun olmadıkları ve bunun da yüzde beşinden azı hakkında şikayette bulunduklarını göstermektedir. Bu yüzden de işletmeler, müşterilerin memnuniyetsizlik ölçümü olarak sadece şikayetleri değil, bunun yanında periyodik olarak yapılan müşteri anketlerinin izlem ve ölçümünü yapmaktadırlar. İşletmelerin ankette dikkat edecekleri bir nokta, çalışanların anketten hemen önce müşterilere çok iyi davranarak sonuçları manipüle etmeleridir.
- **Hayalet alışverişçileri:** İşletmeler, kendilerini potansiyel satın alıcılar olarak tanıtan kişileri çalıştırarak, kendilerinin ve rakiplerinin hizmet ve faaliyetlerinin güçlü ve zayıf yönlerini öğrenebilirler. Hayalet alışverişçiler; işletme çalışanlarının müşterilerle olan etkileşimlerini test eder, bir müşteri olarak kendilerine nasıl davranıldığını, aldıkları ürün ve hizmet hakkında şikayette bulunup şikayetin nasıl ele alındığını ve yönetildiğini gözlemlerler.
- **Kaybedilmiş müşteri analizi:** İşletmeler, kendileri ile ilişkiyi ve alışverişini kesen veya başka bir işletmeye giden eski müşterileri ile iletişime geçip, nedenini sormalıdırlar. İşletme, müşterinin kendisinden hizmet almayı ilk defa kestiği zaman, müşteriye ulaşip onunla mülakat yapmalı ve bunun yanında müşteri kaybetme oranını da ölçmelidir. Eğer işletmenin müşteri kaybetme oranı yüksekse, bu doğrultuda müşteri memnuniyetsizliği de yüksek olacaktır.

Kotler ve arkadaşları (2002, s.23); pazarlamacılara, teknoloji odaklı basit bir iletişim olarak görülen müşteri ilişkileri yönetiminin ötesine geçerek, müşteri sadakatinin oluşturulması, müşteri payının artırılması ve müşteri yaşam boyu değerinin yakalanması yoluyla, kârlı büyümenin arttırılmasını önermektedir. Bu da pazarlama literatüründe, bütünleşik pazarlama kavramı olarak ele alınmaktadır. İşletmelerin pazar payı artışından ziyade, müşteri payını arttırabilmeleri, pazarlama literatüründe üzerinde daha fazla durulan bir konu haline gelmiştir (Varinli ve Çatı, 2010, s.108).

Olumlu davranışsal niyetler; ağızdan ağıza iletişim, tekrar satın alma niyeti, fiyat duyarsızlığı ve müşteri sadakatini kapsamaktadır. Memnuniyet, genellikle müşteri sadakati ve davranışının başlıca itici gücü olarak görülmektedir. Planlı Davranış Teorisi'ne dayanan çalışmalarda da müşteri memnuniyeti, olumlu davranışsal niyetlerin en önemli belirleyicisi olarak yer almaktadır. Literatürde hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramlarının birbirleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Baker ve Crompton, 2000; Cronin Jr, Brady ve Hult, 2000; González, Comesaña ve Brea, 2007; İlban, Bezirgan ve Çolakoğlu, 2016; Meesala ve Paul, 2018).

Artan rekabet ortamında işletmeler, pazarda başarılı olmak ve konumlarını korumak amacıyla, müşteri temelli yaklaşımlar sergilemeli bu bağlamda da kalite, memnuniyet ve sadakat üçlüsüne odaklanmalı ve bu üç unsurun birbirleri ile olan ilişkileri, nelerden etkilendikleri ve işletmeye olan etkilerini analiz etmelidirler (Karaca, 2010, s.53-57).

2.1.5. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerini hasta bakış açısıyla tanımlayan önemli bir sürdürülebilirlik göstergesidir. Hasta memnuniyeti, bireyin sağlık hizmetlerini yararlı ve etkili olarak gördüğü düzeydir. Maliyet, hizmet ve kaynaklara erişim ve hasta refahı konularında, hastaların değerlendirme ölçütüdür. Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin içeriğinin, süreçlerinin ve hizmet deneyimlerinin sonucunun, göze çarpan yönlerine verilen tepkiler şeklinde tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı, müşteri memnuniyeti kavramı ile benzerdir ve temelini beklentilerin onaylanmaması teorisinden almaktadır. Sonuç olarak, hasta memnuniyeti, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılaması olarak ele alınabilir (Faezipour ve Ferreira, 2013).

Başlıca hasta memnuniyeti teorileri, 1980'lerde yayınlanmıştır ve o zamandan beri neredeyse tüm araştırmalar, bu teorilere dayanmaktadır. Fox ve Storms'a (1981) göre memnuniyetsizlik, hasta beklenti ve deneyiminin uyumsuzluğundan kaynaklanmaktadır. Linder-Pelz (1982) hasta memnuniyetinin, bakım veya hizmetle ilgili kişisel beklenti ve değerlerin yanı sıra, bakımın önceki beklentileriyle de ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Ware ve arkadaşları (1983) hasta memnuniyetinin, hastaların kişisel tercihler ve beklentilerinin aracılık ettiği, aldıkları hizmet deneyimleri

konusundaki öznel tepkilerinin bir fonksiyonu olduğunu belirtmektedir. Donabedian (1988) memnuniyetin, sağlık bakım sistemleri içindeki kişisel ilişkilere ve tedaviden elde edilen sağlık sonuçlarına dayandığını, bunlara da hastaların değerlerinin aracılık ettiğini ifade etmektedir. Woodside, Frey ve Daly (1989) hasta memnuniyetini, tüketici tutumunun özel bir formu olarak tanımlamış ve hastanın hizmeti deneyimledikten sonra, ne kadar hoşlandığını veya hoşlanmadığını yansıtan bir satın alma olgusu olarak ele almıştır. Singh (1990) ise, hasta memnuniyetinin üç ana kaynaktan (hekim, sağlık hizmeti sunucuları ve kişinin sağlık sigortası) etkilenen değerlendirmelerle, çok boyutlu bir yapı olarak temsil edildiğini belirtmektedir.

Sonuç olarak, hasta memnuniyetinin oluşmasında bakım kalitesinin tüm yönleri ve özellikle de kişilerarası süreçler etkili olmakta ve kavram bazı anahtar bileşenlerden oluşmaktadır. Bu bileşenler (Hawthorne, Sansoni, Hayes, Marosszeky ve Sansoni, 2014);

- Tedavinin gerçekleştiği ortam ve bakım koordinasyon düzeyi dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerine uygun erişim
- Sağlık enformasyonlarının sağlanması
- Hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişki, özellikle hastayla empati
- Hastanın tedavisi ile ilgili seçimler yapmaya katılımı, hastanın süreçlere dahil edilmesi
- Sağlanan bakım ve tedaviden memnuniyetin yanı sıra, sağlanan hizmetlerin teknik kalitesinden memnuniyet
- Tedavinin etkinliği, tedavinin hastanın beklentilerini karşılaması ve aldığı tedavinin günlük yaşamında hastayı desteklemesi ile
- Genel memnuniyettir.

Literatürde, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin etkilerini ve memnuniyeti nelerin etkilediğinin belirlenmesi üzerine çalışmalar yapılmıştır. Naidu (2009), hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri; erişim, bakım kalitesi, maliyet, hekim rolü ve davranışı, fiziksel imkanlar olarak tanımlamaktadır. Kessler ve Mylod (2011), hasta sadakati ile hasta memnuniyeti arasında, istatistiksel olarak bir ilişki saptamıştır. Ayrıca, daha yüksek hasta memnuniyetine sahip hastanelerin, daha düşük ölüm oranına

ve daha iyi süreç ölçümlerine sahip olduğu saptayan çalışmalarda mevcuttur (Edlund, Young, Kung, Sherbourne ve Wells, 2003; Jaipaul ve Rosenthal, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu 2000 ve Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan, ‘‘Kalite Boşluğunu Kapatmak’’ isimli iki önemli raporda; maliyet kontrolünün ve kalite iyileştirmenin, sıkça rekabet eden hedeflerini dengelemek için teşviklerin yeniden düzenlenmesi çağırısı yer almaktadır. Her iki raporda, vatandaşların beklentilerine cevap vermenin, sağlık sistemi performansının değerli ve istenen bir sonucu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda da, hasta memnuniyetini ölçmek için çabalar artmış ve bazı ülkelerde, hasta memnuniyetini ve hasta merkezli bakımı teşvik etmek için teşvikler benimsenmiştir (Aiken vd., 2012).

Taylor ve Cronin’e göre, hizmet kalitesi ve memnuniyet birbirinden farklı yapılarıdır. Çünkü hizmet kalitesi, uzun dönemli genel bir değerlendirmeyi temsil eden bir tutum biçimi iken; memnuniyet, daha kısa süreli, işletmeye özgü bir ölçümü temsil etmektedir. Yazarlar tüketici memnuniyetinin, hizmet kalitesi kararlarına ve tüketici satın alma niyetlerine tutarlı bir şekilde (hizmet kalitesi → tüketici memnuniyeti → satın alma niyetleri) arabuluculuk yaptığını ileri sürmektedir (Bolton ve Drew, 1992; Taylor ve Cronin Jr, 1994).

Hasta memnuniyeti, bir kalite göstergesi olarak da ele alınabilir. Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane Kalite Göstergeleri arasında da hasta deneyimi başlığında hasta memnuniyet oranları değerlendirilmektedir (SKS, 2016). Literatürde, hasta memnuniyeti ile hizmet kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar mevcuttur (Bolton ve Drew, 1991; Taylor ve Cronin Jr, 1994; Andaleeb, 2001; Edlund vd., 2003; Yağcı ve Duman, 2006; Wolf vd., 2008; Kessler ve Mylod, 2011; Kitapçı, Yildirim ve Çömlek, 2011; Demirer ve Bülbül, 2014; Şahin ve Şen, 2017; Bilgin ve Göral, 2017; Meesala ve Paul, 2018).

2.2. Şikayet Yönetimi

Bu bölümde şikayet yönetimi kavramı; müşteri şikayetleri, hizmet hataları, şikayet etme davranışı, şikayet eden müşteri türleri, müşteri şikayetlerinin önemi, müşteri şikayet yönetimi, işletmeler tarafından şikayetlerin ele alınışı, şikayet yönetimi ve adalet kavramı, müşteri şikayeteri ve davranışsal niyetler, müşteri şikayetleri ve müşteri memnuniyeti, müşteri şikayetleri ve kalite alt başlıkları ile ele alınmıştır.

2.2.1. Şikayet Kavramı

Tüketim öncesi ve sonrası deneyimlerine göre beklentileri karşılanmayan ve memnuniyetsizlikleri şekillenen tüketiciler şikayet etme davranışı göstermektedirler. Genel olarak şikayet tüketici beklentilerinin karşılanmaması sonucu ortaya konulan duygusal tepkinin bir sonucudur. Aynı zamanda tüketicilerin memnuniyetsizlik yaratan ürün yada hizmetleri düzeltme amacıyla bulundukları bir müdahale veya eylemler bütünüdür. Şikayet; TKY felsefesi ile sürekli iyileştirme çalışmaları için bir geribildirim ve ürün veya hizmetlerin performansının yükseltilmesinde işletme için fırsat niteliğindedir (Çakıcı ve Güler, 2015, s.220).

Literatürde müşteri şikayetleri ile ilgili yapılan tanımlar incelendiğinde; Day ve arkadaşları (1981), müşterinin hem psikolojik hem de çabuk unutulmayacak etkileri olan, yüksek düzeyde memnuniyetsizlik deneyimlemesinin bir sonucu, Singh (1991), duygusal ya da duyarlılık seviyesinde algılanan bir memnuniyetsizlikle aktive olan ve memnuniyetsizliğe verilen yanıtların daha genel çerçevesi, Lovelock (2001, s.18), deneyimlenen hizmetle ilgili memnuniyetsizliğin formal bir ifadesi olarak tanımlamışlardır. Barlow ve Moller (2009) şikayetleri; karşılanmayan beklentilerin sözel ifadesi ve bir ürün veya hizmetle ilgili sorun çıktığında işletmenin müşteri ile yeniden bağlantı kurmasını sağlayan bir fırsat olarak tanımlamaktadır. Kılıç ve arkadaşları (2013) ise şikayeti, müşterilerin karşılanmamış beklentilerini, yazılı veya sözlü olarak işletmeye bir şekilde iletmeleri şeklinde tanımlamaktadır. Sonuç olarak şikayet; müşterilerin beklentilerinin karşılanmaması sonucu yaşamış oldukları deneyimi, formal bir şekilde doğrudan ve dolaylı olarak işletmeye iletmeleridir.

Müşteri şikayette bulunduğu anda; işletmeye tatmin olmamış müşterileri geri kazanma, işletmenin kurum değiştirmelerine engel olma, yaşanan olumsuz durumu müşterinin gözünden görme fırsatı sunma ve müşterilerde uzun dönemli sadakat duygusunun yaratılmasına olanak sağlamakta başka bir ifadeyle ise ikinci bir şans vermektedir. Yapılan çalışmalar şikayette bulunan müşterilerin % 95'inin şikayetin ele alınmasından memnun olmaları halinde işletmeyi tekrar ziyaret edeceklerini, memnun olmayan müşterilerin ise olumsuz deneyimleri hakkında yaklaşık dokuz ila on kişiye bu olumsuz durumu anlatacaklarını veya rakip işletmelere geçeceklerini göstermektedir (Bosch ve Enríquez, 2005).

2.2.2. Hizmet Hataları

Hizmet hataları; hizmetin bir ya da daha fazla alanda müşteri beklentilerini karşılamaması olarak tanımlanmaktadır. Müşteriler, hizmet hatası deneyimlediklerinde dört temel davranışa yönelmektedir. Bunlar; hiçbir şey yapmama, işletmeyi şikayet etme, üçüncü bir taraf aracılığı ile harekete geçme (tüketici hakem heyetleri, sivil toplum kuruluşları, mahkemeler vb.) ve işletmeden hizmet almayı bırakma ile ağızdan ağıza olumsuz iletişim başlatmadır.

Hizmet telafisi, bir işletmenin müşterilerinin beklentilerinin altında kalan ve memnuniyetsizliğe yol açan, hizmet sunumu sonrası aldığı düzeltici faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Müşteride, memnuniyetsizliğe ve sonrasında da şikayet etme eyleminde bulunulmasına neden olan sebeplerin başında; hizmetin söz verildiği zaman aralığında verilmemiş olması, sonucun beklenildiği gibi olmaması, sunum şeklinin hatalı olması gibi hizmet hataları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda, hizmet hatalarında %5’lik bir iyileştirmenin, işletme kârında %100’lük bir artışa neden olacağı sonucuna varılmıştır (Reichheld ve Sasser, 1990).

Dawidow (2003), müşterinin şikayeti sonrası çözümün bir sonucu ve işletmenin sunduğu fayda veya sonuç yanıtı olarak telafi etme terimini kullanmıştır. Böyle bir fayda, sadece satın alma fiyatından daha fazlasını içerir ve başarısızlığın ek maliyetlerini (ekstra seyahat etme masraflarının tazminatı gibi) kapsayabilir. Bununla birlikte daha geniş anlamda tazminat; psikolojik tazminat olarak düşünülebilecek maddi olmayan sonuçları da içerir. Hizmet hataları, genellikle itibar kaybı veya sosyal benliğe tehdit gibi sosyal kayıplara da neden olur. Sosyal kayıplar, bir özürle (yaşanan hatadan dolayı pişmanlığı ifade etme) telafi edilebilir. Bu soyut tepki, sosyal adaletin onarımı ve itibarın yeniden kazanılmasına yardımcı olur (Tax, Brown ve Chandrashekar, 1998).

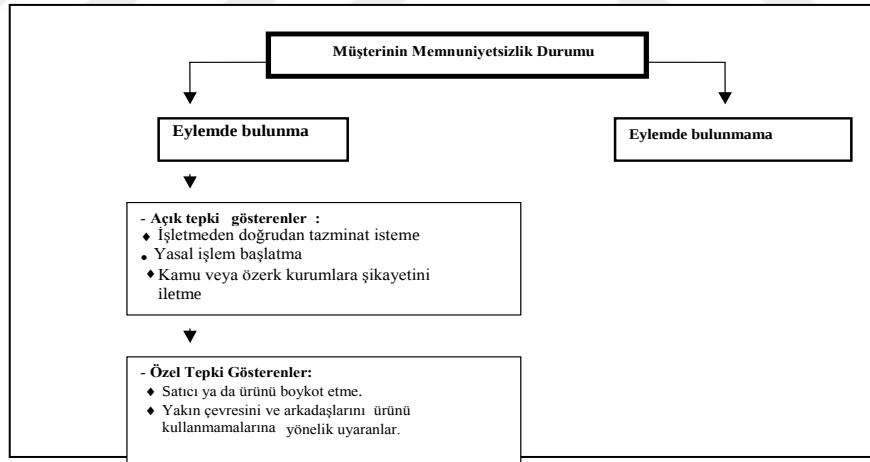
İşletmeler, hizmet hataları ya da hizmet iyileştirme süreçlerini iki açıdan ele almalıdır. Bunlar, yönetimsel düzeyde ve güvenilir iyi hizmet sunmak için oluşturulan spesifik rehberler düzeyindedir. Yönetimsel düzeyde üst yönetim kurulları; müşteri şikayetlerinin izlenmesi ve müşteri süreç ve prosedürlerinin değiştirilebilmesi için, gerekli kaynak aktarımının sağlanmasıdır. Bu konuda üst yönetim gelenekselci bakış açılarını değiştirip, şikayetleri bir fırsat kültürü olarak ele almalı ve ölçümlerin, süreçlerin ve sistemlerin uygun teknoloji ile desteklenmesini sağlamalıdır (McCole, 2004). Literatürde, ayrıca etkili şikayetlerin çözümü ve yönetimi ile ilgili rehberler

sağlanması önerilmektedir. Kısaca bunlar; hızlı eyleme geçilmesi, savunmasız bir şekilde hataların kabul edilmesi, müşterinin bakış açısıyla sorunun anlaşıldığının gösterilmesi, müşterilerle tartışılmaması, müşterinin duygularının kabul edilmesi, sorunun çözümü için gerekli adımların açıklığa kavuşturulması, süreç ve ilerlemelerden müşterinin haberdar edilmesi ve bilgi paylaşımının sürdürülmesi ve memnuniyetin yeniden kazanılması için çaba sarf edilmesidir (Lovelock, 2001, s.129-139).

2.2.3. Şikayet Etme Davranışı

Şikayet etme davranışı, dinamik bir süreç olup, müşteriler yaşadıkları memnuniyetsizliğe çeşitli şekillerde karşılık vermektedir. Müşteriler, şikayet etme tutumlarına, şikayet edilen ürün veya hizmete verilen önem derecesine bağlı olarak, tazminat isteyip istemediklerine karar vermektedirler. Bunun yanı sıra, tazminat talep etmemeye karar verip memnun olmayan müşteriler bile, ağızdan ağıza olumsuz iletişim veya işletmenin müşterisi olmayı bırakmak gibi davranışlar sergileyebilirler. Müşteriler, yaşamış oldukları memnun edici deneyimlerini pozitif iletişimle aktardıklarında bunun işletmelere yansımaları, pazar payı ve gelir artışı şeklinde olacaktır. Memnun olmamış ya da işletme ile sorun yaşayan müşterilerin yaptıkları negatif söylemler de, işletmelerin pazarda zarar görmesine ve gelir kaybına yol açacaktır. Müşterilerin pozitif ve negatif iletişimlerini karşılaştırıldığında ise, memnun olmamış müşterilerin, memnun olan müşterilerin pozitif söylemlerinin iki katı kadar negatif söylemde bulunduğu da bilinmektedir (Goodman ve Newman, 2003). Öte yandan, tazminat almaya karar veren ve memnun olmayan müşteriler, başkalarına kendi memnuniyetsizliklerinden bahsetmeden önce, işletmeye sorunu çözme şansı vermeye daha isteklidir. Müşterilerin daha sonra, ağızdan ağıza olumsuz iletişim veya işletmenin müşterisi olmayı bırakmak gibi davranışları, işletmenin şikayet yanıtına bağlı olarak gelişmektedir. Şikayetin ele alınışında kendisine kaba davranıldığını düşünen veya sonucunda adil olunmadığını düşünen müşteriler, bu olumsuz davranışları sergileyebilir. Adil bir çözüm ile sonuçlandırılan, nezaket ve saygıyla ele alındığı düşünülen şikayetlerde, bireylerin işletmenin müşterisi olma davranışını sürdürme ve olumlu ağızdan ağıza iletişim sergileme davranışları daha yüksektir (Blodgett vd., 1995). Şikayet etme davranışına yönelik olarak geliştirilen temel modellerden olan Day ve Landon Modeli, Hirschman Modeli ve Day Modeli aşağıda detaylı olarak açıklanmaktadır.

Day ve Landon Modeli: Day ve Landon, 1977 yılında iki seviyeli bir hiyerarşik sınıflama önermiştir. Birinci seviye, davranışsal olan ve davranışsal olmayan tepkilerin ayrımını yapmaktadır. İkinci seviye ise, açık eylem ve özel eylem arasındaki ayrımı temsil etmektedir. Müşterinin açık olarak gösterdiği tepkiler arasında; işletmeden tazminat veya iade istemesi, bir tüketici kuruluşuna şikayette bulunması ve yasal işlem başlatması olarak yer almaktadır. Müşterilerin işletmeden memnun olmadıkları durumlarda, özel olarak gösterecek tepkilerin en tipik örnekleri arasında ise; yakınlarına ve arkadaşlarına, işletme hakkında ağızdan ağıza olumsuz iletişim başlatmak, işletmenin müşterisi olmaktan vazgeçmek ve ürün veya hizmet almayı bırakmak yer almaktadır. Day ve Landon, müşteri şikayet etme davranışının kavramsallaştırılmasında, ürün veya hizmetin önemi ve doğasının dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu durum, karmaşık ve pahalı ürünler için (örneğin dayanıklı mallar), tüketicinin açık eylemlerde bulunma ihtimalinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Buna ek olarak Day ve Landon, müşterinin hiçbir şey yapmaması veya sadece özel eylemler sergileme ihtimalinin, diğer tepkilerine göre daha düşük olduğunu, ancak bunun yine de önemli olduğunu öne sürmektedir (Singh, 1988). Şekil Şekil 2.3.' te Day ve Landon'un müşteri şikayet davranışları sınıflamasına yer verilmektedir.



Şekil 2.3. Day ve Landon'un (1977) Müşteri Şikayet Davranışları Sınıflaması

Kaynak: Day'den aktaran Singh, J. (1988). Consumer complaint intentions and behavior: definitional and taxonomical issues. The Journal of Marketing, 93-107.

Tatmin Olmamış Müşteri Davranışları

Day 1980 yılında, Day ve Landon'ın sınıflandırmasının ikinci düzeyi olarak, literatüre temel olacak başka bir sınıflandırma daha önermiştir. Bu sınıflandırmada, müşterilerin belirli bir amaca ulaşmak için şikayet ettiklerini veya şikayet etmediklerini

belirtmektedir. Bu modelde şikayetin amacı ele alınarak müşteri şikaye etme davranışını üç kategori de sınıflandırmıştır. Bu kategoriler (Singh, 1988):

- Tazminat arama: Tazminat, müşterinin belirli amaçlarla doğrudan ya da dolaylı olarak, işletmeden çözümler istemesidir. Bu süreci işletmeye şikayette bulunarak veya yasal işlem başlatarak devam ettirebilir.
- Şikayetlenme: Çözüm aramaktan başka nedenlerle de, memnuniyetsizliğin bildirilmesidir (gelecekteki davranışları etkilemek, ağızdan ağıza iletişim yoluyla başkalarını ikna etmek vb.).
- Kişisel boykot: Memnuniyetsizlik yaratan ve hoş gitmeyen ürün ya da hizmetin satın alınmasına devam etmemektir.

Her iki modeli geliştiren yazarlar, müşteri şikayet etme davranışı ile ilgili gelecekteki çalışmalar için hangi sınıflamanın (tek başına veya kombine olarak) tavsiye edildiği konusuna değinmemişlerdir (Singh, 1988).

Hirschman Modeli: Literatürde, müşteri memnuniyeti ve memnuniyetsizliği ile ilgili birçok çalışma, beklentilerin onaylanmaması paradigmasını kullanmıştır. Bu paradigmaya göre; müşteri memnuniyeti veya memnuniyetsizliği; ürün veya hizmetin kullanımı ile öncesindeki beklentiler arasındaki algılanan tutarsızlıkların fonksiyonudur. Bir diğer tanıma göre ise, ürün veya hizmetin gerçek performansıdır (Oliver, 1981). Müşteri şikayet davranışı, algılanan performansın beklentilerin altında kalması sonucu oluşan ve müşteri de memnuniyetsizlik yaratan negatif onaylanmama ile bağlantılıdır (Tronvoll, 2007a). Bu paradigma, müşterilerin şikayet etme davranışının anlaşılmasında, teorik bir çerçeve sağlayan Hirschman'ın (1980) çıkış, ses, sadakat modeline temel oluşturmaktadır. Şikayet kavramı üzerine ilk çalışan bilim adamlarından olan Hirschman (1980) modelinde, memnuniyetsizlikle karşılaşan müşterilerin işletmeyle olan ilişkilerini bitirme yani çıkış ve işletmeyle olan ilişkilerinde değişiklik girişiminde bulunma yani ses olmak üzere iki tür davranış tanımlamıştır. Memnun olmadığında işletmeden çıkma veya ses çıkarma kararının verilmesinde sadakat, moderatör değişken olarak düşünülmektedir. Modele göre; memnun olmadıklarında, sadık müşterilerin çıkma olasılıklarının daha düşük olması beklenmektedir. Sadık müşterilerin, işletme ile olan ilişkilerini proaktif olarak değiştirmek için, sesi kullanma veya durumun iyileşmesi için sabırla beklemeleri daha olasıdır. Modelde müşteri

şikayet davranışları, sesli şikayette bulunma-ses çıkarma ve işletmeden ayrılma-çıkış olmak üzere, temelde iki davranış grubuna ayrılmaktadır. Çıkış, müşterinin ürün veya hizmeti satın almayı durdurduğunu ifade etmektedir. Ses çıkarma ise, müşterinin doğrudan işletmeye yazılı veya sözlü olarak şikayetini iletmesidir (Saunders, 1992). Hirschman'ın göre; çıkış, sakıncalı ve problem yaratan bir durumdan kaçmaktır ve ses, değişimi gerçekleştirmek için bir girişimdir. Bununla birlikte rekabete dayanan işletmeler için, çıkış açıkça memnuniyetsizliğe karşı dominant müşterilerin yanıtıdır. Hirschman'ın (1980) kavramsallaştırmasına göre, bir ürünün ve hizmetin kalitesinin azalması, tüketici memnuniyetsizliğinin artmasına yol açmaktadır. Model “çıkış” veya “sesin” tüketici sadakatinin derecesine bağlı olduğunu göstermektedir. Hirschman'ın (1980) çalışmasının temel amaçlarından biri, memnun olmayan müşterilerin niçin değişime, olumsuz yorumlara katılmalarına ya da hiçbir şey yapmamaya karşı, neden şikayet etmeyi tercih ettiklerini anlamaktır (Tronvoll, 2007a).

Yönetimler, ses ve çıkış geri bildirim mekanizması ile memnuniyeti sağlamadaki başarısızlıkları ortaya çıkarmalıdır. Memnun olmamış müşteriler, sözlü iletişim yolunu kullanarak, sesli şikayette bulunurlar. Bu şikayet davranışını sergileyen müşteri grubu, işletmeye hatalarını görme fırsatı sunar. İşletmelerin hatalarından bu şekilde haberdar olması, etkili bir hizmet iyileştirme stratejisi olarak görülmekte olup, memnun olmamış müşteriye, memnun etme imkanı sunmaktadır (Kılınç ve Kılınç, 2013, s.291).

Day Modeli (1984): Day (1984), Day ve Landon'un modelinden farklı bir yaklaşım olarak, memnun olmayan müşterilerin şikayet davranışını etkileyen dört önemli faktör olduğunu belirtmektedir. Bunlar;

I. Hizmetin müşteri için değeri (tüketim olayının değeri)

- Ürün için ödenen para
- Ürünün, müşterinin yaşam tarzı için önemi
- Ürünün sosyal görünürlüğü
- Ürünün tamamen tüketilmesi için geçen süre

II. Müşterinin bilgi ve deneyimi

- Müşterinin aynı ürün tipini satın alma sayısı

- Müşterinin aynı marka tipini alma sayısı
- Ürün hakkındaki bilgisi ve uzmanlığı
- Müşteri olarak öz yeterlilik algısı
- Müşterinin önceki şikayet deneyimi

III. Şikayet etmenin veya çözüm aramanın zorluğu

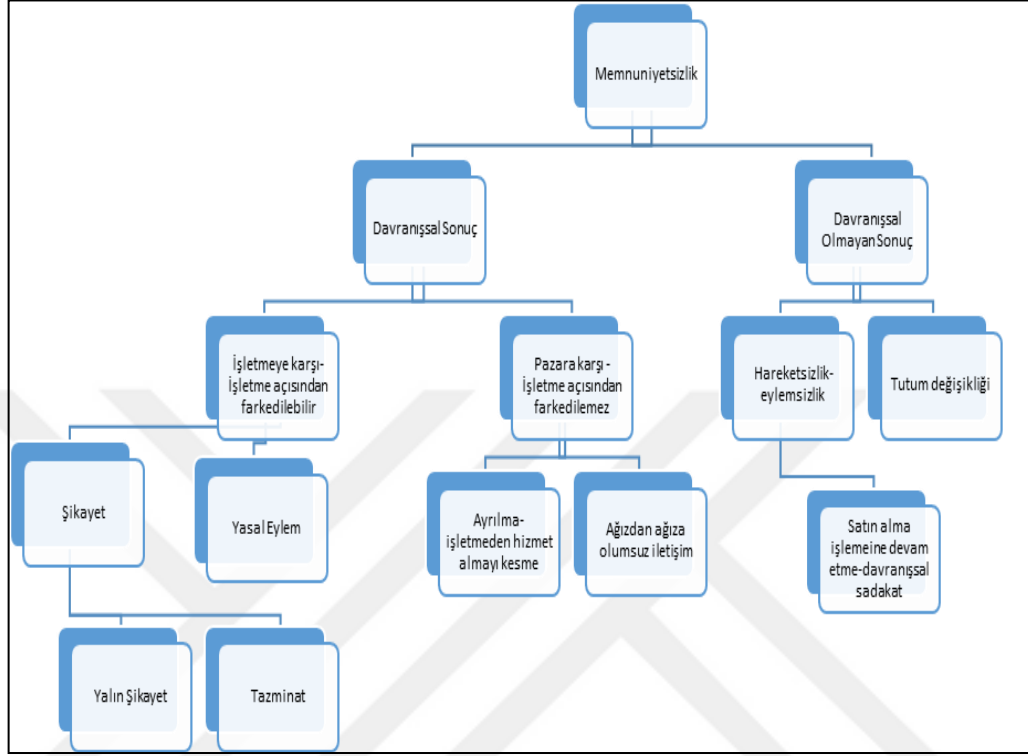
- Şikayet etmenin çok zaman alması
- Şikayet etme sürecinde, kimlerle iletişim kurulacağını bulma konusunda zorluk yaşanması
- Şikayet etmenin aile rutinlerini bozması
- Şikayet etme sürecinde, cepten ciddi harcamalar yapması
- Şikayet etme sürecinin, müşterinin hayatında ekstra bir güçlük yaratması

IV. Şikayetin başarıyla sonuçlanma ihtimali

- İstenilen tazminatın alınma ihtimali (değiştirme, ücretsiz onarım, para iadesi vb.)
- Ek tazminat veya ekstra ürün alma ihtimali
- Şikayet sonucu, işletmenin ürünü ya da performansını geliştirme ihtimali
- Şikayet sonrası, işletmeye müşterinin yaşadığı olumsuz deneyimden ne hissettiğini bildirme ihtimali
- Tüketici kuruluşlarının, şikayette bulunulan işletmeye baskı yaparak etki etme ihtimali
- Tüketici koruma faaliyetlerini arttırmaya yönelik olarak, devlet kurumlarını etkileme ihtimali

Müşterilerin aldıkları ürün veya hizmetten deneyimlemiş oldukları memnuniyetsizliğin çıktıları, davranışsal ve davranışsal olmayan sonuç olmak üzere iki şekilde değerlendirilmektedir. İşletme açısından farkedilebilir davranışsal sonuçlar; formal bir şekilde şikayet etme veya yasal eyleme geçmedir. Müşteri, işletmeden ürün veya hizmet almayı kesebilir veya ağızdan ağıza olumsuz iletişim başlatabilir. Bunlar da işletmenin fark edemeyeceği davranışlar arasındadır. Müşterinin memnuniyetsizliği ile

gelişen davranışsal olmayan sonuçlar ise; satın alma davranışı şeklinde ortaya çıkmakta bu da, davranışsal sadakat olarak isimlendirilmektedir. Bu yapı Şekil 2.4' te gösterilmiştir.



Şekli 2.4. Memnuniyetsizliğin Sonuçları ve Şikayet Etme Davranışı

Kaynak: Crie, D. (2003). Consumers' complaint behaviour. Taxonomy, typology and determinants: Towards a unified ontology. Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management, 11(1), 60-79.

Genel olarak şikayet seçenekleri; telafi istenmesi (iade yapılması, takas, tamir veya özür dilenmesi), ağızdan ağıza olumsuz iletişim başlatılması (müşterinin yaşadığı memnuniyetsizliği diğer insanlara anlatması), çıkma-değiştirme (işletmenin tekrar asla müşterisi olmayacağına karar verme) ve üçüncü taraflarla iletişime geçme (yasal işlem başlatma, bir gazeteye mektup yazma, tüketici hakem heyetine başvurma vb.) gibi davranışları içermektedir (Blodgett, Hill ve Tax, 1997).

Müşteriler, şikayette bulundukları zaman, çeşitli hedeflere sahip olabilirler. Bunlar; kamusal ve özel şikayet etme davranışları olarak gruplandırılmaktadır. Kamusal şikayet etme davranışları, işletme tarafından görülmekte olup, tazminat arama ve üçüncü taraflara durumu bildirme davranışlarını kapsamaktadır. Özel davranışlar ise,

aile ve arkadaşları uyarma ile sınırlıdır. Müşteriler kamuya şikayette bulunduklarında, işletmenin şikayetlerine karşı duyarlı olduğunu ve sorunu çözmeyi amaçladıklarını görmeyi beklemektedirler (Van Noort ve Willemsen, 2012).

Bu nedenle de müşterilerin gözünde, şikayetlerin ele alınmasında ki asıl unsur, işletmenin şikayetlere cevap verme yeteneğidir. İşletmenin şikayetlere cevap verme yeteneği de altı boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; uygun zaman içerisinde cevap verilmesi (zamanlılık), sorunun çözülmesi (telafi etme), müşteriden yaşadığı olumsuz durum için özür dilenmesi (özür), güvenilirlik, işletmenin müşteri ile olan etkileşimde göstermiş olduğu dikkat (dikkatlilik) ve kolaylaştırmadır. Bu altı boyut müşterilerin şikayetlerinin ele alınırken memnuniyetin sağlanmasında önemlidir. Genel olarak zamanlılık; bir şikayetin alındığı tarihten, şikayet dosyasının kapatıldığı tarihe kadar geçen yanıtlama süresi olarak tanımlanmaktadır. Yanıtlama süresi, şikayet sonrası memnuniyette anahtar kavramlardan biridir. Çünkü müşteriler bunu, işletmelerin kontrol edebileceği bir faktör olarak algılamakta olup, bu konuda yaptıkları değerlendirmeler de, bu yüzden daha sert olmaktadır (Gökdeniz, Bozacı ve Karakaya, 2011; İstanbulluoglu, 2017).

Geleneksel pazarlama literatürüne göre, şikayet; satın alma sonrası müşterinin yaşadığı hayal kırıklığına bağlı olarak gelişen bir süreçtir. Bununla birlikte şikayetler her zaman memnuniyet veya memnuniyetsizlikten kaynaklanmaz ve her zaman memnuniyetsizlik, şikayetle sonuçlanmaz. Memnuniyetsizlik müşterilerin şikayet etme davranışı için gereklidir, fakat yeterli değildir. Dolayısıyla şikayet etme davranışı, satın alma sonrası yaşanan memnuniyetsizliğe karşı basit bir tepkiden daha karmaşıktır. Çünkü (Tronvoll, 2007b);

- Hizmet; müşteri ile hizmet sunucu, yani çalışanın arasındaki etkileşimlerle birlikte oluşmaktadır. Bu süreçte yaşanan olumsuz önemli bir olay ve takibinde yaşanan müşteri şikayeti, hizmet etkileşim süreçlerinin tamamı gibi görülebilir.
- Müşteri şikayetleri, müşterinin hizmet aldığı sırada ya da etkileşim sonrasında kendisine söz verilen kullanım değerleri ile ilgili yaptığı değerlendirmelerle ilgili olabilir.
- Basit memnuniyetsizlik, aslında şikayet etme davranışının küçük bir nedeni olabilmektedir.

- Şikayet etme davranışının aslında büyük bir çoğunluğu, adaletsizliği algılama ve suçlama isteği de dahil olmak üzere, duygusal ve kişilikle ilgili faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Bu doğrultuda da şikayet etme davranışı ele alınırken; bu davranışın kişinin memnuniyetsizliğinin bir ifadesi, kişiler arası hedefleri, intrapsişik hedefleri, duygusal durumu veya bunların kombinasyonu gibi faktörler göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (Tronvoll, 2007b).

2.2.4. Şikayet Eden Müşterileri Türleri

Memnun olmadığında işletmeye şikayette bulunmayan bir müşteri, çeşitli nedenlerden dolayı yönetim için özel bir endişe kaynağıdır. Bu durumda, ilk olarak işletme, problemi çözme ve müşteriyi elde tutma fırsatını kaybeder. İkinci olarak işletmenin itibarı, memnuniyetsiz müşteriler tarafından yapılan olumsuz ağızdan ağıza iletişim ile zarar görebilir. Bu durum, potansiyel ve mevcut müşterilerin kaybıyla sonuçlanır. Son olarak da işletme, kalitedeki değişiklikleri tanımlama ve iyileştirme yapma yeteneğini geciktiren veya engelleyen hizmet veya ürün kalitesi hakkındaki faydalı bir geri bildirimden yoksun bırakılmış olur. Bu nedenle, bilgili, algılaması ve kavraması güçlü yöneticiler, sadece şikayetlerini dile getiren kişileri değil, aynı zamanda bunu yapmayanları da anlamak isterler. Şikayet etmeyen müşterilerin, ürün veya hizmete verdiği önem göz önüne alındığında, müşteri şikayeti davranışları literatüründeki araştırmaların çoğu, şikayetçi ve şikayetçi olmayan müşteriler arasındaki farklılıkları anlamaya yönelmiştir (Stephens ve Gwinner, 1998).

Memnuniyetsiz müşterilerin davranışları hakkında yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri de, Ohio'da bulunan Case Western Reserve Üniversitesi tarafından yapılmıştır. Çalışmada, binlerce hane halkının yiyecek alışverişi, otomobil tamiri, banka hizmetleri ve tıbbi bakım alanlarında almış oldukları ürün ve hizmetlerde kötü bir deneyim yaşadıklarında verdikleri tepkiler belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplar, şikayet tepki seviyesi olarak üçe ayrılmıştır. Birinci seviye, işletmeye şikayetini bildirme olarak adlandırılmakta ve bu seviyedekiler yaşamış oldukları bu kötü deneyimi doğrudan satıcıya, perakendeciye veya hizmet sağlayıcıya bildirmektedirler. İkinci seviye, başkalarına şikayetini bildirme olarak adlandırılır ve bu seviyedekiler, şikayetlerini işletmeye doğrudan bildirmek yerine, başkalarına anlatarak olayın herkes tarafından bilinmesini sağlarlar. Yaşamış oldukları bu kötü deneyimi

başkaları ile paylaşarak, onların da işletmeden alışveriş yapmamalarını sağlamış olurlar. Üçüncü seviye ise, üçüncü bir gruba şikayetini bildirmedi. Burada da, müşteriler yasal yola başvurmak için bir avukata veya yazılı basına şikayetlerini ileterek, bu durumu daha geniş kitlelere duyururlar. Bu araştırmada, aldıkları ürün veya hizmette kötü bir deneyim yaşayan kişiler dört grupta toplanmıştır. Bunların; %37,2'si ses çıkaranlar, %28'i eylemciler (aktivistler), %21'i öfkeli ve %14'ü ise eylemsizlerdir (pasif kalanlar). Bu dört grup aşağıda açıklanmaktadır (Barlow ve Moller, 2009, s.128-133; Karaca, 2010, s.71-74).

Ses Çıkaranlar (Konuşanlar): Bu grup, yaşadıkları kötü deneyimi işletmeye bildirerek, bu olumsuz durumdan işletmenin de haberdar olmasını sağlar. Böylece işletmenin hizmet veya ürün geliştirmesi ya da performansını iyileştirmesine yardımcı olurlar. Memnuniyetsiz müşteriler arasında, en arzu edilen gruptur. Çünkü, memnuniyetsizliklerini çevresindekilere aktararak, onların da işletme hakkında olumsuz bir izlenim edinmelerini sağlamak yerine, şikayetlerini doğrudan işletmeye iletirler. Çünkü ses çıkaranların temel ve öncelikli amacı sorunun düzeltilmesidir. Fakat, şikayetlerini ilettiklerinde işletme tarafından yeterince ilgilenilmediklerinde veya kabul görmediklerini düşündüklerinde ise eylemciye dönüşebilirler. Sonuç olarak, işletmeler memnun olmayan müşterilerini ses çıkaranlar haline dönüştürmeli, ürün veya hizmetlerindeki aksaklıkları ve iyileştirmeleri tanımlayarak, müşterilerini memnun etmelidirler. Bu amaçla da, ses çıkaran grubu birer yardımcı unsur olarak görmelidirler.

Eylemsizler (Pasifler): Bu gruptakiler, şikayetlerini işletmeye bildirmediği gibi, çevresindekilere de işletmenin itibarını zedeleyecek olumsuz deneyimlerini anlatmazlar. Müşterilerinden gelen şikayetleri azaltmak için kendisine hedefler koyan işletmeler, genellikle kendilerine bu müşteri grubunu seçerler. İşletmeye ürün ve hizmetleri hakkında, müşteri istek ve ihtiyaçlarını geliştirecek yönde herhangi olumlu ya da olumsuz bir geri bildirim vermedikleri gibi, çevresindekilere de işletme hakkında olumlu bir bilgi de vermezler. Bu gruptakiler sessiz birer gözlemci gibidir. Diğer seviyelere geçmeden önce, ikinci bir sorun yaşamayı da bekliyor olabilirler. Sabırlarının ne kadar devam edeceği öngörülemez ve öfkeli olduklarında işletmeye büyük zararlar verebilir ya da tamamiyle iş yapmaktan vazgeçebilirler. İşletmeler bu müşteri grubu hakkında bilgi sahibi değildir. Eğer işletmeler, müşterilerinin istek ve ihtiyaçlarına cevap verebilecek daha kaliteli ürünler ve hizmetler sunmak istiyorlarsa, bu grubun

memnuniyetsizliklerini veya fikirlerini rahatça ifade edebilecek stratejiler geliştirmelidirler.

Öfkeliler: İşletmenin itibarı için en tehlikeli olan ve gruplar arasında en korkulanlardır. Bu gruptakiler, çoğunlukla yaşadıkları olumsuz deneyim hakkında işletmeye hiçbir şey söylemezler, fakat bu durumu herkese anlatırlar ve genellikle de işletme ile olan ilişkilerini keserler. İşletmelerin bu müşterilerinin güvenini tekrar kazanma şansı yoktur. Çünkü başka işletmelerin müşterisi olur ve bir daha gelmezler. İşletmeler de, bu müşterilerine ne olduğunu hiçbir zaman bilemez.

Eylemciler: Aktivistler olarak da adlandırılan bu grup, özellikle haklarını alamadılarsa ya da işletmenin cevabı ve ilgilenme biçiminden memnun olmadılarsa, öfkeliilerden daha tehlikeli olabilirler. Bu grup, işletmenin sunduğu kötü hizmeti herkese anlatarak itibarını zedeler ve bir daha asla, işletmenin müşterisi olmayarak intikam almaya çalışabilirler. Bu gruptakiler, işletmeye karşı yaptıkları girişimlerle ve yürüttükleri kampanyalarla, işletmenin hisse senetlerine bile zarar verebilirler.

2.2.5. Müşteri Şikayetlerinin Önemi

Günümüzde, modern işletmeler artan bir şekilde müşteri odaklı olmaya başlamış ve bunun bir sonucu olarak da karlı müşterileri ile uzun vadeli müşteri ilişkileri kurmak için çabalamaktadırlar. Bu nedenle de tüketici davranışlarını öğrenmek; etkili müşteri ilişkileri yönetimi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatine yönelik etkili iş stratejileri ve taktikleri geliştirmek amacıyla kritik öneme sahiptir. Müşteri şikayet etme davranışı, pazarlama literatüründe akademisyenler ve sahadakiler tarafından ilgi gören alanlardan biridir (Nimako ve Mensah, 2012).

Müşteri şikayetleri, müşterinin olumsuz geri bildirimi olarak tanımlanmakta ve doğru ele alındığında; geri bildirim sağlaması, sistemlerde ve hizmet sunum sürecinde ki hataların saptanması, iyileştirmelere olanaklar tanınması ve müşteri memnuniyetine aracılık etmesi gibi çıktıları ile işletmelere birçok konuda fırsatlar sunmaktadır. Şikayetlerin ele alınması ve yönetilmesi süreci, müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerine istenmeyen etkilerinden dolayı, hizmet sunucular tarafından önem verilen konular arasındadır (Reichheld ve Sasser, 1990).

Müşterilerin bir işletme ile iş yapmaktan vazgeçme nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmanın bulgularına göre; müşterilerin %1'i vefat, %3'ü başka

yere taşınma, %5'i başka bir iş ilişkileri arayışına girme, %9'u rakip işletmelerle iş yapmaya başlama, %14'ü ürün veya hizmetten memnun olmama ve % 68'i gördüğü muameleden memnun olmama nedenleri ve sonuçları doğrultusunda işletme ile olan ilişkilerini bitirmişlerdir. Sonuç olarak müşteriye davranma şeklinin, müşterinin kaybedilmesindeki en önemli faktör olduğu söylenebilir (Demirel, 2007, s.21).

İşletmelerin sürdürülebilirliği, müşteri memnuniyetinin ötesine geçerek müşterilerini uzun dönemli elde tutmalarına bağlıdır. Bunun için de müşterilerini ortakları haline getirmeli, sorunlar oluştuğundan sonra geri bildirim almak yerine proaktif bir yaklaşım sergilemeli, yani sorunlar oluşmadan önce veri toplamalıdır. Müşteri şikayetleri süreci, işletmelerin geri bildirimlere dayanarak sorunları tanımladıkları gerekli ve kullanışlı bir süreçtir. Fakat süreç, müşterilerin ürün veya hizmeti kullandıktan sonra edindiği olumsuz deneyimler sonucu etkinleşmekte ve ortaya çıkmaktadır. Olumsuz deneyim yaşayan ve bunu bildiren müşterinin sorunu hızlı ve etkin bir şekilde çözülsün bile, sonuç olarak müşteri bu olumsuz deneyimi yaşamıştır ve bilinçaltında var olacaktır. Sorun yaşamış müşterilerin bazıları, zaman problemlerinden dolayı şikayet etmemekte ve sonraki deneyimlerinde diğer işletmeleri tercih etmektedirler. Bildirilen şikayetlerin bazıları doğru olmakla birlikte, bazıları değildir. Müşteri şikayetlerinden sağlanan bilgiler sorunların belirlenmesinde yeterli olmayabilir, tüm bunlar şikayet sürecinin zayıf yönleri olarak belirtilmektedir (Marangoz, 2016, s.104).

Müşteri ilişkilerinin güçlendirilmesi için kayıt ve kayıt dışı tüm şikayetlerin toplanması gerekmektedir. İşletmeler, sadece iletilen ve kayıt altına alınan şikayetleri değil, aynı zamanda belirtilmeyen yani kayıt dışı olanları da dikkate alıp değerlendirmelidirler. Çoğu zaman müşterilerin dile getirmediği şikayetler göz ardı edilmektedir. İşletmelerin kayıt dışı şikayetleri ortaya çıkarmalarında; düzenli aralıklarla yürütülen müşteri anketleri, odak grup yöntemi, test müşterileri ve takip görüşmelerinden yararlanılabilir. Test müşterileri; işletmenin ürün ve hizmetleri ile ilgili algılarını işletme ile işbirliği içinde olarak, işletme temsilcilerine rapor eden kişilerdir. Bu yöntemin değerinin korunması için, çalışanlar etkileşim halinde oldukları her müşterinin test müşterisi olabileceğinden haberdar olmalı, fakat test müşterilerinin kimler olduğunu bilmemelidirler. Olumsuzlukların sorun haline dönüşmemesi için, işletme temsilcileri ile gönüllü müşterilerin belirli aralıklarla bir araya gelerek yaptıkları

odak grup yöntemi, uygulanabilecek en iyi yöntemlerden bir tanesidir. Diğer bir yöntem ise takip görüşmeleridir. Bu yöntemde de müşteriler ile yüz yüze ve telefonda görüşülerek şikayetleri hakkında detaylı bilgiler toplanmasıdır (Kotler, 2000, s.38; Marangoz, 2016, s.105).

TKY’de, sadece müşterilerin geri bildirimde bulunması beklenmemeli, müşteri odaklı olup, müşterilere ulaşılmalıdır. Müşterilere ulaşmak için, müşterilerin hizmetten kolay faydalanmalarını ve şikayet mekanizmalarına kolay ulaşmalarını sağlamak, müşterileri memnun etmek için çalışanları motive etmek ve müşterilerin şikayetlerinin etkili çözümlenmesini sağlamak gerekmektedir (Marangoz, 2016, s.104-105).

Sonuç olarak; müşteri şikayetleri, özellikle de sağlık sektöründe hizmet hataları, hizmet kalitesi ve hasta güvenliği ile ilgili önemli bilgiler sunmakta olup, şikayetler kalite ölçüm aracı olarak değerlendirilmektedir. Şikayetlerin etkili bir şekilde ele alınıp çözümlenmesi ve şikayet sonrası memnuniyetin yaratılması, mevcut ve potansiyel müşterilerle uzun vadeli başarılı ilişkiler sürdürülmesi açısından önemlidir.

2.2.6. Müşteri Şikayet Yönetimi

Son yıllarda şikayet yönetimi, araştırmacıların yanı sıra sahadakilerin de müşterileri elde tutma çabaları dahilinde, ilgilerinin arttığı alanlardan birisidir (Tax vd., 1998).

Şikayet davranışı ve yönetimi literatürü; az çalışılan işletmeden işletmeye pazarlama çalışmalarının içerisinde işletmeden tüketiciye pazarlama araştırmaları bulgularından geliştirilmiştir. Araştırmalar işletmeden işletmeye pazarlama literatüründe etkili ilişki yönetiminin önemini ortaya koymuştur. Bununla birlikte; mevcut çalışmalar ağırlıklı olarak işletmelerin şikayetleri ele alış şekli ile ilgilenirken, diğer araştırmalar ise bunların müşteriler üzerinde memnuniyet ve diğer kavramlar üzerindeki etkilerini incelemeye yöneliktir (Gruber, Henneberg, Ashnai, Naudé ve Reppel, 2010).

Demirel’e (2007) göre; günümüzde birçok işletme, şikayet yönetim sürecini, zaman ve para israfı olarak görmekte ve iyi karşılamamaktadır. Şikayet yönetimi; müşteri memnuniyetsizliğinin nedenlerini tanımlamak ve düzeltmek için bir bilgi yayma sürecidir. Örgütsel güvenilirlik açısından ele alındığında, müşterilerin güvenini yeniden kazanmak için, önceki hataların öğrenilmesi ve çözümünde işletmenin kullandığı stratejileri tanımlaması önemlidir. Şikayet yönetim sistemi; işletmelerin kalite

yönetiminin önemli bir parçası olup, planlı olarak müşteri şikayetlerinin ele alınması ve yönetilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Müşteri şikayetlerinden toplanan bilgiler, ürün kalitesi ve dağıtım sistemindeki zayıflıkları öğrenme ve düzeltme fırsatı ile, müşterilerin güvenini ve memnuniyetini geri kazanma fırsatı vermektedir. İşletmelerin etkili şikayet yönetim sistemi oluşturması ile mevcut müşteriler korunmakta, yeni müşteriler kazanılmakta ve müşteri ilişkilerinin tehlikeye girmesi önlenmektedir. Müşteri şikayet yönetiminin işletme ve pazarlama perspektifi açısından amaçları iki gruba ayrılabilir. İşletme perspektifinin amaçları; işletmenin sunduğu ürün ve hizmetlerin zayıf noktalarının tanımlanması ve süreç iyileştirme için bilgi toplanması, hata maliyetlerinin azaltılması, çalışanların genel performansı ve müşterilerle olan ilişki düzeyinin belirlenmesi için bilgi toplanması, çalışanların eğitim ve güçlendirme ihtiyaçlarının belirlenmesi vb.dir. Pazarlama perspektifinin amaçları ise; müşterinin rakiplere geçişinin engellenmesi, müşteri memnuniyetinin artırılması, kurumsal imajın pozitif hale getirilmesi, müşterilerle iletişimi geliştirerek doğrudan iletişimde pozitif etkinin cesaretlendirilmesi ve negatif etkinin önlenmesidir (Demirel, 2007, s.149; Filip, 2013).

2.2.7. İşletmeler Tarafından Şikayetlerin Ele Alınışı

Müşterileri ile uzun vadeli başarılı ilişkiler kurma arayışında olan işletmeler, müşteri memnuniyetsizliğinin olumsuz sonuçlarından ve yüksek olan yeni müşteri bulma maliyetlerinden kaçınma ihtiyacı içindedirler. Sürdürülebilir ve başarılı müşteri ilişkileri için, şikayet etme davranışının etkili bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar, şikayetlerin hala kötü bir şekilde ele alındığını göstermektedir. Memnun olmayan müşterilerin yaptıkları şikayetlerin %50'sinden azının, işletmeler tarafından yanıtladığı tahmin edilmektedir. Müşteri şikayetlerinin etkili bir şekilde ele alınması, müşteri ilişkilerinin sürdürülmesi ve hatta müşterilerin işletmeleri pozitif şekilde destekleyecek şekilde, memnuniyetsizliğin memnuniyete dönüşmesi ihtimalini arttırmaktadır (Gruber, Szmigin ve Voss, 2006).

Şikayet yönetiminin profesyonel bir şekilde ele alınması gerekliliğinin en önemli nedeni, bu süreç sonucu müşteri memnuniyetine ulaşılmasının amaçlanmasıdır. Bu spesifik memnuniyet türü, müşteride pozitif ağızdan ağıza iletişim ve ihtiyaç halinde işletmeden aynı ürün veya hizmeti tekrar satın almaya isteklilik gibi pozitif davranış değişikliğine neden olur. Diğer taraftan, şikayet yönetim süreci sonrasında yaşanan

memnuniyetsizlik, ağızdan ağıza olumsuz iletişim veya müşterilerin rakiplere gitmesi gibi durumu daha da kötüleştirici sonuçlar doğurur. Bu yüzden, işletmelerin şikayet yönetiminin yarattığı memnuniyetsizliğin yapısını anlamaları ve müşterilerin şikayet yönetim sürecinden beklentilerinin farkında olmaları, bu durumun da müşterilerin satın alma davranışlarına olan etkilerini belirlemeleri gerekmektedir (Stauss, 2002).

Müşteri şikayetlerinin ele alınmasındaki olumsuz tutum ve davranışlar ile müşterilerin karşılanma biçimleri, müşterilerin şikayetlerini işletmeye bildirmemelerinde ve hizmet hatalarının telafi edilememesinde önemli rol oynamaktadır (Barlow ve Moller, 2009, s.98-100). Bu davranışlar ile olumsuz tutumlara örnekler Tablo 2.1’de verilmiştir. Tablo 2.1.’e göre şikayetin ele alınışındaki tutum ve davranışlara örnek olarak; çözülebilecek sorunlar karşısında yüzeysel biçimde sadece özür dilenmesi, müşteri şikayetini ilettiğinde tepki gösterilmesi, suçlayıcı bir yaklaşım sergilenmesi ve kaba davranılması, şikayetin çözüm sürecinde çaba harcanmaması verilen sözlerin tutulması, personellerin kişisel sorumluluk almaktan kaçınması, şikayetçiye sözel olmayan tepki gösterip kişiyi sorgulamaları ile müşteriyi şikayet yönetim sürecinde pasif konuma almaları ve şikayet sürecinin zorlaştırılmasıdır.

Tablo 2.1. Şikayetin Ele Alınışındaki Olumsuz Tutum ve Davranışlar İle Örnek Durumlar

<i>Şikayetin ele alınışındaki olumsuz tutum ve davranışlar</i>	<i>Örnek durum/söylemler</i>
Çözülebilecek sorunlar karşısında yüzeysel biçimde sadece özür dilenmesi	Hastanın belirttiği halde, daha önce takibini yapan doktor yerine başka bir doktora giriş yapan danışmadaki sekreterin sadece özür dilemesi
Tepki gösterilmesi	Randevu saatine zamanında gelmediği halde muayene olmak isteyen hastaya “Özür dileriz ama yapacak bir şey yok, sıradaki” “Daha önce bildirmeniz gerekirdi”
Suçlama	“Randevunuzu kaçırmışsınız, daha önce gelmeniz gerekirdi” “Bunu bilmeniz gerekirdi”
Verilen sözlerin tutulmaması	Başvuru günü muayene olamayan hastaya “Yarın için size yeni bir randevu ayarlayalım” denilip, hastanın tekrar muayene olamaması
Hiçbir çaba gösterilmemesi	Müşteri şikayetlerinin işleme alınmaması, müşterilerin aramalarına geri dönülmemesi
Kaba davranılması	Başvuruda bulunan müşterilere, nezaket kuralları çerçevesinde davranılmaması
Başka birine havale etmek	Çalışanların “Ben size yardımcı olmam, bunu

	idareye anlatın, başhekimle görüşün” şeklinde yaklaşımlarda bulunması, müşterilerin sürecin zorlaştırıldığı yönünde algı geliştirmelerine neden olur.
Kişisel sorumluluktan kaçınılması	“Ben bunu yapamam, bu benim hatam değil” “Ben yalnızca bir çalışanım, kuralları ben koymuyorum” “Size ben bakmamıştım, arkadaşım bakmıştı, onunla görüşün”
Sözel olmayan tepki gösterilmesi	Çalışanların sesli bir şekilde dile getirmeseler de, müşteriye sabırsız, hiddetle ve vaktimi harcıyorsun der gibi davranmaları
Müşterinin sorgulanması	“Söylediğinizin doğru olduğundan nasıl emin olabilirim” “Bu hastanede ameliyat olduğunuzdan emin misiniz”
Müşterilerin şikayet sürecinde, aktif değil pasif olmaları	“Sizinle temasa geçeceğiz, bekleyiniz” “Sonucu size bildiririz”
Şikayetlerin belirli saatlerde yapılması	“Şikayetleri belirli saatlerde alıyoruz, şu an yardımcı olamayacağım” “Şikayetlere bakan elemanımız bugün izinli”

Kaynak: Barlow, J., Moller, C. (2009). Her Şikayet Bir Armağandır (Çev. G. Günay). İstanbul, RotaYayımları.

Müşteriler şikayet için, farklı nedenlerle farklı iletişim kanalları tercih edebilirler. Harris ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları araştırma bulgularına göre, şikayet yönetimde farklı kanallar ve seçilme nedenleri, en çok tercih edilenden en az tercih edilene doğru; telefon, online şikayet hattı, yüz yüze ve mail şeklinde bulunmuş ve tercih nedenleri aşağıda açıklanmıştır:

- *Telefon:* Müşterinin hızlı geri bildirim alması, kolay ve rahatlıkla ulaşabilmesi, sorununu ifade ederken karşısında bir kişi olması, basit, güvenilir bulması ve gizliliğini koruyabilmesi
- *Online şikayet hattı:* Hızlı, kolay, basit olması, şikayetin kayıt altına alınması, geri bildirim alınması ve maliyetsiz olması
- *Yüz yüze:* Geri bildirim alınması, şikayetin alınırken karşısında bir kişi olması ve müşterinin beden dilini kullanması, güvenilir, hızlı ve basit olması
- *Mail:* Şikayetin kayıt altına alınması, hızlı, güvenilir, basit olması ve geri bildirim alınmasıdır.

Şikayet memnuniyeti; müşterinin, şikayeti sonucu oluşan memnuniyetidir. İşletmenin şikayeti ele alışından ve yönetiminden, müşterinin duyduğu spesifik bir memnuniyet türüdür.

Stauss'un (2002) aktardığına göre; Stauss ve Seidel (1998), şikayet memnuniyeti oluşması için, şikayet yönetim sürecinde olması gereken özellikleri belirtmişlerdir. Bunlar;

- Sonuçların yeterli ve adaletli olması: Problemin çözümünün yeterli olması, teklif edilen tazminatın adaletli olması
- Erişim: Müşterilerin şikayetlerini bildireceği mekanizmaların ve yetkiliye ulaşmasının kolay olması
- Samimiyet: İletişim şeklinin nezaket kuralları çerçevesinde olması
- Empati: Şikayet edilen konuya, müşterilerinin bakış açısı ile bakmaya istekli olma, müşterilerin sıkıntısını, üzüntüsünü anlama
- Şikayetleri bireysel olarak ele alma: Sorunlara ve şikayet dilekçelerine, standart olmayan, olaya özgü cevaplar verme
- Çaba: Müşterinin probleminin çözümü için, çalışanların gözle görülür çaba sarf etmesi
- Aktif geri bildirim: Müşteri lehine en iyi çözümü bulmak için, faaliyetlerde bulunma; gecikmelerin bildirimi, kararlar ve prosedürler hakkında geri bildirimde bulunma
- Güvenilirlik: Müşteriye verilen sözlerin tutulması
- Cevaplama hızı: Şikayetlere geri dönüş hızı, şikayetlerin çözülme yani, sorunun çözülme hızıdır.

Bu dokuz özellik; şikayet sonucundan memnuniyet ve şikayet yönetim sürecinden memnuniyet olmak üzere, iki gruba ayrılmıştır. İlk özellik olan sonucun yeterli ve adaletli olması, şikayet sonucundan memnuniyet ile ilişkilendirilmiş olup, diğer sekiz özellik şikayet sürecinden memnuniyet ile ilişkilendirilmiştir. Bir diğer farklılaştırma ise Groonoss tarafından yapılmıştır. Gronoss (1990), şikayet yönetimini kalite ile bağdaştırmış, teknik kalite ve fonksiyonel kalite olmak üzere ikiye ayırmıştır.

Teknik kalite, şikayetçinin şikayeti sonucunda işletmeden ne aldığını kapsamaktadır, yani şikayet sonucundan memnuniyeti kapsamaktadır. Fonksiyonel kalite ise, şikayet yönetim sürecinden memnuniyeti, yani müşterilerin şikayetin nasıl ele alındığına yönelik algılarını kapsamaktadır (Stauss, 2002).

Çalışan davranışları; şikayet yönetimi ile ilgilenen personelin empatik, samimi, sorumluluk sahibi, dikkatli, bilgilendirici ve aydınlatıcı olması şeklinde tanımlanmıştır. Bu davranışlar, şikayet yönetimi yapısına değer katan, olumlu çalışan davranışları olarak da ifade edilebilir. Dawidow'un sınıflandırmasında, olumlu çalışan davranışları; şikayetlerin ele alınması sürecinin dikkatlilik (dikkatlice dinleme) ve güvenilirliğini (yaşanan sorunu açıklama-hesap verebilirlik) kapsayan kişiler arası ilişkiler tarafıdır. Estalami (2000), hızlı olmayı, hemen ve kolay bir şekilde şikayetin ele alınması olarak tanımlamıştır. Bu tanımdaki kolaylaştırma ve zamanlılık kavramları, şikayetlerin ele alınması sürecinin etkili ve anlaşılır bir şekilde yönetilmesini ifade etmektedir (Gelbrich ve Roschk, 2011).

Bir başka yaklaşıma göre ise şikayet yönetim sürecinin yapılandırılmasında tanımlanan sekiz unsur şu şekildedir (Söylemez Sur ve Eregez, 2013, s. 988-1007):

- *Müşteri odaklı yaklaşım ve kalite iyileştirme çalışmaları:* Müşteri odaklı yaklaşım hizmetlerin sonuç odaklı değil kullanıcı odaklı hale getirilmesi ile kullanıcı katılımının artırılmasıdır. Şikayetlerin nasıl ele alınacağına dair rehberlerin ve proseslerin açık bir şekilde tanımlanması ve kurum politikaları arasında yer alması önemlidir. Hizmet iyileştirme sürecinde şikayet yönetimin rolleri arasında sistem hatalarının tanımlanması ve hizmet süreçlerini geliştirmek için bilgilerin kullanması, eğitimlerin takip edilmesi sayılabilir.
- *Erişebilirlik:* Müşterilerin şikayetlerini ileteceği mekanizmaların tanımlanması ve şikayetlerini dile getirmeleri için cesaretlendirmeleridir.
- *Cevap verebilirlik:* Şikayetlere en kısa sürede kurumsal bir yapı altında cevap verilmesi gerekmektedir. Bu süreçte ki ilk cevap şikayetin alınmış olduğu bilgisinin şikayet sahibine verilmesidir. Çözüm sürecinin uzaması şikayet yönetimindeki memnuniyetsizliğin yaygın nedenlerinden birisidir. Her bir şikayetin önem ve aciliyeti birbirinden farklıdır ve farklı sürelerde çözümlenebilir. Bu sürelerin standartlaştırılması ve şikayet sahibine bilgi

verilmesi açısından şikayetleri yöneten çalışan ve kurum yöneticileri ile detaylı veriler toplanıp, doğru planlamalar yapılması önemlidir.

- *Etkili değerlendirme:* Şikayetler değerlendirilirken müşteri beklentileri de göz önünde bulundurularak hem kurum hem de şikayetçi açısından adil, objektif ve tarafsız bir yaklaşım sergilenmelidir. Şikayetler ele alınırken risk değerlendirmesinin yapılıp, olayların ciddiyetine, önemine ve gerçekleşme olasılığına göre gerekli girişimlerin yapılması gerekmektedir. Bu süreçte hesap verilebilirlik kültürünün geliştirilmesi önemlidir.
- *Etkili çözüm:* Bu aşamada etkili bir çözüm geliştirilmesi ile sonuçta ve süreçte adil olunması şikayet sonrası memnuniyetin yaratılmasında önemlidir. Şikayet yönetim sürecinin etkili bir şekilde yürütülüp çözüme ulaştırılması için; şikayetle ilgili tüm kişilerle görüşme, ilgili kayıtları toplama dahil olmak üzere detaylı bir inceleme yapma, toplanan bilgileri analiz etme, şikayete neden olan olayın veya konunun temel nedenini oluşturan bulguları ortaya çıkarma, taraflarla ve ilgili yöneticilerle görüşme, sonuca ulaşma ve girişimlerde bulunma, stratejiler ve iyileştirme önerileri geliştirme ile taraflara sonuç hakkında bilgilendirme yapılması aşamalarını içermektedir.
- *Gizlilik ve açık geri bildirim:* Gizlilik şikayet yönetimin tüm süreçleri için önemli prensiplerinden biridir, şikayetçi ile ilgili kişisel bilgilerin korunması sağlanmalı ve şikayetçinin ek gizlilik talebine saygı duyulmalıdır. Açık geri bildirimde ise ilgili taraflara şikayet sürecinin nasıl yönetileceğine dair yeterli bilgiler verilmelidir.
- *Bilgileri toplama ve kullanma:* Kurum şikayetleri hakkında bilgi toplama kaydetme ve raporlama prosedürleri geliştirmelidir. Şikayet kayıtlarının doğru tutulması şikayetin etkili bir şekilde çözümlenmesinin yanı sıra gelecekteki şikayetlerin de çözümleri için önemli bir bilgi kaynağı niteliğindedir. Şikayet konuları ve sayılarının, çözümündeki ortak sonuçların, yapılan girişimlerin ve iyileştirmelerin etkilerinin raporlanması ile karşılaştırmalar yapılması şikayet yönetimi politikalarının etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

- *İzleme ve iyileştirme yapma*: Kurumda rutin olarak izlem yapılması, şikayet yönetim sisteminin gözden geçirilmesi ve sistemin şikayet politikaları ile uyumluluğu sistemin performansının değerlendirilmesi açısından önemlidir.

2.2.8. Şikayet Yönetimi ve Adalet Kavramı

Şikayet yönetimi literatürü, adalet teorisine atıfta bulunmaktadır. Adalet teorisi ilk olarak 1963 yılında, Adams tarafından geliştirilmiştir. Adalet algıları, organizasyonel yanıtlara karşı verilen bireysel ve öznel değerlendirmelerdir. İşletmeler tarafından gerçekleştirilen fiili eylem (örgütsel cevap) ile, bu cevabın şikayetçi tarafından algılanan öznel değerlendirmesi (adalet algısı) arasındaki ayrımın yapılması çok önemlidir. Çünkü algılar öznel ve genelde de müşteriler gerçeği yorumlarken gerçek olaylardan çok, bireysel tutumlarının etkisi altında kalmaktadırlar (Gelbrich ve Roschk, 2011).

Literatürde yapılan araştırmalarda, insanların yaşadıkları bazı çatışma durumlarına (hukuki, örgütsel, alıcı-satıcı ilişkisi, evlilik vb. gibi) karşı tepkilerini açıklamada, adalet kavramının önemli olduğu belirtilmektedir. (Gilliland, 1993; Tax, Brown vd., 1998). Adams (1965) tarafından yürütülen çalışmalara dayanarak, araştırmacılar, geleneksel olarak müşteri memnuniyetini tahmin etmek için, dağıtım adaleti üzerine odaklanmışlardır. Dağıtım adaleti, müşterilerin sonucun adaleti ile ilgili değerlendirmeleridir. Satın alma işlemlerinde, müşteriler girdilere (para vb.) yatırım yapar ve sonuç (hizmet kalitesi vb.) alırlar. Ayrıca, müşteriler bu değişim içerisinde kendi çıktı ve girdilerini, diğer tarafın çıktı ve girdileri ile karşılaştırırlar. Dağıtım adaleti, hakkaniyet teorisinden temel alır ve bireylerin, sonuçların dağıtımına nasıl tepki verdiklerinin anlaşılmasını amaçlar. Sonuçların dağılımı ile ilgili olarak, bireyler kazanımları en üst düzeye çıkarmayı ve kayıpları en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Hakkaniyet teorisi, sonuç odaklı terimlerle kavramsallaştırıldığı için, kişiler arası boyut ihmal edilmiştir. Adams'ın çalışmasından on yıl sonra, Thibaut ve Walker, sonuca varmak için kullanılan süreci içeren ve prosedür adaleti olarak adlandırılan algılanan adaletin ikinci bir boyutunu tanımlamıştır. Prosedür adaleti, kompleks bir kavram olsa da erişebilirlik, hız vb. gibi hizmet işletmelerinde önemli olan odak konuları kapsamaktadır. Hizmete erişimde uzun süre beklemler ve çalışanlara ulaşabilmedeki problemler, müşteri memnuniyetsizliği ile sonuçlanmaktadır. Literatür, öncelikle yukarıda belirtilen dağıtım ve prosedür adaleti boyutlarına odaklanmış olsa da, bireyler

adaleti yargılamak için, etkileşim adaleti olarak isimlendirilen üçüncü bir kaynağı da kullanmaktadır. Etkileşim adaleti, hizmet sunumu sürecindeki faaliyetlerde, müşterilerin kişiler arası ilişkilerin adaleti ile ilgili algılamaları olarak tanımlanmaktadır. Prodesür adaleti, doğası gereği (zamanlılık, erişebilirlik vb.) kişiler arası olmayan süreçlere odaklanırken, etkileşim adaleti prosedürlerden daha çok kişiler arası konulara (nezaket, empati vb.) odaklanmaktadır (Blodgett, Hill vd.,1997; Martínez-Tur vd., 2006).

İlişkisel pazarlama literatüründe Tax ve arkadaşları (1998), sosyal ve örgütsel psikoloji bakış açısıyla şikayet yönetimi kavramını farklı bir açıdan ele almış olup, şikayetlerin ele alımını adalet kavramı ile ilişkilendirmişlerdir. Adalet, kararların doğruluğunu kapsamaktadır. Austin'e göre adalet, sadece dağıtım değil, dağıtımın nasıl gerçekleştiğine ve uygulanma tarzına da bakmaktadır. Müşteriler adaletsiz algıladıkları hizmet deneyimlerine, adaletli algıladıklarına göre genelde çok daha güçlü tepkiler vermektedirler. Bu yüzden adalet kavramı önemlidir. Hizmet müşterileri, suistimallere karşı savunmasızlardır ve kendilerine adaletsiz davranıldığını algıladıklarında, bu durumu affetme ve unutma ihtimalleri oldukça azdır (Maxham III ve Netemeyer, 2002). Sonuç olarak da, müşteri memnuniyeti ve sadakati, müşterilerin adalet algılarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Aşağıda şikayet yönetiminin üç boyutu olan; dağıtımadalet, prosedüredalet ve etkileşimadalet kavramları incelenecektir.

- *Dağıtım Adaleti*

Dağıtım adaleti; şikayetin çözümünde müşteriye önerilen sonucun, algılanan adaleti üzerine yoğunlaşmaktadır. Tax'ın aktardığına göre, adalet konusunun temeli, Adams'ın (1963) hakkaniyet (equity) teorisine dayanmaktadır. Dağıtım adaletinin odak noktasında eşitlik vardır. Bireylerin girdi ve çıktılarıyla ilgili eşitlik skorları oluşturup, karşılaştırmalarla değişimin adaletini değerlendirmelerine dayanmaktadır. Bu değişimde müşteride, diğer müşterileri referans alarak belirlediği eşitlik skoru ile orantılı olarak, adalet algısı oluşmaktadır. Dağıtım adaleti, nihai iyileştirme sonucu ile ilgili, müşterinin dürüstçe hissettikleri olarak tanımlanmaktadır. Dağıtım adaleti, belirli bir sorunun neden olduğu kayıp ve verdiği sıkıntının sonucu olarak, müşteri tarafından alınan tazminatla ilgilidir. Dağıtım adaleti, fayda ve maliyetin tahsisine, yani finansal kayıp ve özür amacıyla sunulan tazminata odaklanmaktadır. Özrünün önemi, sadece ekonomik maliyetler-zarar için değil, aynı zamanda duygusal maliyetler-zarar için, tazmin zararı

karşılama olduğunu da göstermektedir. Müşteri, algıladığı negatif deneyim ve bununla ilişkili maliyetlere karşılık olarak, işletmenin vermeye istekli olduklarını analiz eder. İşletmenin verdiği kararın sonuçlarının, müşteri tarafından adaletli algılanmasını içerir. Müşterinin şikayet etse de etmese de, bu durumu hakettiği ile ilgili düşünceleridir. Yaşanılan sorunun ciddiyetine bağlı olarak, işletmenin sunduğu tazminat, çeşitli biçimlerde olabilir. Bunlar; ürün tamiri, ürünün değişimi veya takası, ücretsiz hizmetler, geri ödemeler-para iadesi, indirim veya sadece özür dilemedir (Filip, 2013; Tax vd., 1998).

- *Prosedür Adaleti*

Prosedür adaleti amaçların gerçekleştirildiği araçların, algılanan adaleti olarak tanımlanmaktadır. Müşterilerin, işletmeler tarafından şikayetlerin çözümü ve çözüm sürecinde kullandıkları yöntem ve prosedürlerle ilgili değerlendirmelerini ve bu sürece yönelik müşterilerin adalet algılarını içermektedir. Bu açıdan şikayet prosedürleri, ulaşılması ve işletilmesi kolay ve esnek olmalı, aynı zamanda uygun ve zamanında sonuçlandırılmalıdır. Müşteriler satın aldıkları ürün ve hizmetlerle ilgili, bürokratik kanıt sağlamak zorunda kaldıklarında, mektup göndermek ya da zor şikayet formları doldurmak durumunda kaldıklarında, negatif bir algı geliştirirler. Bu gibi prosedürlerin kullanımı, ortaya çıkan sorunu çözme sürecinde yönetimin niyeti hakkında müşteriye pozitif mesaj vermemektedir. Prosedür adaleti, çatışmaları çözümlerken, her iki taraf için memnun edici olmasa da, üretken bir müşteri işletme ilişkisinin sürdürülmesini destekleyen yollarla sorunun çözülmesini amaçlar ve bu açıdan da önemlilik teşkil etmektedir (Filip, 2013; Tax vd., 1998).

- *Etkileşim Adaleti*

İşletmedeki çalışanlar ve şikayet eden müşteri arasındaki, kişiler arası davranışlarla ilgilidir. Etkileşim adaleti, şikayet yönetimi faaliyetleriyle görevli olan çalışanların davranışları ile ilgili değerlendirmeleri dikkate almaktadır. Adaletin bu üçüncü boyutu; müşterilerin şikayet yönetimi ile ilgili prosedürlerin yürürlüğe girmesi sırasında, almış oldukları kişiler arası davranışların adaletli olmasına dayanmaktadır. Müşteriler, deneyimledikleri memnuniyetsizlik hakkında, makul bir açıklama yapılmasını beklemektedir. Aynı zamanda, yaşadıkları sıkıntının giderilmesi ve sorunun çözümü için, gerçekten çaba sarf edildiğini görmek istemektedirler. Bu bağlamda çalışanların, örgütsel güvenilirliği tekrar kazanmak ve kurumsal imajın zarara uğramasına engel

olmak için, memnuniyetsiz müşterilerle iletişim sürecinde nazik, açıklayıcı, dürüst, etik ve empatik davranışlar sergilemeleri gerekmektedir. Etkileşim adaletine ilişkin faktörlerin şikayet yönetim sürecine dahil edilmesi, karar verme prosedürleri ve sonuçlarının adil bir şekilde tanımlanmasına rağmen, şikayetçilerin neden hala adil davranılmadığını hissetmelerini açıklamaya yardımcı olmaktadır (Filip, 2013; Tax vd., 1998).

Söyük'e (2007) göre etkileşim adaletinin; kararın uygulanmasından sorumlu olan bireylerin, karardan etkilenenlere karşı nazik ve saygılı davranmasıyla ilgili olan "kişilerarası duyarlılık" ve dağıtım kararının gerekçelerini kararın etkilediği bireylere açık ve yeterli olarak anlatılması ile ilgili olan "açıklama yapma" ya da "sosyal sorumluluk" olmak üzere iki alt boyutu vardır.

Tax ve arkadaşları (1998), ilgili alanda yapılan çalışmaları incelediklerinde şikayetin ele alınması sürecinde, adaletin on üç unsuru olduğunu saptamışlardır. Bu unsurlar dağıtım adaleti alt boyutunda; eşitlik, hakkaniyet ve ihtiyaçtır. Prosedür adaleti alt boyutunda; süreç kontrolü, karar kontrolü, ulaşılabilirlik, zamanlama/hız, esnekliktir. Etkileşim adaleti alt boyutunda ise; açıklama/hesap verebilirlik, dürüstlük, nezaket, çaba sarf etme ve empatidir. Yapılan çalışmalarda da, şikayetin ele alınma sürecindeki on üç boyutun, müşteri memnuniyeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Blodgett vd., 1997; Goodwin ve Ross, 1992; Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985; Tax vd., 1998).

Hizmet ve kalite literatürü, kişiler arası tedavi, süreç unsurları, hizmetin fayda ve çıktıların değerlendirmesinin temel bileşeni olarak adaletin etkisini vurgulamaktadır. Adalet, şikayetin başlatılmasından tamamlanmasına kadar olan sürecin anlaşılmasında kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu yüzden şikayetin adalet perspektifinden ele alınması önemlidir (Parasuraman vd., 1985; Taylor, 1994; Tax vd. 1998).

2.2.9. Müşteri Şikayetleri ve Davranışsal Niyetler

İşletmelerin şikayetleri ele alma stratejileri amaca yönelik ve işlevselse, şikayet eden müşteriler, sadık müşterilere dönüşebilmektedir. Eğer şikayetleri ele alma şekli ve çözümleri, müşteriler tarafından olumsuz algılanırsa, şikayetçilerin başka işletmelerden hizmet arama ihtimalleri de, bu doğrultuda yüksek olacaktır. Yapılan çalışmalarda, müşterilerin sorunlarının başarılı bir şekilde çözülmesi sadakati arttırıp müşterilerle işletme arasındaki ilişkileri güçlendirirken (Jones ve Sasser, 1995); hizmet başarısızlığının ise müşteri ve işletme arasındaki ilişkiyi zayıflattığı saptanmıştır.

Zeitham ve arkadaşları (1996), müşterilerin işletme ile bir sorun yaşamaları halinde, tekrar satın alma veya işletme ile ilişki kurmaya yönelik davranışsal niyetlerinin azaldığı ve problemleri tatmin edici bir şekilde çözüme kavuşsa bile, niyetlerindeki azalmanın tamamen düzelmediğini belirtmektedir (Bolton ve Drew, 1992).

Murray ve arkadaşları (1999), hizmet iyileştirme çalışmalarının, müşteri memnuniyetinde, müşterilerin hizmet kalitesi algılarında ve hizmeti önermeye istekli olmalarında, yalnızca eski konumuna bir zemin hazırlama niteliğinde olduğunu ileri sürmektedirler. Spreng ve arkadaşları (1995) çalışmalarında, işletmenin şikayeti ele alma şeklinin, müşterinin genel memnuniyetini ve tekrar satın alma niyetlerini önemli ölçüde etkilediğini saptamıştır.

2.2.10. Müşteri Şikayetleri ve Müşteri Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti ve müşteri şikayetleri iki açıdan ele alınabilir. Birincisi müşterilerin, aldıkları ürün veya hizmet beklentilerinin karşılanmaması ve memnun olmamaları sonucu şikayette bulunmalarındır. İkincisi ise, müşterilerin şikayette bulunduktan sonra, işletmelerin şikayeti ele alış şeklinden yani şikayet yönetiminden memnun olmamalarıdır (Orsingher, Valentini ve Angelis, 2010).

Şikayet sonrası davranışlar, pazarlama literatüründe önemli derecede ilgi gören konulardan biridir. Bu alana öncülük eden çalışmalar, şikayet sonrası müşteri memnuniyetine ve müşteri davranışlarına etki eden organizasyonel tepkileri (tazminat miktarları gibi) incelemişlerdir. Bunlara ek olarak, alandaki başlangıç araştırmaları, şikayet sonrası memnuniyetin pozitif müşteri davranışlarını desteklediğini, pozitif ağızdan ağıza iletişim ve satın alma niyetini artırdığını belirlemiştir (Gelbrich ve Roschk, 2011). Goodwin ve Ross (1989) ile başlayan çalışmalar ise, şikayet sonrası memnuniyet oluşumunu adalet teorisi ile anlamaya çalışmış ve adalet algılarının örgütsel tepkiler ve şikayet sonrası, memnuniyet arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ortaya koymuştur (Maxham III ve Netemeyer, 2002; Smith ve Bolton, 1998).

Şikayet sonrası yaşanan memnuniyetsizlik ya da daha farklı bir ifade ile şikayetin ele alınışından yaşanan memnuniyetsizlik, pek çok çalışmada ortak bir bulgudur (Doig, 2004). Daniel ve arkadaşları (1999), Güney Doğu Avustralya Bölgesi'nde Sağlık Hizmetleri Şikayet Komisyonu tarafından sonlandırılan 290 hasta şikayetini incelemiş ve yaklaşık üçte ikisinin (%61) şikayetlerinin ele alınmasından memnun olmadıkları tespit etmiştir. Şikayetlerinden memnun olmayanların da %15'i

dava açacaklarını, %70'inden fazlası ise herhangi bir şey yapmayacaklarını belirtmiştir. Friele ve arkadaşlarının (2008), Hollanda'da 74 hastanenin şikayet komitesindeki şikayeti bulunan 279 hasta ile yaptıkları çalışma sonucunda, hastaların üçte ikisi şikayet komitesinin şikayet yönetiminden memnun kaldığını ifade etmektedir.

Yapılan araştırmalar, şikayetlerin etkili bir şekilde ele alınmasının, daha sadık ve daha memnun müşteriler yarattığını saptamıştır (Patterson, Cowley ve Prasongsukarn, 2006; Smith ve Bolton, 1998). Şikayetin ele alınmasıyla ilgili memnuniyet; müşterinin işletmenin bir problemi ne kadar iyi ele aldığını değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. İşletmeler açısından şikayetin ele alınmasıyla oluşan memnuniyet, müşteri kaybını azaltmak ve müşteri marka ilişkilerini sürdürmek için etkili bir araçtır (Orsingher, Valentini ve Angelis, 2010).

2.2.11. Müşteri Şikayetleri ve Kalite

Deming, hizmet işlemlerinde yer alan değişkenlerin ve algıların sayısından dolayı, hizmetteki başarısızlıkların ve dolayısıyla da şikayetlerin kaçınılmaz olduğuna inanmaktadır. Ayrıca, Deming döngüsüyle de hatalardan öğrenme ve geri bildirim sağlanmasının, TKY'nin başarılması ve sürdürülebilir kârlılığın elde edilmesinde, iki anahtar bileşen olduğunu belirtmektedir. Şikayetler, hem doğrudan hem de dolaylı maliyetler olarak pahalı olmakla birlikte, müşterinin doğrudan sesini içerdiği için, işletmelere paha biçilmez bir bilgi kaynağı sunmaktadır (Bosch ve Enríquez, 2005).

Uluslararası kalite güvencesi ve kalite yönetimi standartları olan ISO (International Organization for Standardization), 1974 yılında kurulmuş olup, kurumlara sürekli iyileştirme, süreç kontrolü ve müşteri memnuniyetini de içine alan kalite anlayışı sunmaktadır. ISO, sekiz temel ilke üzerine yapılandırılmıştır. Bunlar; müşteri odaklı organizasyon, liderlik, çalışanların katılımı, süreç yaklaşımı, sistem yaklaşımı, sürekli gelişme, karar verme süreçlerinde analitik yaklaşım, karşılıklı olarak faydalı tedarikçi yaklaşımıdır. ISO, kurumların kalite kültürünü oluşturması açısından faydalı olup, ürün veya hizmetin mükemmelliğini değil, yönetim sisteminin kalite belgesini ifade etmektedir (Tarım, 2009, s.82-83).

2004 yılında, müşteri şikayetlerinin sistematik bir şekilde yürütülmesi ve şikayetlerin oluşmadan önlenmesi amacıyla, ISO 10002 standardı yayınlanmış ve ülkemizde 2006 yılında bu standart, TS ISO 10002-2006 olarak yürürlüğe girmiştir. TS ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi, işletmelere müşteri şikayetleri ile

karşılaştıklarında nasıl davranmaları gerektiği, şikayetin çözümlenmesi sonrası müşteriye verilecek tazminat, şikayetin ele alınmasında adil olunması ve şikayet sonrası yapılacak iyileştirmeler konusunda rehberlik etmektedir (<https://www.tse.org.tr/IcerikDetay?ID=87&ParentID=68>).

Şikayetler, işletmelere hatalarından kurtulma, memnuniyetsiz müşterileri elde tutma ve müşterilerin gelecekteki tutum ve davranışlarını etkileme fırsatı sunmaktadır. Etkili bir şikayet yönetimi süreci, işletmelerin müşteri memnuniyetini, sadakatini ve kârını arttıran iyileştirmeler yapmak için yararlı olan müşteri geri bildirimlerini elde etmelerini sağlayan önemli bir kalite geliştirme aracıdır (Powers ve Bendall-Lyon, 2002).

2.2.12. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Şikayetleri

Sağlık kurumları için hasta şikayetleri, genellikle ilgili sorunlara ilişkin değerli bir içgörü kaynağı sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri tüketicileri daha iyi bilgilendirildikçe ve hakları konusunda daha bilinçli hale geldikçe, sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkındaki şikayetler de artmaktadır. Hastalardan ve/veya hasta yakınlarından gelen şikayetler, bir sağlık sistemindeki sorunların önemli göstergeleridir. Şikayetlerde hasta perspektifi önemlidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin kullanıcıları olarak hastalar, birçok ülkede artık rutin uygulama olan olumsuz vaka raporlama sistemlerinde, sağlık profesyonelleri tarafından rapor edilenlere farklı bir bakış açısı getirmektedir. Hastalardan gelen şikayetler, genellikle tedavi ve sağlık profesyonelleri ile kötü iletişimin yanında, bakımlarında güvenlik ve hizmet kalitesi sorunları ile ilgilidir. Bu nedenle hastalar tarafından yapılan şikayetler, farklı ve genişleyen bir veri havuzu sağlamaktadır. Güçlü bir güvenlik kültüründe hasta şikayetlerinin kaydedilip, sistematik olarak analiz edilmesi; sağlık kuruluşlarının, hizmetlerin sunumundaki zayıflıklarını tespit etmelerini ve bu nedenle iyileştirme ve belki de ek kaynaklar talep edilecek alanlara işaret edilmesine olanak sağlamaktadır (Harrison vd., 2016).

Hasta şikayetleri, genellikle bir sağlık bakımı ortamında yaşanan sorun ve anlaşmazlık ifadesine işaret etmektedir. Şikayetler genellikle, bir sağlık hizmeti kurumuna (ya da düzenleyiciye), resmi memnuniyetsizlik eşiği geçtikten sonra yazılmış mektuplarla/dilekçelerle iletilmektedir. Tipik olarak şikayetler, hastalar ve hasta yakınları tarafından yapılmaktadır. Şikayetleri çözmek için sağlık kurumları genellikle, şikayette diyalog yaratmakta, araştırmakta ve her hasta için bireysel bir çözüme (özür,

reddetme, telafi etme vb.) ulaşmaktadır. Hasta şikayeti verileri, hasta güvenliğindeki problemlerin tanımlanması veya azaltılmasında kullanılırken, hasta şikayetlerinin bazı ayırt edici özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Bu özelliklerden ilki; hasta şikayetleri başarısızlığın sistematik bir incelemesini yansıtmamakta bunun yerine bireysel hasta deneyimlerini temsil etmektedir. Şikayetler standardize değildir, ancak fiziksel ve ruhsal zarara dair olaylar rapor edilebilmektedir. İkinci özellik, hasta şikayetlerinin genelde duygusal olmasıdır. Hastalar eleştirdikleri sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumlarını, öfke ve üzüntü içerisinde tarif edebilirler. Üçüncüsü, hasta şikayetleri sağlık hizmetlerinde yapılacak iyileştirmeler için kullanılacak anahtar öğrenme noktalarını açıkça vurgulamayabilir. Dördüncüsü, hasta şikayetleri genellikle sağlık personeli ile olan etkileşimlerdeki sorunlara öncelik vererek, tedavinin öznel ve daha az prosedürel yönlerine (örneğin merhamet ve haysiyet) ve bunların kalite ve güvenlikle nasıl etkileşime girdiğine odaklanmaktadır. Beşinci olarak, hasta şikayetleri, bakımı etkileyen daha geniş sistem baskıları (örneğin, personel iş yükleri) hakkında bir farkındalık olmaksızın yapılabilir, yani bakımda sorun yaratan tüm faktörleri tanımlayamayabilir. Bu özelliklerle birlikte, hasta şikayetleri toplu bir şekilde ele alındığında, potansiyel olarak sağlık hizmeti sunumundaki sorunlu alanlara işaret etmektedir (Reader vd., 2014).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin bir ölçüsüdür ve hastaların deneyim düzeylerinin öznel boyutunu ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalarda, hasta memnuniyeti tedavi planına uyma, sağlık hizmetleri kullanımının azalması, daha az malpraktis davaları, memnun olunan sağlık kurumunu ve profesyonelinin tekrar tercih etmeye isteklilikle ilişkili bulunmuştur. Şikayetler, hasta memnuniyetsizliğinin bir ifadesidir. Hasta şikayetlerinin kalitatif ölçümü, hizmet kalitesinin ölçümü ile karşılaştırılmalıdır ve kalite güvence ölçümleri, hasta memnuniyetini ve hasta şikayetlerinin analizini içermelidir. Hasta şikayetleri, genellikle düşük hizmet kalitesinden ya da hasta beklentilerinin karşılanmamasından kaynaklanmaktadır. Bazı şikayetler, küçük gibi görünse de çoğu zaman daha ciddi olaylarla ilgilidir ve tazminatlarla sonuçlanmaktadır. Şikayetlerin niteliğinin analizi, problemleri tanımlamak ve ortadan kaldırmaya yardımcı olmak için önemlidir (Taylor, Wolfe ve Cameron, 2002; Taylor, Wolfe ve Cameron, 2004).

Olumsuz hasta deneyimleri ile ilgili verilerin analiz edilmesi, sağlık kuruluşlarının bakımdaki sistematik sorunları tespit etme yeteneklerini güçlendirmektedir. Hasta şikayetleri, yapılandırılmamış ve hastanın hastaneye başvurma motivasyonu olan spontan bilgilerdir. Şikayet formlarını doldurarak, hastalar hastaneye kendi dillerinde bilgi verirler ve kendileri için önemli olan şeyleri rapor etmeyi tercih ederler. Hastalar, şikayet sürecini hastanede kaldıkları süre boyunca, hizmet aldıktan sonra herhangi bir zaman diliminde veya taburcu olduktan sonra dağıtılan hasta memnuniyeti anketleri ile başlatabilirler. Hasta şikayetleri ile ilgili yapılan çalışmalar, şikayetlerin bakım sistemlerini anlama ve iyileştirmede potansiyel değerlerinin giderek artan farkındalığı olduğunu belirtmektedir. Şikayette bulunan her hasta, anahtar kalite ölçümü olan hasta memnuniyeti hakkında bilgi sunmaktadır. Hasta şikayetleri ile sağlık kurumları, hastaların öykülerini ortaya çıkarır, güvenliği ilgilendiren bilgileri yakalar ve bu bilgiyi, bakımı organize eden ve sunan profesyonellere geri gönderir. Bununla birlikte, hasta öykülerini ortaya çıkarmak ve güvenlikle ilgili bilgileri yakalamak, bir geri bildirim mekanizmasını oluşturmak için, hasta şikayetlerini toplamak, birleştirmek/kümelemek ve analiz etmek için standartlaştırılmış bir sisteme ihtiyaç vardır (Montini vd., 2008).

2.2.13. Hasta Şikayetlerinin Sınıflandırılması

Hastaların şikayetlerini iletme ve bunlara yanıt verme mekanizmaları, çoğu ülkede düzenleyici ortamın bir parçası olmakla birlikte, şikayetler farklı sağlık sistemlerinde ve farklı ülkelerde, farklı kategorilere ayrılmaktadır. Bu durum karşılaştırma yapılmasını, sonuçlar çıkartılmasını ve uluslararası standartlar geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Şikayetlerin sınıflandırılması, bazen ülkeler içinde eyaletler ve bölgeler bazında farklılıklar göstermektedir, bu durum da ulusal politika yaklaşımının gelişimini engellemektedir. Mevcut sistemlerde, hasta şikayetlerini analiz etmek için kullanılan tekniklerin standardizasyon seviyesi belirsizdir ve açık değildir. Şikayetlerin sınıflandırılması ve analiz edilmesi ulusal ve uluslararası düzeyde uygulanan ve kabul edilen bir taksonomi ile mümkündür. Şikayetlerin taknomisi sağlık hizmetlerinin hastalara karşı daha hesap verebilir olmasını sağlamakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek için hasta merkezli bir strateji sunmaktadır (Harrison vd., 2016).

Reader ve arkadaşlarının (2014) sağlık sistemlerindeki hasta şikayetleri alanında yapılan yayınların sistematik derlemesini yaparak geliştirdikleri taksonomi, hasta şikayetleri taksonomisi alanındaki önemli çalışmalardan biridir. Burada 59 çalışma, 88.069 hasta şikayeti incelenmiş olup, hasta şikayetlerinin altında 113.551 sorun bulunmuştur. Bu sorunların değerlendirilmesinde 205 farklı analitik kod ve 29 alt kategori kullanılmıştır. En çok şikayet edilen konular arasında %15,6 ile tedavi ve %13,7 ile iletişim yer almaktadır. Literatürde de, Reader ve arkadaşlarının (2014) yaptığı hasta şikayetleri taksonomisinden yararlanılarak yapılan çalışmalar mevcuttur (Mattarozzi, Sfrisi, Caniglia, De Palma ve Martoni, 2016; Harrison vd., 2016; Karaağaç, Erbay ve Esatoğlu, 2018). Bu çalışmada 2012-2017 yılları arası şikayetler incelenecek olup, değerlendirilmesinde de Reader ve arkadaşlarının taksonomisinden yararlanılacaktır.

2.2.14. Türkiye ve Diğer Ülkelerin Sağlık Sistemlerinde Şikayet Yönetim Süreçleri

Şikayet yönetimi ve sorunların çözümü için uygun stratejilerin uygulanması, sağlık yöneticilerinin temel sorumlulukları arasındadır. Hasta şikayetleri, potansiyel olarak değerli bir bilgi kaynağı olarak kabul edilmektedir. Özellikle tıbbi şikayetler malpraktisin göstergeleri olabilir, bu açıdan ele alınmaları önemlidir. Tıbbi şikayetlerin sıklığı ve şiddeti farklı ülkeler arasında değişmekle birlikte, genel olarak şikayet sayılarının yükselişte olduğu dikkat çekmektedir. Ülkelerinde kendilerine özgü sağlık sistemleri ile birlikte, şikayet yönetim süreçleri de birbirinden farklıdır. Genel olarak hastalar tarafından yapılan şikayetler ve bu şikayetlerin sağlık hizmeti kalitesinin düzenlenmesi için kullanılması, birçok ülkede tartışılan konular arasındadır (Harrison vd., 2016; Reader vd., 2016).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin organizasyon yapıları birbirinden farklı olduğu için, şikayet yönetim sistemleri de birbirinden farklıdır. Ülkemizde hasta hakları; Anayasa'nın 56. maddesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı şikayet mekanizmaları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak yürütülmektedir. Şikayetlerin ele alınması ve değerlendirilmesinde de, 01.08.1998 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ve ilgili genelgeler esas alınmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği, 51 madde ve dokuz bölümden oluşmaktadır. Yönetmelikte sağlık hizmetlerinden

faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi, ziyaret, refakatçi bulundurma, hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi, müracaat, şikayet ve dava hakkı yer almaktadır. Şikayet ve dava hakkında, hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Ülkemizde, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında hasta ve çalışan memnuniyetinin en üst düzeyde tutulması hedeflenmiş olup, hasta başvurularının elektronik ortamda alınması ve çözülmesi planlanmıştır. 2003 yılında pilot bölgelerde, 2005 yılında ise tüm Türkiye’de Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile hastanelerde hasta hakları birimleri kurulmuştur. 2014/32 sayılı Hasta Hakları Uygulamaları konulu genelge ile de hasta hakları il koordinatörlüğü, hasta hakları kurulu, hasta iletişim birimi, başvuru yolları ve süreçleri ile sorumluluklar ve müeyyideler düzenlemiştir. İllerde, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü kurulmuş olup, görevleri arasında il genelinde hasta hakları uygulamalarını koordine etmek, hasta hakları kurullarının oluşmasını ve çalışmasını, internet tabanlı Hasta Başvuru Bildirim Sisteminin (HBBS) işleyişini ve takibini sağlamaktır. Koordinatörlüğe bağlı hasta hakları birimleri, iletilen şikayet başvurularını, sonuçlarını ve kurula girmesi kararlarını HBBS’ye girerler. Ayrıca hastalarda <https://hastahaklari.saglik.gov.tr/> internet adresinden de şikayet başvurusunda bulunabilir ve şikayetlerini takip edebilir, şikayetlerini geri çekebilir veya kurul kararına itiraz edebilirler. Tek hekimli özel muayeneler ve 112 acil sağlık hizmetleri hariç, ildeki bütün sağlık kurumları Koordinatörlüğe bağlıdır. Koordinatörlüğe bağlı il merkezi ve ilçelerde, Hasta Hakları Kurulları oluşturulur. Kurul, hasta hakları birimlerince yerinde çözülemeyen ve kurula girmesine karar verilen başvuruları, hasta hakları ihlali olup olmadığı yönünden değerlendirmekte ve karara bağlamaktadır. Kurulun verdiği kararlar, şikayet edilen çalışana idari işlem yapılması veya yapılmaması yönünde tavsiye ve öneri niteliğindedir. Kurul üyeleri; kurul başkanı, şikayet edilen personelin varsa sendikasının işyeri temsilcisi, şikayet edilen personelin kurumunun temsilcisi, dernek temsilcisi (hasta hakları derneğinden bir temsilci yoksa, tüketici derneklerinden bir temsilci), valilikçe görevlendirilen bir vatandaş, Sivil Toplum Kuruluşu üyesi ve şikayet edilen çalışanın bağlı olduğu meslek kuruluşunun bir

üyesinden (hekimse Tabip Odası ve Diş Hekimleri Odaları) oluşmaktadır. Kurul başvuru oldukça toplanmakta olup, başvuru ulaştığından itibaren, otuz gün içerisinde kararlar sonuçlandırılmaktadır. Kurul başvuruyu değerlendirirken, ilgili hastane aracılığı ile tıbbi kayıtlar, hasta dosyası, varsa kamera kaydı, görgü tanıkları ve gerek görülen ek belge talebinde bulunabilir. Kurul, salt çoğunlukla toplanmakta ve karar almaktadır. Oyların eşitliği halinde, başkanın taraf olduğu görüş kabul edilmektedir. Gizli oylama yapılmakta olup, şikayetçinin ve şikayet edilen kişinin adı geçmemektedir. Son altı ay içerisinde ikiden fazla hak ihlali çıkan sağlık çalışanı ile ilgili dosya ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün kanaat raporu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü aracılığı ile sağlık meslekleri kuruluna gönderilmektedir. Kurul kararları HBBS'ye girilmekte olup, hasta hakları birim sorumluları, şikayet edilen personele ve şikayet sahibine kurum kararını iletmektedir. Kurulda idari işlem yapılması yönünde karar çıkarsa, hasta hakları birimleri bu kararı hastane yönetimine bildirmektedir. Kurul kararına, tebliğ edildiği tarihten itibaren 10 gün içerisinde itiraz edilmesi halinde, başvuru kurulda ikinci kez değerlendirilir ve nihai karar verilir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42. Maddesinin c bendine göre, Tıbbi hata iddialarına ilişkin başvurular kurul tarafından değerlendirilmez. Tıbbi hata iddialarına ait soruşturmalar; İl Sağlık Müdürlüğü disiplin birimi, hastanelerin disiplin büroları, üniversite hastanelerinde de dekanlık tarafından yürütülmektedir.

Genel olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde şikayet yolları, Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER), Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), hastanelerin hasta hakları birimlerine yerinde başvuru, şikayet kutuları, Valilik Açık Kapı Platformu ve hastane yöneticiliği, il sağlık müdürlüğü, valilik veya kaymakamlık genel evrak birimlerine dilekçe hakkı ile yapılan başvurular ve Cumhuriyet Başsavcılığı aracılığı ile yapılan başvurulardır.

- **BİMER:** 19 Ocak 2006 tarihinde Başbakanlık tarafından yayınlanan genelge ile, Başbakanlık Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı birimi altında kurulan ve tüm devlet kuruluşları ile ilgili başvuruları değerlendiren, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak geliştirilen bir halkla ilişkiler uygulamasıdır. BİMER'e müracaatlar; şahsen başvuru, Alo 150 hattı ile telefonla başvuru, mektup veya faks ile başvuru, elektronik ortamda başvuru şeklinde yapılmakta olup, en geç otuz gün içerisinde başvurular değerlendirilip, sonucun bildirilmesi

gerekmektedir. 2006/3 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile BİMER aracılığı ile yapılacak müracaatlar şu şekildedir; 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu, 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun, 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve İnsan hakları ihlalleridir (Eroğlu Durkal ve Korkmaz, 2017). 2018 yılında, BİMER platformu CİMER ile birleşmiş olup, CİMER adıyla hizmet vermektedir.

- **CİMER:** Vatandaşların sorun, öneri ve şikayetlerini bildirecekleri bilişim ve iletişim teknolojileri kullanılarak, hayata geçirilen bir halkla ilişkiler uygulamasıdır. Alo 150 hattı ile telefonla arayarak, <https://www.cimer.gov.tr/> sitesinden ya da e-devletten online başvuru yapılabilmektedir. CİMER şikayetleri, İl Sağlık Müdürlüğü Şikayet Takip Biriminden, Sağlık Bakanlığı hastaneleri Disiplin Bürolarına yönlendirilmekte ve burada değerlendirilmektedir. CİMER sisteminde şikayet, bilgi edinme ve ihbar alt başlıkları bulunmaktadır. Şikayet ve ihbarlar 30 gün, bilgi edinme 15 gün içerisinde sonuçlandırılmaktadır. Belirlenen süreler içerisinde sonuçlandırılmadığı zaman, sistem uyarı vermektedir. Şikayet sonucu şikayetçiye ve şikayet edilene bildirilmektedir. Eğer, iletişim sorunu ile ilgili bir problem tespit edilirse, sistem üzerinden “hasta ve hasta yakını ile ilgili iletişim” konulu eğitim planlanmakta ve ilgili çalışanın katılması beklenmektedir. CİMER şikayetlerinde, eğer tıbbi hata iddiası varsa, başhekim yardımcısı veya müdür yardımcısı, araştırma ve soruşturma yapmaya yetkili olmak üzere, başhekim tarafından görevlendirilmektedir. İlk olarak, şikayet eden kişi görüşmeye davet edilir. Yazılı beyanda bulunması istenerek, tıbbi hata kanısına nasıl vardığı araştırılır. CİMER sisteminde 200 karakter kısıtı bulunduğu ve kişinin şikayetini ispatlaması için belge sunmasına olanak verilmediğinden, kişinin yazılı ve daha detaylı bilgisine başvurulur ve sonrasında şikayet edilenin ifadesine başvurulur. Hasta kayıtları incelenir, görgü tanıklarının ifadesine başvurulur ve son olarak bilirkişi-uzman görüşüne başvurularak tıbbi hata-ihmal olup olmadığına karar verilir. Soruşturma raporu hazırlanır ve başhekime sunulur. Eğer tıbbi hata veya ihmal iddiası doğrulanırsa, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre; ceza, soruşturmayı yürüten başhekim yardımcısı veya müdür yardımcısı tarafından teklif edilir, şikayet edilenin son savunması

alınır ve nihai karar, başhekim tarafından verilir. Tıbbi-hata veya ihmal iddiası ile ilgili nihai karar, şikayet eden ve edilene tebliğ edilmektedir.

- **SABİM:** Sağlık Bakanlığı 2004 yılı itibariyle, 7 gün, 24 saat Alo 184 nolu çağrı merkezi ile acil yardım, şikayet, teşekkür, bilgi alma, ihbar, öneri ve merkezi randevu sistemi ile ilgili başvuruları almaktadır. SABİM hattı üzerinden alınan şikayetler operatör, çözümleyici, sevk edici gibi süreçlerden geçip, ilgili hastanenin SABİM web yazılım programına düşmektedir. SABİM şikayetleri de, CİMER gibi İl Sağlık Müdürlüğü Şikayet Takip Birimi ve hastanelerin Disiplin büroları tarafından değerlendirilmektedir. Şikayetler, 30 gün içerisinde sonuçlandırılmalıdır. Sonuçlandırılmadığı zaman, sistem uyarı vermektedir. Hastanelerin çözümleyemediği malzeme eksikliği vb. şikayet durumlarında, sistem üzerinden Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'ndan yetkililer devreye girerek, şikayetleri çözümleyebilmektedir. SABİM şikayetlerinde de, tıbbi hata veya ihmal iddiası varsa, süreç CİMER'deki gibi işlemektedir. SABİM şikayet süreçleri, web yazılım programı üzerinden yürütülmekte olup, birim sorumluları takipleri, sonuç kararlarını buradan girmektedir. Şikayet sonucu, karara bağlandıktan sonra, şikayet sahibine ve şikayet edilen personele bildirilmektedir.
- **Hastanelerin hasta hakları birimleri:** Hasta hakları ihlallerinin önlenmesi amacıyla başvuruları kabul eden, acil sorunlara yönelik çözüm sağlayan ve bir üst birimi bilgilendiren, sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumlu olup, başhekim ve başhekim yardımcısına bağlı olarak çalışan birimlerdir. Birime ulaşan şikayetler veya sorunlar, öncelikli olarak yerinde çözülmeye çalışılmaktadır. Çözilemeyen şikayetler, hastanelerin şikayet formları aracılığı ile yazılı olarak alınmaktadır (EK 1). Birimler, aldıkları başvuruları HBBS'ye girmekte ve aynı zamanda Hasta Hakları Koordinatörlüğü de buradan şikayeti takip etmektedir. Başvurusu alınan şikayetler, ilgili başhekim yardımcısına sunulmakta, çalışanın bağlı olduğu birim yöneticine bilgi verilmekte ve bilgi alınmaktadır. Şikayet edilen personelden, konunun ciddiyetine göre yazılı veya sözlü bilgilendirme istenmekte, tıbbi kayıtlar varsa görgü tanıkları aracılığı ya da şikayet sahibi ile tekrar görüşülüp, detaylı bilgi alınarak şikayet değerlendirilmektedir. Kurulda görüşülmesine

karar verilen şikayetler de, hasta hakları kuruluna gönderilmektedir. Şikayet sonucundaki karar, ilgili başhekim yardımcısı ve başhekim onayı ile verilmektedir. Birimler, 7 gün içerisinde şikayet edilen çalışandan bilgi almalı ve 10 gün içerisinde de sonuçlandırıp, HBBS'ye şikayet sonucunu girmelidir. Hastanelerin genel evrak birimi üzerinden aldıkları şikayetler ve şikayet kutularındaki şikayetler de, yine bu birim aracılığı ile değerlendirilmektedir. Birimler, şikayet sonucunda verilen kararları, başhekim onayı ile şikayet sahibine ve çalışana iletebilmektedirler. Eğer, bir kişi ile ilgili çok fazla şikayet alınmaya başlandıysa ve şikayetin içeriğinde tıbbi hata-ihmal iddiası varsa, disiplin bürosuna yönlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, aldıkları aylık düzeltici-önleyici faaliyet formlarını (EK 2) ve altı aylık formları (EK 3) Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği birimine göndermektedir.

- **Valilik Açık Kapı platformu:** İç İşleri Bakanlığı'nca 2018 yılında kurulmuş olup, vatandaşların elektronik olarak <http://www.acikkapi.gov.tr/>'dan veya valilik ve kaymakamlıklarda bulunan Açık Kapı birimlerine yazılı olarak şikayetlerini, taleplerini ilettikleri platformlardır. Buraya yapılan şikayetler de, Sağlık Bakanlığı hastanelerin de bulunan disiplin büro tarafından değerlendirilmekte olup, işlem süresi 7 gündür.
- Şikayet etme hakkını kullanarak hastane yöneticiliği, İl Sağlık Müdürlüğü, valilik veya kaymakamlık genel evrak birimlerine yapılan başvurular da, hasta hakları birimlerine yönlendirilmekte ve tıbbi hata-ihmal iddiaları ile ilgili olanlar disiplin büro, diğer alanlarda olanlar ise HBBS aracılığı ile işlem görmektedir.
- Şikayet sahibi, savcılık kanalına da başvurarak hukuki süreç başlatma hakkına sahiptir. Buradaki işlemler, 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun uyarınca yapılmaktadır. Cumhuriyet Başsavcılığı, şikayet edilen sağlık personeli kamu görevlisi olduğu için, şikayet konusu ile ilgili disiplin soruşturması yapıp yapılmaması konusunda, ön inceleme talep etmektedir. Valilik il idare kurulu, İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile şikayet edilen kurumdan, ön inceleme yapmak üzere genellikle bir başhekim yardımcısı muhakkik olarak görevlendirmektedir. Ön incelemede de, görevlendirilen muhakkik tarafından detaylı soruşturma yapılarak, bilirkişi görüşü istenmekte ve bir karara bağlanmaktadır. İçinde soruşturma raporu yer

alan bir ön inceleme raporu hazırlanmaktadır. Ön inceleme ve soruşturma raporu İl Sağlık Müdürlüğü, Valilik İl İdare Kurulu'na gönderilmektedir. Rapor aynı zamanda, Cumhuriyet Başsavcılığı Soruşturma Bürosu'na gönderilmektedir ve soruşturma yapılmasına yer vardır ya da yoktur şeklinde son karar çıkmaktadır. “Soruşturma izni verilsin” kararı çıktıktan sonra ise, hukuki süreç başlamaktadır.

Bu araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde de ise Hasta Hakları Birimi Hasta Hakları Yönetmeliğine göre ve Başhekim yardımcısına bağlı olarak çalışmaktadır. Hasta Hakları Biriminin şikayet alma yolları; şikayet dilekçesi formları, SABİM, BİMER ve CİMER ve şikayet kutularıdır. BİMER ve CİMER şikayetleri uygulamanın yapıldığı tarihler iki farklı şikayet platformu olarak ele alındığı için burada da ayrı ele alınmıştır. Ek 4’de belirtilen şikayet dilekçeleri 10 gün içerisinde cevaplandırılmaktadır. BİMER, CİMER ve SABİM şikayetleri ise Rektörlük Hukuk Müşavirliği aracılığı ile hasta hakları birimine iletilmekte olup yaklaşık 1 ay içerisinde cevaplandırılma süresi vardır. Aldığı sağlık hizmetinden ya da sağlık personelinin memnun olmadığını belirten hasta veya hasta yakını sorunun çözülmesi için hasta hakları birimine başvurmaktadır. Birimin öncelikli amacı sorunların yerinde çözülmesini sağlamaktır. Fakat hasta çözümden memnun olmadığında ya da şikayetin resmi prosedürle başlatmak istediğinde hastadan şikayet dilekçesi formunu doldurulması istenir ve şikayeti yazı işleri biriminde kayda alınır. Şikayet kayda geçtikten sonra hasta hakları birimi ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından değerlendirilir. Şikayetlerin detaylandırılması için hasta telefonla aranarak şikayeti hakkında bilgi toplanır. Şikayetle ilgili bölüm veya ilgili kişiden yazılı bilgi talep edilir. Hastane kayıtlarından gerekli incelemeler yapılır. Şikayetin sonuç kararı ilgili başhekim yardımcısı tarafından verilir, şikayet sahibine ve şikayet edilen kişi veya birime de şikayetin sonucu tebliğ edilir. Şikayet dilekçesi ile yapılan şikayetlerin hepsi İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir ve bağlı olunan İl Sağlık Müdür yardımcısının kararı ile İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulunda değerlendirilmektedir. Tıbbi hata ve ihmal iddaları ile ilgili konular Tıp Fakültesi Dekanlığı'na iletilmekte ve dekanlık tarafından inceleme başlatılmaktadır. Soruşturmayı dekanlık yürütüp sonucunu da şikayet sahibine ve hasta hakları kuruluna bildirmektedir. Hasta kendisine verilen sonuçtan memnun kalmadığı zaman yargıya başvurabilir. Yargıya intikal eden vakalarda da işlemler Rektörlük Hukuk Müşavirliği aracılığı ile yürütülmektedir.

Şikayet kutuları aylık olarak 2 kişinin gözetiminde açılmaktadır, açıldıktan sonra bir tutanakla kayıt altına alınmakta ve şikayet konusuna göre değerlendirme yapılmaktadır. Şikayet kutularına yapılan şikayetlerde isim, adres ve konusu net olamayanlar ise işleme alınmamaktadır.

Birçok ülke, hastaların sağlık hizmeti sunucuları ile olan memnuniyetsizliklerini gidermek için, hastaların işlem yapma hakkını garanti altına almıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Kasım 1997'den bu yana Tüketici Hakları Bildirgesi'nde bu konuyla ilgili bir istek ifadesi yer almaktadır. Yanlış tıbbi uygulama/hekim hatası sonucu ortaya çıkan hastalıkların (iatrogenesis) ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada olduğu ABD'de hastaların bakım hizmetlerine katılımını arttırmak, sağlık hizmeti hatalarını azaltmak ve sağlık hizmetlerinin uygun kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek ulusal hedefler arasındadır. İsveç, Birleşik Krallık, İtalya, İspanya ve Yeni Zelanda gibi diğer ülkelerin de, hasta güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin özel bir mevzuatı vardır.

Fransa'da da son 30 yılda, hastane içi güvenlik yönetimini, yasalar ve yönetmelikler aracılığıyla iyileştirmek için, önemli çabalar sarf edilmiştir. Hasta hakları, 2001 yılında sağlık otoriteleri tarafından geliştirilen ve 4 Mart 2002'de meclis tarafından oylanan bir yasa ile desteklenmektedir. Bu yasada, hastanın haysiyetine saygı gösterilmesi, hasta bakımında ayrımcılığa maruz bırakılmaması, kötü sanitasyonla ilgili sonuçların daha iyi tanımlanması ve yönetimi, tıbbi beklenmedik olaylar, kazalar için tazminat hakkı, ciddi sağlık riski taşıyan kişiler için sağlık sigortasına daha iyi erişim hakkı ve tıbbi kayıtlara doğrudan erişim güvencesi bulunmaktadır. Ayrıca iatrojenez, nozokomiyal enfeksiyonlar ve tıbbi kazaların finansal tazminatı ile ilgili Sağlık Bakanlığı'na bağlı ulusal bir kurum kurulmuştur. Her hastanede, hastalarla ilişkili bir kurul oluşturulması zorunluluk haline getirilmiştir. Yapılan bu iyileştirmeler, hastaların sağlık sisteminden beklentilerinin artmasına ve resmi olarak şikayette bulunmalarının kolaylaştırılmasına da katkıda bulunmuştur (Giugliani vd., 2009).

Yeni Zelanda da bağımsız bir ombudsman olan sağlık ve sakatlık (maluliyet) komiserliği, sağlık tüketicilerinin haklarını geliştirmek ve korumak için tasarlanan yasa ile, 1994 yılında oluşturulmuştur. 1996'dan bu yana ise, bağımsız bir ombudsmanlığa şikayette bulunulmasını sağlayan bir hasta hakları kanunu yürürlüğe konmuştur. Komiserlik, hasta haklarının ihlal edildiğini iddia eden tüm şikayetler için, tek giriş

noktasıdır. Hastalar, uygun standartta yüksek kaliteli sağlık hizmeti alma, saygıyla muamele görme, ayrımcılığa ve sömürüye maruz bırakılmama, onur ve bağımsızlığını koruma, etkili iletişim alma, tam bilgilendirme, aydınlatılmış onam ve şikayette bulunma haklarına sahiptir. Yeni Zelanda kanunu, sağlık sigortası ile tüketicilerin haklarına odaklanma eğiliminde olduğu için, Amerika Birleşik Devletleri hasta hakları mevzuatından farklıdır. Yüksek kaliteli bakım alma hakkı, beş boyutlu hasta merkezli kalite anlayışı ile oluşturulmuştur. Bu boyutlar; kabul edilebilir bakım ve beceri ile sağlanan hizmetler, yasal, profesyonel, etik ve diğer ilgili standartlara uygun olan hizmet sunumu, tüketici ihtiyaçlarına uygun hizmet sunumu, potansiyel zararları en aza indirecek ve yaşam kalitesini optimize edecek şekilde hizmet sağlanması ve hizmet kalitesi ve sürekliliğini sağlamak için hizmet sunucularıyla işbirliğinin sağlanmasıdır. Uygun standartta hizmet alma hakkı, modern hasta güvenliği ve bakım koordinasyonu kavramları ile geleneksel bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Yeni Zelanda'da bakım kalitesi ile ilgili şikayetler, tazminat taleplerinden bağımsız olarak çözülmektedir. Otuz yıllık bir süreçte, Yeni Zelanda da malpraktis davaları yasaklanmıştır. Tedavileri sırasında bir yaralanmaya maruz kalan tüm hastalar, Kaza Tazminatı Kurumu aracılığıyla, devlet tarafından finanse edilen tazminatı almaya hak kazanırlar. Şikayet etme hakkında ise ana mekanizma, sağlık hizmetlerinde mağdur olan kişinin bağımsız bir arabulucuya veya Sağlık ve Sakatlık Komiserliği'ne şikayetini iletmesi ile başlamaktadır. Hasta, hasta yakını veya herhangi bir kişi, sunulan hizmet ve hizmet sunucusu hakkında şikayette bulunabilir. Sağlık ve Sakatlık Komiseri, tazminat öncesi bir basamak işlevi görmemekte olup odak noktası, sağlık ortamlarında hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim kanalları arasındaki problemleri tespit ederek iletişim kanalları açmak, neyin neden yanlış gittiğini anlamak ve güvenli uygulamalar için, sağlık çalışanları ve hastaneleri desteklemektir. Komiser, advers olaylardan öğrenme sağlanması ve ders alınması için, vakaları isimsizleştirip çalışanlarla paylaşırsa da, süreç gizliliğini korumaktadır. Şikayet mekanizmasındaki bir arabulucunun rolü, bir tüketicinin endişelerini doğrudan hizmet sunucusuyla çözmesine yardımcı olmaktır. Komiserliğe yapılan şikayette de, iki uygulama söz konusudur. Bunlar; konunun çözümü için bir arabulucuya yönlendirilmesi veya resmi soruşturma açılmasıdır. Yeni Zelanda'da, şikayetler için komisyon kurulduğundan beri, şikayetlerde önemli bir artış olmuştur. 1980'den 1990'a kadar, doktorlarla ilgili yıllık şikayetler % 88 artmıştır. 1996'dan 2001'e kadar ise doktorlar hakkındaki şikayetler %43 artmıştır. Hemşireler ve

diğer sağlık çalışanları hakkındaki şikayetlerde de, benzer düzeyde artışlar olmuştur. Hastaneler ve bakım evleri gibi kurumsal sağlık hizmeti sunucular için, 1996 yılından önce şikayet ve soruşturma için herhangi bir dış mekanizma bulunmamaktaydı. Hastalar ve sağlık çalışanlarına yönelik yapılan anketler, 1996'dan bu yana hasta hakları yasındaındaki kodlarla birlikte bu konudaki bilinçlenmenin arttığını göstermektedir. Yeni Zelanda'daki her hastane, tıp merkezi ve bakım evi, on hakkı içeren posterler ve sergiler ile yerel bir hasta arabulucusunun veya Komisyon Ofisi'ni ücretsiz telefon numarasıyla arayarak şikayette bulunma hakkını vatandaşlara duyurmakla yükümlüdür (Paterson, 2002; Bismark, 2006).

İtalyan yasalarına göre, hastalar aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi ve sağlık çalışanları ile ilgili şikayette bulunabilirler. Hastalar, aldıkları hizmetten memnun olmadıklarında, hastanede bulunan halkla ilişkiler ofisine yazılı veya sözlü bir şikayette bulunabilmektedir. Başvurusu alınan şikayetler, hastane tarafından araştırılıp, 30 gün içerisinde cevap verilmektedir. Hastalar, eğer şikayetleri ile ilgili kendilerine verilen sonuçtan memnun değillerse, Danışma ve Uzlaştırma Komisyonunu da içerebilecek başka bir gözden geçirme talebinde bulunabilirler. Bu komisyonun yeleri, bölgedeki sağlık otoritesi, gönüllü hasta ajans temsilcileri ve ombudsmanlardan yani kamu denetçilerinden oluşmalıdır. 2007 yılı verilerine göre, ikinci düzey bir şikayet iletme merci, İtalya'nın sadece Toscano bölgesinde hizmet vermektedir (Natangelo, 2007).

İsrail'de Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na göre, vatandaşların sağlık hizmetleri alabilecekleri dört kâr amacı gütmeyen Sağlık Bakım Organizasyonları (HMO) bulunmaktadır. Bu HMO'lar, özerk organizasyonlar olup, birbirleriyle rekabet etmekte, müşteriler de bu kurumlar arasında sürekli geçiş yapabilmektedir. İsrail yasaları, tüm vatandaşların üç tip kuruma resmi olarak başvuruda bulunabilecekleri özel şikayet hakları getirmektedir. Bu kurumlar; Sağlık Bakanlığı'nda bir ombudsman (kamu denetçisi), HMO yelerine yönelik hizmetlerle ilgili her bir HMO içinde bir i ombudsman ve iş mahkemesidir. İsrail'in sağlık sistemi, Birleşik Krallık veya Kanada'daki gibi tek bir ulusal sistemin özelliklerini, ABD'de olduğu gibi çoklu hizmet sağlayıcılarının rekabet ettiği pazar odaklı bir yapı ile birleştirmektedir. Bu nedenle de vatandaşlar, hem ulusal düzeyde hem de her bir HMO içinde şikayette bulunacak özel yasal haklara sahiptirler (Gal ve Doron, 2007).

Avustralya'nın altı eyaleti ve iki bölgesinde yasal kurumlar olan Sağlık Hizmetleri Komisyonları bulunmaktadır. Komisyonlar, sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda, hasta şikayetlerini almak ve çözmekle sorumludurlar. Hastalar veya avukatları yasal olarak şikayeti başlatırlar. Süreç ücretsizdir ve hastaların talep etmesi halinde yasal olarak temsiliyet sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri komisyonları ile birlikte, hukuk mahkemeleri ve medikal boardlar da, hekimlerle ilgili şikayetler konusunda başvuru mercileri arasındadır. Bu üç merciinin yetki ve görevleri ile odak noktaları değerlendirilecek olursa; hukuk mahkemeleri; standartların altında bakım verilmesinden dolayı hastanın zarar görmesi konuları ile, sağlık hizmetleri şikayetleri komisyonları; düşük hizmet kalitesi ve hastanın aldığı sağlık hizmeti ile ilgili memnuniyetsizlik yaşaması durumunda, medikal boardlar ise; profesyonel görevi kötüye kullanma, profesyonel mesleki standartların altına düşen performans veya yetkinlik ile ilgili konularla ilgilenmektedir (Bismark vd., 2013).

Danimarka, vergilerle finanse edilen kapsamlı bir sağlık sistemine sahiptir. Hasta ve hasta yakınları, sağlık profesyonellerinden memnun olmadığı takdirde, şikayette bulunabilmektedirler. Şikayette bulunmak için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Hasta şikayet sistemi, tazminat sisteminden ayrıdır. Şikayet kurulu, Ulusal Sağlık Kurulu tarafından yetkilendirilmiş profesyoneller hakkındaki şikayetleri ele almaktadır. İlk aşamada, kurulun sekreteryası şikayet konularını açıklığa kavuşturmaktadır. Bu bağlamda, ilgili sağlık profesyonelleri, şikayet konusunun netleştirilmesi için kullanılacak herhangi bir bilgiyi sağlamakla yükümlüdür. Daha sonra kurulun danışmanlarından biri, şikayeti değerlendirmesi için görevlendirilmektedir. Danışman, kurulun sonuç kararını vermesi için, kurula teklif sunmaktadır. Kurula bir yargıç başkanlık etmekte olup kurul; iki sağlık profesyoneli, iki sağlık profesyoneli olmayan vatandaş ve hastane sahiplerinden oluşmaktadır. Kurul bir otoriteye başvurabilir. En çok başvuru otorite konuları profesyonel davranışların eleştirilmesi ve tartışılmasıdır. Nihai kararlar arasında, şikayet edilen profesyonelin uygulama yapma yetkisinin iptali veya savcılık makamına yönlendirilmesi olabilmektedir. Zaman zaman ihtiyati tedbirli bir ceza uygulanabilmekte ve sağlık çalışanının ismi kamuya açıklanabilmektedir (Birkeland, Damsbo ve Kragstrup, 2013).

Hollanda'da, 1996 yılında sağlık hizmetlerinde kalite hareketinin benimsenmesiyle birlikte, sağlık hizmetlerinde kalite sorumluluğu öncelikli olarak

çalışanlarla paylaşılmaktadır. Bu sorumluluk, aynı zamanda hastalardan sağlık bakımları ile ilgili şikayetleri almayı da içermektedir.

Almanya Sağlık Hizmetleri Müfettişliği, Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'nın bağımsız bir parçasıdır ve sağlık hizmetlerinin kalitesini denetlemek ve düzenlemekle görevlidir. Müfettişlik, bakım sağlayıcılarının rasyonel ve sosyal olarak sorumlu davranmaya yönelik içsel bir motivasyona sahip olduklarını farz ederek, mevzuatın getirdiği yükümlülüklerle uyumluluğu denetlemektedir. Hastalar sağlık bakımı ile ilgili şikayetlerini müfettişlikler kuruluna iletmektedir. Müfettişlik, yasal olarak şikayetler hakkında bireysel kararlar vermemekte olup, şikayet için genel risk analizlerini kullanmaktadır. Şikayetlerin müfettişler kurulu tarafından ele alınabilmesi için, bazı kriterleri karşılaması gerekmektedir. Bu kriterler; çalışanların uygulamalarının profesyonel standartlardan ciddi derece sapma göstermesi, kurumda iç kalite sisteminin olmaması veya ciddi başarısızlık göstermesi, sağlığa ciddi düzeyde zarar verilmesi ve problemin tekrar oluşabilirliğinin yüksek olmasıdır. Şikayetin, kriterlerden birini karşılamaması halinde, müfettişlik öncelikle sorunu araştırmak için, problemle ilgili bir sağlık çalışanını, soruşturma için görevlendirir. Gerekli olduğunda, bizzat kendisi soruşturmayı açmaktadır. Şikayetin bu kriterlere uymaması halinde, müfettişlik şikayet sahibine diğer seçenekler hakkında bilgi sağlamaktadır.

Müfettişlik, her yıl yaklaşık 1400 hasta şikayeti almaktadır. Şikayetlerin çoğu da, müfettişliğin yasal görevleri nedeni ile ele alınmamaktadır. Almanya'daki bu müfettişlik sistemi, Birleşik Krallık'taki sistemin tersine, hastaları ve şikayetlerini ciddiye almadığı ve hastaların şikayetlerini daha derin sorunlara işaret edebileceği yönünde değerlendirmeye için eleştirilmektedir. Politik tartışmalar ve Alman ombudsmanları da, hastalar ve şikayetlerinin daha fazla dikkati hak ettiğini ve şikayet yönetimi sistemine, hastaların ihtiyaçlarını yansıtacak düzenleme politikalarının dahil edilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Yapılan bir çalışmada, Almanya halkının da, hastaların şikayetlerinin sağlık hizmeti kalitesinin düzenlenmesi için önemli bir bilgi kaynağı olması gerektiği konusunda hemfikir olduğunu göstermektedir (Bouwman, Bomhoff, Robben ve Friele, 2016).

Hastaların şikayette bulunma hakkı, Danimarka, Hollanda ve İsveç'te çeşitli mevzuatlarla sağlanmaktadır. Fakat, genel olarak Avrupa Birliği Üye Ülkeleri'nin şikayet sistemlerinin organizasyonu arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Finlandiya'da, Hastaların Statüsü ve Haklarına Dair Kanun uyarınca, sağlık hizmetlerinin kalitesinden veya içeriğinden memnun olmayan hastalar, söz konusu sağlık kuruluşunun medikal hizmetler başkanlığına (başhekimliğine) şikayette bulunabilirler. Hasta ombudsmanları, şikayetin hazırlanmasında yardımcı olabilmektedirler. Buradaki amaç, uzun ve zor şikayet süreçlerini önlemek ve kurumların sorunlarını ele almalarını sağlamaktır. Şikayetler, ilk basamak olarak kurumda istenilen sürede çözülmediğinde hastalar, ulusal sağlık otoritesi olan Finlandiya Eyalet İl Müdürlükleri ve Medikolegal Ulusal Otoritesi'ne (The State Provincial Offices of Finland and National Authority for Medicolegal Affairs) başvurabilirler. Ayrıca, bir hastanın şikayette bulunabilmesi veya Fin sisteminde tazminat başvurusunda bulunabilmesi için, birkaç farklı seçenek vardır. Bunlar; tıbbi hata için tazminat taleplerinde yerel mahkemelere, hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili maruz kaldıkları bedensel yaralanmalarla ilgili tazminat taleplerinde hasta sigorta merkezine, özel sağlık hizmetleri ile ilgili şikayetlerinde tüketici anlaşmazlık kuruluna, rıza dışı yapılan psikiyatrik tedaviyle ilgili şikayetlerinde bölge idare mahkemelerine ve yüksek idare mahkemelerine ve genel olarak sağlık hizmetleri ile ilgili şikayetlerinde Adalet Bakanlığı, Parlamento ombudsmanı, medicolegal (tıp hukukuna ait) ulusal otoritesi ve resmi il ofislerine şikayetlerini iletebilirler. Şikayetler için resmi gereklilikler yoktur ve bunlar hasta, akrabaları ve ilgili taraflar tarafından dosyalanabilir. Hastalıklarından dolayı yasal olarak yetersiz olan hastalara, yasal vasileri tarafından şikayette bulunulmasına yardımcı olunabilmektedir. Ancak, yasal vasilerin ilgisi çoğu zaman hastaların mali çıkarlarına yönelik olabilir (Kuosmanen vd., 2008).

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) şikayet prosedürü, hasta bakımı ve tedavisi ile ilgili şikayetleri ele almak için yasal temelli bir mekanizmadır. İngiltere'deki tüm NHS organizasyonlarının bu prosedürü yürütmesi gerekmektedir. 1996 yılına kadar İngiltere'de şikayet yönetimi ile ilgili standart bir yapı bulunmamakta olup, şikayetler bir dizi ayrı prosedür altında ele alınmıştır. Mevcut NHS şikayet prosedürü, Nisan 1996'da Profesör Alan Wilson'un başkanlık ettiği bir inceleme komitesi raporunu takiben başlatılmıştır. 2004 yılında, bu şikayet yönetimi sistemi hastaların resmi olarak kullanıma sunulmuş ve tanıtılmıştır. 2006 yılında ise, tamamen kullanıma açılmıştır (George ve Joseph, 2009).

NHS’de şikayetler dört aşamalı bir sistemde ele alınmaktadır. Birinci aşamada, şikayet sahibi mail veya telefon aracılığı ile şikayetini detaylı olarak bildirmektedir. Bu aşamalar aşağıda yer almakta olup, aşamalara bu linkten ulaşılabilir (https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/contact-us/feedback-and-complaints#nhs-digital-complaints-process):

Aşama 1- Şikayette bulunulması: İlk aşamada, şikayetler ortalama 10 iş günü içerisinde çözülmeye çalışılmaktadır ve eğer bu süre uzarsa şikayet sahibine bilgi verilmektedir. Şikayet sahibine, sorunu çözmek için ne yapılacağını bildiren bir yanıt gönderilmektedir. Çoğu şikayetler bu aşamada çözülmektedir.

Aşama 2- Resmi/Formal bir şikayette bulunulması: Eğer 1. aşamadan sonra şikayet sahibi şikayetinin çözüldüğünü hissetmiyorsa, postayla, telefonla veya online olarak resmi bir şikayette bulunabilir. Bu aşamada da birinci aşamada olduğu gibi, şikayetlerin ayrıntılı olarak bildirilmesi gerekmektedir. İki iş günü içerisinde, resmi şikayetin alındığına dair bir referans numarası şikayet sahibine verilmektedir. Bu aşamada şikayet, ulaştığı alanın yetkili müdürü veya yöneticisi tarafından incelenecektir. Şikayetler bu aşamada 20 iş günü içerisinde çözülmektedir. Eğer bu süre uzarsa, şikayet sahibine durumla ilgili bilgi verilmektedir. Şikayet sahibine bu sürecin sonunda, şikayeti inceleyen yönetici tarafından resmi bir cevap verilmektedir.

Aşama 3- Bağımsız bir inceleme talep edilmesi: Şikayet sahibi ikinci aşamada, şikayetine verilen cevaptan memnun değilse, bağımsız bir iç inceleme talep edebilir. Şikayet sahibinin, Aşama 2’de verilen resmi yanıttan itibaren 28 gün içinde bu sürecin başlatılması için, şikayet yöneticisine probleminin çözülmediğine ilişkin bir yazı yazması gerekmektedir. Bu aşamada şikayeti, NHS Digital’de yönetici olmayan bir direktör incelemektedir. İnceleme sırasında direktör, şikayet yöneticisinden şikayetin yeniden incelenmesini isteyebilir, bağımsız bir inceleme paneli kurabilir ya da olayı değerlendirdiklerini ve daha fazla bir eylemde bulunmayacaklarını, yani tekrardan araştırılmasını gerekli görmediğini belirtebilir. Eğer direktör, şikayetin çözümüne yardımcı olacak bağımsız bir incelemeye karar verirse, bağımsız bir başkan panele davet ederek ve ilgili herkesin görüşlerini isteyerek incelemeyi başlatır. Bu aşamanın sonuçlanması için, bir zaman aralığı belirtilmemiş olup, en kısa zamanda sonuçlandırılmaya çalışılacağı, fakat zamanın uzunluğunun değişebileceği belirtilmiştir. Bu süreç de direktör şikayeti tekrardan araştırma yolunu izlerse, sonucu

resmi bir şekilde cevaplamaktadır. Bağımsız bir inceleme yapılırsa, panelin bulguları NHS Digital'ın Genel Müdürü'ne rapor edilmektedir. Panelin sonuçları tavsiye niteliğinde olup kimseyi disipline etmemekte ve tazminat ödememektedir.

Aşama 4- Parlamento ve Sağlık Hizmetleri Ombudsmanı'na şikayeti iletme: Birleşik Krallık'taki en önemli kamu denetçisi, Parlamento ve Sağlık Hizmetleri Ombudsmanı'dır. Şikayetin 3. Aşamada çözülmediğini düşünenler, Parlamento ve Sağlık Hizmetleri Ombudsmanı'na başvurabilirler. Parlamento ve Sağlık Hizmetleri Ombudsmanı, İngiltere NHS organizasyonlarında çözülmemiş şikayetlerle ilgili nihai kararları vermektedir. Bu hizmet herkes tarafından kullanılabilir, bağımsız ve ücretsizdir.

NHS dijital verilerine göre, 2016-2017 yıllarında toplam 208.415 yazılı şikayet rapor edilmiştir. Bu haftada 4,008 yazılı şikayet veya günde 571 şikayete denktir. Toplam 208,415 şikayetten 117,836'sı ikinci basamak sağlık hizmetlerine, 90,579'u aile hekimliği ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerine aittir. 2017-2018 yıllarında bildirilen tüm yazılı şikayetlerin toplam sayısı 208,626'dır. Bu, haftada 4,012 yazılı şikayet veya günde 572 şikayete denktir. 2017-2018 yıllarındaki bu şikayetlerden 65,737'si hekimler, 35,873'ü hemşireler ve 3,785'i ebelerle ilgilidir. 2018-2019'un ilk çeyreğinde ise 29,706 yazılı şikayet alınmıştır (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs>).

Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı'nın 01.01.2016-31.12.2016 tarihleri hasta hakları başvuru sistemi istatistik bilgilerine göre; 33,819 kişi sorunun çözülün, 27,675 kişi şikayet şeklinde başvuruda bulunmuştur. Toplamda 61,494 sorun ve şikayet bildirilmiştir. Sorunun çözülün şeklinde başvuran 33,819 kişiden 32,881'inin başvurusu hasta hakları birimleri tarafından yerinde çözülmüş, 68'i iptal edilmiş, 54'ü geri çekilmiş ve 816'sı beklemektedir. Yine bu şikayetlerden 55 tanesi hasta hakları kuruluna sevk edilmiş, bunlardan 8 tanesinde de hasta hakkı ihlali olduğu tespit edilmiştir. Şikayet şeklinde yapılan 27,675 başvurunun 25,592'si hasta hakları birimleri tarafından yerinde çözülmüş, 263'ü iptal edilmiş, 1,521'i beklemekte ve 299'u geri çekilmiştir. Bu şikayetlerin 2,448'i hasta hakları kurullarına sevk edilmiş, bunlardan da 359'unda hak ihlali tespit edilmiştir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6362,2016-istatistikpdf.pdf?0>).

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS), 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu'na göre, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaşp bildirdikleri hata sayısı 74,383'dür. Bu bildirimlerin %93,82'sini laboratuvar hataları oluşturmaktadır. En sık bildirimi yapılan ilk on hatalar arasında, cerrahi hata sınıflama sistemi koduna göre; birinci sırada uzman hekimlerin klinik cerrahi işlem hazırlığı - ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi (95 bildirim), ilaç hatası sınıflama sistemi koduna göre; birinci sırada asistan hekimin istem ve hata doz istemi, laboratuvar hatası sınıflama koduna göre; birinci sırada acil serviste hemşirelerin preanalitik - hemolizli numune, hasta güvenliği hata sınıflama sistemi koduna göre; birinci sırada polikliniklerde diğer personellerin tıbbi kayıt ve klinik değerlendirme hataları - hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi hataları yer almaktadır. Hasta güvenliği hasta sınıflama sistemi hariç tüm hata sınıflandırma sistemlerinde, en sık hata yapan meslek grubunun hemşireler olduğu bildirilmiştir. Cerrahi hata sınıflama sisteminde bildirim yapılan meslek grupları birinci sırada hemşireler (%39,50) olup, sırasıyla bu grubu cerrahi branş uzman hekimler (%29,73) ve cerrahi branş asistan hekimler (%6,40) izlemektedir. İlaç hataları sınıflama sistemine göre ise, bildirim yapılan meslekler sırasıyla hemşire (%33,08), uzman hekim (%20,02) ve eczacı (%12,46)'dır. Hatalar süreç kategori bazında incelendiğinde ise, tüm kategorilerde ilk sırada bildirimi yapılan hatalar ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi, hatalı doz istemi, hemolizli numune ve hastanın düşmesidir (<https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>).

Aşağıda, ulusal ve uluslararası literatürde hasta şikayetleri ile ilgili yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Carmel (1990), İsrail'de bir eğitim hastanesinde belirlenen kriterleri taşıyan 476 hasta ile görüşme yapmıştır. Hastane hizmetleri ile ilgili yaşadığı sorunu bildiren ve durumu değiştirmek için harekete geçen 155 hastadan 50 tanesinin informal bir yöntem, 56 tanesinin resmi bir yöntem ve 49 tanesinin hem informal hem de resmi yöntemler kullandığını saptamıştır. Ayrıca çalışma bulgularına göre şikayetin sonucu ile ilgili hayal kırıklığı yaşayanların, hastanenin diğer hizmetlerinden ve genel hastane deneyiminden duydukları memnuniyet düzeyi de azalmıştır.

Gal ve Doron'un (2007), İsrail'de rastgele örnekleme yöntemini kullanarak, 21 yaş üzeri 1500 kişiye telefon anketi uygulayarak yaptıkları çalışmalarında; katılımcıların yaklaşık %25'i şikayet etmek için bir neden bildirmiş ancak, sadece

%9,5'i gerçekten şikayetçi olmuştur. Şikayetçilerin yaklaşık %75'i şikayetlerini yerel düzeyde gayri resmi olarak bildirmiş olup, sadece %17'si yasalarla kurulmuş resmi kurumlara başvurmuştur. Azınlık gruplar ve yeni gelen göçmenlerin, şikayet nedeni bildirme ve fiili olarak şikayette bulunma oranı önemli oranda diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur.

Bark ve arkadaşlarının (1994), İngiltere'de 24 hastaneye iletilen 491 şikayeti inceledikleri çalışmalarında, şikayetlerin %61'i çalışanların tutum ve davranışları, %45'i eksik ve yanlış bilgi verilmesi, %34'ü tanı hataları, %29'u ise gecikmiş tanı ve erken taburculukla ilgilidir. Şikayetlerin %23'ü genel cerrahi, %18'i acil tıp, %9'u jinekoloji ve %9'u ortopedi ile ilgilidir. Şikayet edilen personeller incelendiğinde ise, şikayetlerin %55,3'ü hekimler, %26,9'u hemşireler ve %12,9'u ise yöneticiler ve idari personeller ile ilgilidir.

Anderson ve arkadaşları (2001), 1 aylık dönemde kesitsel olarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Avusturalya'da büyük bir hastaneye bu süre zarfında iletilen 1,267 hasta bakımıyla ilgili, toplam 1,308 şikayeti incelemiştir. Şikayet oranı 1,000 hizmet için 1,12'dir. Şikayetlerin %45'i iletişim, %26'sı tedavi, %19'u ise erişimle ilgilidir. Şikayetlerin %52'si hekimler, %27'si hemşireler ve %7'si yardımcı sağlık personelleri ile ilgilidir.

Taylor ve arkadaşları (2004), Avusturalya'da 36 acil servis departmanı ile ilgili 2,419 şikayeti incelediklerinde; %33,4'ünün tedavi, %31,6'sının iletişim, %4,5'inin yönetim ile ilgili konularda olduğunu saptamışlardır. Şikayet sonuçlarına bakıldığında ise, %73,6'sı çözülmüş, %32,2'sine açıklama yapılmış, %25,9'una ise özür dilenmiştir. Yine Taylor ve arkadaşlarının (2004), Avusturalya'da 67 hastanede 1997–2001 yıllarında iletilen şikayetleri retrospektif olarak inceledikleri bir başka çalışmasında ise, 26,785 şikayet konusu incelemiş olup, en yüksek ilk üç şikayet konusunun sırasıyla; iletişim (yetersiz ilgi, kabalık ve nezaketsizlik), sağlık hizmetlerine erişim (hizmet alamama, yetersiz hizmet, tedavide gecikme) ve tedavi (yetersiz tedavi ve hemşirelik hizmetleri) olduğu belirlenmiştir.

Colwell ve arkadaşları (2003), ABD'nin Colorado eyaletinde acil tıp ambulans hizmetleri sunan bir sağlık kurumunda yaptıkları retrospektif çalışmalarında, 6 yıllık şikayetleri incelemişlerdir. 6 yıllık periyotta toplam 286 şikayet alınmış, bu da yılda ortalama 48 şikayet olup, 100,000 başvuruda 9,3 şikayete denk gelmektedir.

Şikayetlerin %23'ü profesyonel olmayan kaba davranışlar, %20'si medikal tedavi, %18'i transferle problemleri ile ilgilidir.

Wofford ve arkadaşlarının (2004), ABD'nin Kuzey Carolina eyaletinde gerçekleştirdikleri hekim davranışlarına ilişkin hasta şikayetlerine yönelik nitel çalışmalarında, 2000 yılı boyunca hastane halkla ilişkiler ofisine iletilen toplamda genel 1,746 şikayeti incelemişlerdir. Bu şikayetlerden 404 tanesi hasta-hekim ilişkisi kaynaklı olup, bunların içinden araştırma kriterlerine uyan 222 hekim kaynaklı şikayeti ele almışlardır. Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde, tüm resmi hasta şikayetleri hakkında ayrıntılı kayıtlar, 1977'den beri hasta ilişkileri departmanı tarafından toplanmakta ve saklanmaktadır. Şikayetlerin toplanması ve düzenli olarak kayıt altında alınması, bu hastanenin düzenli periyodlarla Joint Commission International (JCI) akreditasyonu için bir gerekliliktir. Hekimlerle ilgili şikayetler, 6 kategoride incelenmiştir. Şikayetlerin %36'sı saygısızlık, %23'ü bakım beklentileri konusunda anlaşmazlık, %20'si yetersiz bilgilendirme, %18'i güvensizlik, %15'i hekime ulaşamama, %14'ü disiplinlerarası iletişim ve %4'ü yanlış bilgilendirme ile ilgilidir.

Siyambalapitiya ve arkadaşları (2007), 22 aylık periyotta NHS hastanelerine iletilen 183 şikayeti incelemişlerdir. Bu rakam 1000 hasta kabulü başına 8 şikayete denk gelmektedir. Şikayet konularının %85'i klinik bakım ortamında gerçekleşmiş olup, %48'i zayıf iletişim, %26'sı hemşirelik hizmetleri, %25'i ise çalışan tutumları ile ilgilidir. Şikayet dosyalarının %66'sı 20 gün içinde şikayet departmanları tarafından kapatılmıştır. Hastaların %99'u, şikayet yönetim sürecinde kendilerine açıklama yapılması ve bilgi verilmesinden memnun olmuş, yalnızca bir şikayet hukuki sürece girmiştir.

Natangelo (2007), Milan'da 151 hasta şikayetini incelemiş olup şikayetlerin; %50,3'ü belirtilen bir işlemin veya prosedürün teknik performansı, komplikasyon veya başarısızlıkla, %37'si tanı ve tedavilerdeki gecikmelerle, %35'i ise yetersiz hasta-hekim iletişimi, hak ihlali ve bilgilendirilmiş onamın alınmaması ile ilgilidir.

Kline ve arkadaşları (2008), Kanada'da bir hastaneye yapılan 586 şikayeti incelediklerinde, şikayetlerin %28'inin hizmet kalitesi, %20'sinin bekleme süreleri ve %18'inin ise tutum ve davranışlarla ilgili olduğunu saptamışlardır.

Friele ve arkadaşlarının (2008) Hollanda'da 74 hastanenin şikayet komitesine iletilen 270 hasta şikayetini inceledikleri çalışmalarında; şikayetlerin %66'sı medikal

tedavi, %57'si kişilerarası davranış, %41'i bilgi eksikliği, %22'si ise hemşirelik hizmetleri ile ilgilidir. Hastaların sadece % 31'i şikayet sürecinin adaletli yönetildiğini düşünmektedir.

Montini ve arkadaşları (2008), Boston'da iki hastanede 1216 şikayeti inceledikleri çalışmalarında, şikayetlerin %19'unun profesyonel olmayan davranış, %17'sinin zayıf hasta-hizmet sunucu iletişimi, %16'sının tedavi ve hasta bakımı ve %11'inin tedavi için bekleme ile ilgili olduğunu saptamışlardır. Şikayetlerin %47'si herhangi bir uzmanlık belirtilmeden genel olarak hastane çalışanları hakkında olup, %22'si doktor veya diş hekimi, %12'si hemşirelik hizmetleri personeli, %11'i idari personel veya destek personeli ve %8'i yardımcı sağlık personelleri ile ilgilidir.

Kuosmanen ve arkadaşları (2008) 2000-2004 yılları arasında Finlandiya sağlık sistemine iletilen şikayetleri (n=4645) incelemişlerdir. 2000-2004 çalışma döneminde, şikayetlerin yarısından fazlası tıbbi hata nedeniyle yapılmıştır. Genel olarak şikayetler reçeteleme, profesyonel davranış, sertifika ve hastanelerin kapalı olması ilgili konulara aittir. Özel sağlık hizmetlerine yıllık şikayelerde %213 bir artış saptanırken, kamu ve ihtisaslaştırılmış sağlık hizmetlerinde bu artış %71'dir.

Giugliani ve arkadaşları (2009), Fransa'da bir üniversite hastanesinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında, 164 hasta şikayetini incelemişlerdir. Şikayetlerin %66'sının tıbbi hata algısı ile ilgili olduğunu bulgulamışlardır. Şikayetlerin başlıca nedenlerinin tanı/tedavi ve cerrahi/medikal komplikasyonda hata veya gecikme ile ilgili olduğu ve cerrahi branşlarda şikayet sayısının diğer branşlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmada 1998-2000 ve 2001-2004 periyodlarında yapılan şikayetler incelemiş olup, şikayet sayısında zamanla bir artış olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, Fransa'da hasta hakları ile ilgili bir yasanın yürürlüğe girmesinden sonra, tıbbi hata algısında bir artış olduğu saptanmıştır.

Veneau ve Chariot (2013) Fransa'da bir hastaneye bir yıl boyunca iletilen 115 hasta şikayetlerini inceledikleri çalışmalarında başlıca şikayet konularının; tıbbi bakım kalitesi, bekleme ve gecikmeler ile eksik faturalandırma olduğunu saptamışlardır. Hastaların memnuniyetsizlikleri sonucu güven kaybı ve faturasını ödemeyi reddetmek yer almatadır. Şikayetçiler şikayetten sonra bir açıklama, faturalarının azaltılması veya değişiklik yapılmasını talep etmektedirler.

Uludağ (2011), Konya’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı 23 hastanenin hasta hakları birimine, 2008-2009 yılları arasında iletilen 577 şikayeti içerik analizi ile incelemiştir. Şikayetlerin %40’ı poliklinik hizmetleri ile ilgili olup, %40,4’ü iletişim sorunu, %17,9’u tıbbi sorunlar ve %17,4’ü hizmete erişim konularındadır. Şikayetlerin %39,0’ı uzman hekimler hakkında olup, % 10,1’inde hasta hakkı ihlali tespit edilmiş ve hasta hakları kuruluna girenlerin %62,7’si hasta aleyhine sonuçlanmıştır.

Asri ve arkadaşları (2011), 2004-2009 yılları arasında, SABİM hattına iletilen toplam 36,640 şikayeti incelemiştir. Şikayetlerin %43,5’i hatalı uygulama, %16,7’si ihbar (özellikle sigara yasağı ile ilgili ihbar), %10,2’si kötü muamele, %5,4’ü mesai saatlerine uymama, %4,8’i uygunsuz koşullarda gıda üretim ve satışı, %2,7’si görevi ihmali, %1’i ise görevi suistimal konularını içermektedir. 2007 yılı Sivas iline ait SABİM başvurularını incelediklerinde ise birinci sırada hata ile ilgili şikayetler yer almaktadır.

Zengin ve arkadaşları (2012), Gaziantep Üniversitesi Hastanesi’ne 2008-2012 yılları arasında yapılan şikayetleri incelemişlerdir. Dört yılda tıbbi bakım, personel tutumu, bekleme süresi ve mali sebeplerle ilgili, acil servisle alakalı 54 şikayetin olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Şikayet sıklığı her 1,000 başvuruya 0,18 olup, şikayetlerin %38,9’u acil hekimleri, %20,4’ü konsültan hekimler ile ilgilidir. Şikayet konusunun; %20,4’ü kötü tutum, %18,5’i boş yatağın olmaması ve %16,7’si tedaviden memnun olmama ile ilgilidir.

Toprak Kırgın ve Şahin’in (2012), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Hasta Hakları Şube Müdürlüğü’nden 2006-2009 yılları arasında elde edilen 43.359 şikayet başvurusunu inceledikleri çalışmalarında, şikayetlerin %45,6’sının poliklinik hizmetleri ile ilgili, %56,6’sının hekimler, %10,3’ünün hemşire/sağlık memurları ve %8,5’inin sekreter/güvenlik/temizlik personelleri ile ilgili olduğunu saptamışlardır. Şikayetlerin %45,2’si hizmetten faydalanamama, %26,6’sı saygınlık ve rahatlık görmeme ve %6,2’si ise bilgilendirilmeme ile ilgilidir. Şikayetlerin %10,6’sında hak ihlali saptanmıştır (Kırgın Toprak ve Şahin, 2012).

Bismark ve arkadaşları (2013), Avusturalya’da sağlık hizmetleri komisyonlarına ulaşan 2000-2012 yılları arasındaki toplam 18,907 şikayetten, hekimlerle ilgili olan 11,148 şikayeti incelemişlerdir. Bu şikayetlerin %61’i klinik bakım, %23’ü iletişim,

%7'si ücretler, %7'si tıbbi kayıtlar ve %7'si erişebilme ve zamana riayet ile ilgilidir. Şikayet edilen doktorların %79'u erkek ve %47'si pratisyen hekimdir.

Birkeland ve arkadaşları (2013), Danimarka'daki pratisyen hekimler hakkındaki şikayetleri inceledikleri çalışmalarında, 2007 yılına ait şikayet kuruluna iletilen toplam 265 şikayeti değerlendirmişlerdir. Danimarka Ulusal Sağlık Kurulu'na kayıtlı 3.765 Danimarkalı hekim, örnekleme dahil edilmiştir. Çalışma bulgularında, meslekte kıdem arttıkça şikayet edilme olasılığının arttığı saptanmıştır. 20 yıllık mesleki kıdemde artış, bir yıl içinde şikayette bulunma olasılığındaki %44'lük bir artışa karşılık gelmektedir. Ayrıca, bir günde daha fazlası çıktısı/performansı olan doktorların şikayete maruz kalma olasılıkları da artmaktadır. Günde %10'luk muayene artışı, %29'luk şikayet alma artışı ile sonuçlanmaktadır.

Ebrahimipour ve arkadaşları (2012), İran'da üçüncü basamak bir eğitim hastanesinde, hasta ve yakınlarına ait % 46,3'ü sözlü, % 31,3'ü yazılı ve % 22,3'ü telefonda olmak üzere, 2012 yılı mart-aralık aylarına ait 233 şikayeti incelemişlerdir. Şikayetlerin temel nedenleri incelendiğinde ise; %21,4 ile büyük çoğunluğu hemşireler olmak üzere, sağlık personeline erişim, %20,1 ile iletişim başarısızlığı ve %14,5 ile sağlanan bakımdan duyulan memnuniyetsizlik yer almıştır. Bu şikayetlerin %13,3'ü ilk etapta çözülmüş olup, %83,2'si komiteye, %3,4'ü ise yasal otoritelere sevk edilmiştir. Şikayetlerin ortalama yanıt süresi yaklaşık altı veya yedi gündür. Bu çalışmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesinde, şikayetlerin ele alınma şekli şu şekildedir: Şikayet sahibi kişiler, hastanedeki şikayet departmanına giderek ya da telefon açarak şikayetlerini sözel şekilde ya da Kalite Geliştirme Departmanına (QID) özel bir form doldurarak bildirebilirler. Her şikayet formu için bir kod oluşturulur ve daha sonra veriler, QID tarafından kolay izleminin sağlanabilmesi için, yazılım programına girilir. Şikayet sahibine şikayetiyle ilgili gerekli açıklamalar yapılır. Eğer şikayet çözülmezse, şikayetin konusuna bağlı olarak tıp veya hemşirelik alanında özel bir ekip, daha fazla araştırma yapar. Şikayet doğrulanırsa QID yöneticisi, kabul edilebilir bir sonuca ulaşmak için bu süreci takip eder.

Jabbari ve arkadaşları (2014), kesitsel olarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, İran'da bir hastanedeki şikayet birimine ulaşan, 2012 yılının ikinci (n=337), üçüncü (n=348) ve dördüncü (n=318) çeyreğine ve 2013 yılı ilk çeyreğine (n=200) ait toplamda 1,203 şikayeti incelemişlerdir. Çalışma bulguları, toplam şikayet sayısının azalmasına

rağmen, sağlık personeli ile ilgili şikayetlerin sayısında bir artış olduğunu göstermektedir. Hekimler birinci, hemşireler ise ikinci sırada şikayet edilen grup olarak tespit edilmiş olup, tüm aylardaki en önemli şikayet konusu ise özel kabinlerle ilgilidir.

Bouwman ve arkadaşları (2016), Hollanda Sağlık Müfettişliklerince görüşülen 133 şikayeti incelemiş olup, en çok şikayet edilen konular sırasıyla; kişilerarası davranış (n=39), medikal tedavi (n=37), bilgilendirme ve eğitim (n=23), hemşirelik hizmetleri (n=22), sağlık çalışanları arasındaki işbirliği (n=22), şikayet prosedürleri (n=14), örgütsel bakış açısı (n=10) ve cinsel tacizdir (n=9).

Akgül ve arkadaşlarının (2016), bir grup kamu hastanesine ait 4,222 SABİM başvurusunu inceledikleri çalışmalarında, şikayetlerin %53,6'sı tıbbi hizmetler kaynaklı, %67,1'i hizmetten faydalanamama (muayene/enjeksiyon/pansuman), %17,2'si muayene öncelik sırasına riayet edilmemesi/zamanında hizmetten faydalanamama ve %7,1'i yanlış teşhis/tedavi/hatalı tıbbi uygulama iddiası ile ilgilidir.

Mattarozzi ve arkadaşları (2017) İtalya'da yaptıkları çalışmalarında 1,215 hasta şikayeti incelemişlerdir. Şikayetlerin %68,1'i yönetimle (zamanlama ve erişim, kurumsal konularda), %58,8'i ilişkilerle (iletişim/bilgilendirme, insaniyet, hasta hakları konularında), %36,8'i klinik (kalite ve güvenlik) alanlarda olduğu saptanmıştır.

Karaağaç ve arkadaşları (2018), şikayetvar.com üzerinden Ankara'da faaliyet gösteren 26 özel hastaneye ait, 493 şikayet dökümanı incelemişlerdir. Çalışmalarında en çok şikayet edilen konular sırasıyla; %35 yönetim, %33 klinik ve %32 ilişkiler olarak saptanmıştır. Yönetim kategorisinde yapılan şikayetler arasında ilk sırada ücretler, ilişkiler kategorisinde ilk sırada personel ilgisizliği ve klinik kategorisinde ilk sırada ise, kalifiye olmayan personel hakkında şikayetler yer almaktadır.

Lawrence ve arkadaşları (2018), Avustralya'da üçüncü basamak bir hastanenin acil servisi ile ilgili 2012-2016 yılları arasında yapılan 572 şikayeti incelemişlerdir. Çalışmalarında, şikayetlerin en sık nedenlerinin; tedavi (%33,2), iletişim (%28,3) ve erişim/bekleme (%11,5) ile ilişkili ve hekimlere yönelik olduğunu bulgulamışlardır. Şikayetlerin çözüm süresi 1 ile 301 gün arasında değişmekte olup, medyanı 14 gün bulunmuştur. Ayrıca şikayette bulunanların çoğunun hastalar değil, hasta yakınları ve ebeveynler olduğu saptanmıştır.

Bu tezin amaçlarından biri de, kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinde, şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesidir.

Aşağıda Tablo 2.2.' de ulusal ve uluslararası literatürde, bu çalışmanın ana değişkeni olan şikayet yönetimi ile ilgili yapılmış çalışmalar taranmış ve kronolojik sıraya göre tablolatırılmıştır.



Tablo 2.2. Ulusal ve Uluslararası Literatürde Şikayet Yönetimi İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Sayı	Çalışma Adı	Yıl	Yazar	Amaç	Ülke	Yöntem	Sektör	Analiz	Bulgu	Kaynak
1.	Exploring the Effects of Consumers' Dissatisfaction Level on Complaint Behaviours	1991	Jagdip Singh Shefali Pandya	Memnuniyetsizlik ve şikayet etme davranışı arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.		172 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Finans	Tanımlayıcı istatistikler	Müşteri memnuniyet veya memnuniyetsizliği şikayet etme davranışı için yeterli bir koşul değildir.	European Journal of Marketing
2.	The Social Psychology of Making and Responding to Hospital Complaints: An Account Model of Complaint Processes	1994	Sally Lloyd-Bostock Linda Mulcahy	Şikayetçilerin şikayet ederken ne istedikleri, şikayetçilerin memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.	İngiltere	NHS' e iletilen 399 hasta şikayeti incelenmiştir.	Sağlık	Derinlemesine görüşme tekniği, korelasyon analizi	Şikayete sosyal olarak uygun bir cevabın verilmesi müşteri memnuniyetini desteklemektedir.	Law & Policy
3.	When Consumers Complain: A Path Analysis of the Key Antecedents of Consumer Complaint Response Estimates	1996	Jagdip Singh Robert E. Wilkes	Üç farklı hizmet sektöründen verilerle müşterilerin ne zaman şikayet ettiklerinin cevaplanmasıdır.	Amerika	Bankacılık (172), Otomotiv (n=155) ve Sağlık (n=166) sektörlerinden katılımcılarla telefonda anket yöntemi ile veriler toplanmıştır.	Finans Otomotiv ve Sağlık	Path analizi, tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizi	Şikayet etme konusundaki tutum, yüksek memnuniyetsizlik durumunda daha baskındır.	Journal of the Academy of Marketing science

4.	The effects of distributive, procedural, and interactional justice on postcomplaint behavior	1997	Jeffrey G .Blodgett Donna J.Hil Stephen S.Tax	Dağıtım, etkileşim ve prosedür adaletinin şikayetçilerin repatronaj ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim niyetleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Kanada	265 katılımcı ile senaryo ve anket aracılığı ile veriler toplanmıştır.		Tanımlayıcı istatistikler, Anova, Newman-Kuels testi, MANOVA	Adaletin üç boyutundan etkileşim adalet şikayetçilerin repatronajı ve ağızdan ağıza olumsuz sözlü iletişimleri üzerinde en büyük etkiye sahiptir.	Journal of Retailing
5.	The Bottom Line Impact Of Organizational Responses To Customer Complaints	2000	Moshe Davidow	İşletmenin şikayetlere karşılık verdikleri cevabın şikayet sonrası müşteri davranışları ile ilişkisini belirleme, önerilen modelin test edilmesi amaçlanmaktadır.	Amerika	Yakın zamanda şikayet etme deneyimi olan 319 katılımcı ile anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Genel	Tanımlayıcı istatistikler, Korelasyon analizi, Path analizi	İşletmenin şikayetlere verdiği örgütsel yanıtlar içerisindeki ağızdan ağıza iletişim ve tekrar satın alma niyetini en çok etkileyen boyut duyarlılıktır.	Journal Of Hospitality & Tourism Research
6.	Linking Complaint Management To Profit	2001	Robert Johnston	Bu çalışma müşteri şikayetlerine yol açan hizmet hataları ile hizmet performansı arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.	Amerika	200 müşteri hizmetleri yönetici ile anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.		Korelasyon analizi	İyi bir şikayet kültürü ve iyi bir şikayet süreçleri iyi mali performansa yol açabilir	International Journal Of Service Industry Management
7.	Recognizing cross-cultural differences in consumer complaint behavior and intentions: an empirical examination	2001	Raymond R. Liu Peter McClure	Şikayet etme niyetleri ve davranışları arasında kültürel farklılıkların belirlenmesidir.	Amerika, Kuzey Kore	411 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Farklı sektörler	Tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi	Farklı kültürlerdeki müşterilerin farklı şikayet davranışları ve niyetleri olduğu görülmektedir. Kolektivist kültürde olan Korelilerin, bireyselci olan Amerikalı müşterilerin göre memnuniyetsizliklerinde ses çıkarma olasılıkları daha düşük bulunmuştur.	Journal of Consumer Marketing

8.	Modeling customer perceptions of complaint handling over time: the effects of perceived justice on satisfaction and intent	2002	James G.Maxham Richard G. Netemeyer	Algılanan adaletin, müşteri memnuniyeti ve hizmet ya da ürün başarısızlığı ve iyileştirme girişimi sonrası müşterilerin niyetleri üzerindeki etkileri üzerine model önerilmesidir.	Amerika	1,356 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.	Bankacılık- hizmet sektörü	Path analizi, Faktör analizi	Genel memnuniyetten ziyade hizmet iyileştirme sonrası memnuniyet, pozitif ağızdan ağıza iletişim niyetinde daha güçlü bir yordayıcıdır Genel memnuniyetin oluşmasında prosedür adaleti, dağıtım ve etkileşim adaletinden daha etkilidir.	Journal of Retailing
9.	The dimensions of complaint satisfaction: process and outcome complaint satisfaction versus cold fact and warm act complaint satisfaction	2002	Bernd Stauss	Şikayet memnuniyetinin yapısının incelenmesidir.	Almanya	346 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.	Otomotiv	Ki kare, korelasyon analizi, faktör analizi	Faktör analizi sonrası iki tür memnuniyet tanımlanmıştır; “cold fact complaint satisfaction” ve “warm act complaint satisfaction”. Birinci tip şikayet memnuniyetin ikincisine göre genel memnuniyet üzerinde daha güçlü bir etkisi vardır.	Managing Service Quality: An International Journal
10.	Kayseri’deki Otomobil Bayilerinde Müşteri Tatmin Aracı Olarak Şikayet Toplama Yöntemlerine İlişkin Bir Uygulama	2004	Necdet Timur Nilsun Sarıyer	Tatmin olan ve tatmin olmayan müşterilerin şikayet toplama yöntemlerinden beklentileri, kullanım düzeyleri ve verdikleri önem düzeylerinde fark olup olmadığının belirlenmesidir.	Türkiye	Veriler 310 katılımcı ile yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır.	Otomotiv	Analizi, Faktör Manova	Müşteriler, şikayet kutusu, ücretsiz telefon hattı ve çağrı merkezini tercih etmektedir.	Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
11.	Lisrel ile Yapısal Eşitlik Modelleri: Tüketici Şikayetlerine Uygulanması	2004	Veysel Yılmaz	Tüketicilerin memnuniyetsizliklerine karşı verdikleri tepkiler arasındaki ilişkilerin belirlenmesidir.	Türkiye	262 katılımcı ile anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır.	Genel	Varyans analizi, Yapısal Eşitlik Modellemesi	Memnuniyet ile tepki arasında negatif anlamı bir ilişki olduğu ortaya çıkmış, memnuniyet azaldıkça tepkinin arttığı bulunmuştur.	Sosyal Bilimler Dergisi

12.	Kıyaslama Düzeyinin Şikayet Telifisinin Algılanan Adaleti ve Şikayet Sonrası Tüketici Davranışı Üzerindeki Etkisi	2005	Süphan Nasır	Kıyaslama düzeyi teorisinin, şikayet telifisinin algılanan adaleti ve tüketicilerin şikayet sonrası davranışları üzerindeki etkisinin incelenmesidir.	Türkiye	Senaryo tekniğine dayalı deneysel yöntem kullanılmış olup 677 katılımcı ile anket tekniği ile veriler toplanmıştır.	Finans	Faktör analizi, Manova	Kıyaslama düzeyi teorisinin telifinin algılanan adalet üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Kıyaslama seviyesi teorisinin şikayet sonrası tüketici davranışlarından biri olan firmaya zarar veren davranışlar üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmüştür.	İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD. Pazarlama Bilim
13.	Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data	2006	Roland D Friele E Emmy M Sluijs	Hastaların şikayetin ele alınmasında ki beklentilerinin araştırılmasıdır.	Hollanda	424 şikayetini ileten hasta ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.	Sağlık	Tanımlayıcı istatistikler	Şikayetçilerin şikayette bulunmalarının başlıca nedeni, olayın tekrar gerçekleşmesini engellemektir. Şikayetçiler, şikayet komitesinden özellikle tarafsız bir tutum ve adil prosedürler beklemektedir. Ayrıca şikayetçiler açıklama yapılmasının özür dilemekten daha önemli olduğunu belirtmektedir.	BMC Health Services Research
14.	Customer Complaints And Organizational Responses: The Effects Of Complainants' Perceptions Of Justice On Satisfaction And Loyalty	2006	Osman Karatepe	Şikayetçilerin dağıtım, etkileşim ve prosedür adalet algılarının müşteri memnuniyeti ve sadakati üzerine etkilerinin incelenmesidir.	Kuzey Kıbrıs	4-5 yıldızlı otellerde konaklayan 781 katılımcı ile anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır.	Konaklama	LISREL 8.30 Path analizi	Tüm adalet boyutları şikayetçi memnuniyeti ve sadakati üzerinde önemli olumlu etkiler yaratmaktadır.	Hospitality Management

15.	Complainer Characteristics When Exit is Closed	2007	Ba°rd Tronvoll	Tekelci bir pazarda ki şikayetçilerin demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.	Norveç	332 kişi ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.	Sosyal Hizmetler	Tanımlayıcı istatistikler	Tekelci pazardaki şikayetçilerin daha düşük sosyo-ekonomik gruplara ait olduğu, düşük gelir düzeyine sahip ve yalnız yaşadıkları, iş gücü piyasasının dışında olduğu saptanmıştır.	International Journal of Service Industry Management
16.	Analitik Hiyerarşi Süreci İle Müşteri Şikayetlerinin Analizi	2007	Ayşe Oğuzlar	Otomobillerle ilgili en fazla şikayet edilen problemler analiz edilmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Veriler şikayetvar.com'dan elde edilmiştir.	Otomotiv	Choice Expert paket programından Analitik Hiyarşi Süreci	Avrupa orjinli otomobillerin ABD ve Uzakdoğu orjinli otomobillerden daha sorunlu olduğu tespit edilmiştir.	Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi
17.	Algılanan Adalet Kavramı Perspektifinde Etkin Şikayet Yönetimi: KKTC Üniversiteleri Üzerine Bir Araştırma	2008	Erdoğan Haktan Ekiz Hüseyin Araslı Guita Farivarsadri Ali Bavik	Şikayet sonrası algılanan adalet duygusunun öğrencinin kurumdan ayrılma niyeti ve kurum hakkında olumsuz mesaj verme eğilimi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.	KKTC	Veriler 318 üniversite öğrencisi ile anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır.	Eğitim	Tanımlayıcı faktör istatistikler, analiz, path analizi	Dağıtım adaletinin şikayet tatminini, şikayet tatmininin ayrılma niyetini ve etkileşim adaletinin de olumsuz söz söyleme niyetini etkileyen en önemli faktörler olduğu saptanmıştır.	Bilimler Sosyal Dergisi
18.	Dismissing the disgruntled: Swedish patient complaints management	2008	Alexandra Kent	Hasta şikayetlerinin ele alınma şeklinin altında yatan bazı tutumların incelenmesidir.	İsveç		Sağlık	Derinlemesine görüşme, yarı-yapılandırılmış görüşme	Şikayette bulunan hastalar kuruma güvenlerinin tekrar kazandırılması ve moral tazminatı konuları ile ilgilenmektedirler.	International Journal of Health Care Quality Assurance

19.	Otel Müşterilerinin E-Şikayetlerine Yönelik Bir İçerik Çözümlemesi	2009	Osman Çulha Güngör Hacıoğlu Gizem Kurt	Otel işletmelerine yönelik müşteri şikayetlerinin hangi kategoriler altında toplandığının belirlenmesidir.	Türkiye	www.sikayetvar.com , www.hotelsikayet.com , www.otelsikayet.com sitelerinden 150 adet şikayet ve 495 adet şikayet unsuru elde edilmiştir.	Konaklama	İçerik Analizi	Şikayetlerin; %23,84'ü yiyecek – içecek, % 19,19'u odalar, %16,97'si işgören ile ilgili şikayetler kategorisinde yer almaktadır.	Otel Seyahat ve İşletmeciliği Dergisi
20.	Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement	2009	Eva Jangland Lena Gunningberg Maria Carlsson	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerini bildirdikleri yerel hasta danışma komitelerinin hasta karşılamalarının ve iletişimlerinin tanımlanmasıdır.	İsveç	2002-2004 yılları arasındaki hasta danışma kurullarına karşılama ve iletişimle ilgili iletilen 105 şikayet incelenmiştir.	Sağlık	İçerik Analizi	Hasta ve yakınlarının, profesyonellerin negatif davranışları sonucu sağlık hizmetlerine olan güvenleri azalmıştır ve gereksiz bir anksiyete yaşamalarına neden olmuştur.	Patient Education and Counseling
21.	Handling customer complaints effectively	2009	Thorsten Gruber Isabelle Szmiglin Roediger Voss	Şikayetlerin ele alınmasında kadın ve erkek müşterilerin değer verdikleri nitelikler ve davranışsal özelliklerinin belirlenmesidir.	İsviçre	Kalitatif çalışmanın verileri şikayet deneyimine sahip 21 kadın ve 19 erkek toplamda 40 katılımcı ile toplanmıştır.	Genel	LADDERMAP karar verme destek programı, frekanslar	Hem kadın hem de erkek şikayet eden müşterilerin önem verdiği alanlar, şikayetin ciddiyetle karşılanması ve çalışanın yetkinliği, arkadaşça tutumu, aktif dinleme becerilerine sahip olmasıdır.	Managing Service Quality
22.	Factors hampering the use of patient complaints to improve quality: An exploratory study	2009	Sophie Y Hsieh	Kalite iyileştirme çalışmaları için hasta şikayetlerinin kullanımını engelleyebilecek faktörlerin araştırılmasıdır.	Tayvan		Sağlık	Derinlemesine görüşmeler ve belge analizi	Hastanenin şikayetleri nasıl ele aldığını düzenleyen ulusal bir rehber bulunmamaktadır. Bu durumda hastanenin şikayete verdiği yanıtta önemli bir faktördür. Çalışmanın yapıldığı hastane hasta şikayetlerine gerekli önemi vermemekte ve hastanenin hasta şikayetlerine bakış açısı olumlu değildir.	International Journal of Nursing Practice

23.	Müşterinin elde tutulmasında şikayet yönetiminin önemi ve hizmet sektörüne ilişkin bir uygulama	2009	Aylin Eşkinat	KOBİ'lerin bankalarla olan ilişkilerinde yaşanan sorunlar ve bunlara ilişkin şikayetleri sonucunda tatmin düzeyleri, bankalarına duydukları güven ve sadakat duyguları ile bankalarını başkalarına tavsiye etme eğilimleri ilişkilerinin incelenmesidir.	Türkiye	205 KOBİ ile anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Finans	Tanımlayıcı istatistikler, z testi, Anova	KOBİ'lerin algıladıkları adalet boyutları arasında sonucun adaletinin en önemli boyut olduğu bunun yanısıra etkileşim adaletinin ise önemli bulunmadığı bulgular arasındadır. KOBİ'lerin bankalarını tavsiye etmeleri konusunda en etkili iki unsur olarak marka sadakati ve güvenin dürüstlük boyutu ön plana çıkmıştır.	Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler İşletme Bölümü Doktora Tezi
24.	A meta-analysis of satisfaction with complaint handling in services	2010	Chiara Orsingher Sara Valentini Matteo de Angelis	Şikayet sonrası memnuniyetin dağıtım, prosedür ve etkileşim adaletinin nasıl modüle edildiğinin test edilmesi amaçlamaktadır.	İtalya	60 bağımsız çalışma incelenmiştir.		Meta analiz	Şikayet sonrası memnuniyetin dağıtım adaletinden en çok etkilendiği, daha sonra etkileşim adaleti ve prosedür adaletinden zayıf bir şekilde etkilendiği bulgulanmıştır.	Journal of the Academy of Marketing Science
25.	A System for Using Patient Complaints as a Trigger to Improve Quality	2011	Hsieh Sophie Yahui	Hastanelerin kaliteyi iyileştirmek için şikayetleri nasıl kullanabileceklerinin araştırılması amaçlanmaktadır.	Tayvan	54 katılımcı ile veri toplam aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir	Sağlık	Kalitatif çalışma-tematik analiz, kritik olay doküman incelemesi	Hastanenin şikayet çözüm mekanizmaları tek yönlü öğrenme sağlamakta olup sorunların ele alınmasında etkilidir fakat sorunların gelecekte tekrar oluşmasını önlemek için yeterli değildir.	Quality Management in Health Care
26.	Şikayet Yönetim Süreci Sonrası Memnuniyeti Etkileyen Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma	2011	İsmail Gökdeniz İbrahim Bozacı Ertuğrul Karakava	Müşteri şikayetlerini ele alışı ve çözme süreci sonrasında müşteri memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.	Türkiye	350 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	İletişim	Tanımlayıcı istatistikler, faktör analizi, korelasyon analizi	Şikayet süreci sonrası oluşan memnuniyet düzeyi ile tekrar satın alma eğilimi ve olumsuz ağızdan ağza iletişim davranışları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.	Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi

27.	Yüksek Hızlı Tren (YHT) İle Seyahat Eden Yolcuların Şikayet Etme Niyetini Etkileyen Faktörler	2011	Süleyman Ayaz Ömer Torlak	Yüksek Hızlı Tren ile Ankara-Eskişehir arasında seyahat eden yolcuların şikayet etme niyetlerini etkilediğinin belirlenmesidir.	Türkiye	455 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Ulaşım	Tanımlayıcı istatistikler, regresyon analizi	Şikayete yönelik tutumun şikayet etme niyeti üzerinde önemli ve anlamlı bir etkisinin olduğu ile şikayetin algılanan değerinin şikayet etme niyeti üzerinde düşük düzeyde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.	Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi
28.	A Meta-Analysis of Organizational Complaint Handling and Customer Responses	2011	Kaija Gelbrich Holger Roschk	Şikayet sonrası davranışların meta analizinin yapılması amaçlanmaktadır.	Almanya	87 çalışma incelenmiştir.		Meta analiz, Path analizi	İşletmenin şikayete verdiği yanıtlar ve müşteri memnuniyeti ilişkisinde müşterilerin adalet algılarının aracılık etkisi bulunmaktadır. Müşteri sadakatinin öncülü olan müşteri memnuniyeti dağıtım adaletinden çok etkileşime adaletine bağlı olarak oluşmaktadır.	Quality Management in Health Care
29.	Şikayet Yönetimi: Müşteri – İşgören Etkileşiminde Sözsüz İletişim	2011	Uğur Kılıç	Şikayet yönetim süreci içerisinde sözsüz iletişim boyutlarının hizmet iyileştirme stratejileri ve olası ağızdan ağıza iletişim davranışlarına etki derecelerini içeren bir model oluşturulması ve test edilmesi amaçlanmaktadır.	Türkiye	Turistik deneyime sahip 350 katılımcı ile anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır.	Konaklama	Tanımlayıcı istatistikler, faktör analizi, yapısal eşitlik modeli	Müşterilerin iletişim tatmin seviyeleri arttıkça olumsuz ağızdan ağıza etkileşim davranışlarında bulunma oranları azalmaktadır.	Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Doktora Tezi

30.	Otel İşletmelerinde Müşteri Şikayetleri Ve Şikayetlerin Değerlendirilmesi	2012	Burhan Kılıç Serap Ok	Şikayet konuları, bildirimleri ve otel işletmesinin şikayet bildirimleri ile ilgili değerlendirmelerinin, katılımcıların demografik değişkenleri ve otelde daha önce kalış durumlarına göre incelenmesi amaçlanmaktadır.	Türkiye	İstanbul'da faaliyet gösteren beş yıldızlı bir otelde konaklayan 260 yerli müşteri ile anket yöntemi kullanılmıştır.	Konaklama	Tanımlayıcı istatistikler	Katılımcıların %77,8'inin şikayeti bulunmaktadır. Müşterilerin genel olarak yoğun ve gürültülü ortamdan şikayetçi oldukları, oteli değiştirmeye yönelik tepki verdikleri sonucuna ulaşılmıştır	Journal of Yasar University
31.	Müşterinin Firmaya Şikayet Etme Eğilimini Etkileyen Örgütsel Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma	2012	İbrahim Bozacı Tülin Durukan İsmail Gökdeniz	Müşterilerin şikayetlerini işletmeye iletme eğilimini etkileyen örgütsel faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.	Türkiye	335 kişi ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	İletişim	t- testi, korelasyon analizi	Kurum güvenilirliği, kurum çalışanından duyulan memnuniyet, algılanan şikayet sisteminin özellikleri, firmanın telafi politikasının olumlu algılanma düzeyi gibi "örgütsel faktörlerin" şikayet etme eğilimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.	Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi
32.	Müşterinin Firmaya Şikayet Etme Eğilimini Etkileyen Bireysel Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma	2012	İsmail Gökdeniz Tülin Durukan İbrahim Bozacı	Müşterilerin şikayetlerini işletmeye iletme eğilimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Veriler 342 öğrenci ile anket formu aracılığı ile toplanmıştır.		T-testi, Pearson Korelasyon analizi	Müşterilerin kişilik, içsel kontrol odağı, tüketici bilinci, benlik saygısı, dayanışmacı anlayış, erkeksi cinsiyet rolü, stresle başa çıkma tutumları, gibi kişisel özelliklerin şikayet etme eğilimiyle ilişkili olduğu saptanmıştır.	Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi
33.	Satisfaction with complaint handling: A replication study on its determinants in a business-to-business context	2013	Christian Brock Markus Blut Heiner Evanschitzky	Şikayet yönetiminde adalet teorisi modelinin müşteri memnuniyetini nasıl etkilediğinin açıklanması amaçlanmıştır.		440 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Ticaret	Path analizi	Dağıtım adaletinin B2B ve B2C pazarlarında her zaman önemli etkileri bulunmaktadır.	International Journal of Research in Marketing

34.	Restoran İşletmelerinde Müşteri Şikayetleri ve Şikayete İlişkin Davranışlar	2013	Aslı Albayrak	Restoran işletmesinden hizmet alan müşterilerin şikayet etme davranışlarını ve şikayetleri ile ilgili sonuçlar hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	384 kişi ile gerçekleştirilen çalışmanın verileri anket yöntemi ile toplanmıştır.	Yiyecek-İçecek Hizmetleri	Tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi	Müşterilerin en fazla çalışanlarla ilgili sorunlarla karşılaştığı ve müşterilerin demografik özellikleri ile şikayet etme davranışları arasında fark olduğu saptanmıştır.	PARADOKS Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi
35.	Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective	2013	Roland D. Friele Sanne Kruikemeier MA	Şikayetçilerin ihtiyaçlarına göre tasarlanmış prosedür (komite) ve öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin profesyonel kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir prosedür (board) arasındaki hasta memnuniyeti farklılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Hollanda	80 hasta ve 335 şikayet ile gerçekleştirilmiştir. Anket yöntemi kullanılmıştır.	Sağlık	Manne Whitney U, T testi	Şikayetçilerin yarısı uygulanan prosedürden memnun olduklarını bildirmiştir. Şikayetlerini boardlara bildirenlerin tatmini kurullara bildirenlerden daha yüksek bulunmuştur.	Journal of Forensic and Legal Medicine
36.	The antecedents of customer satisfaction and its link to complaint intentions in online shopping: An integration of justice, technology, and trust	2013	Ing-LongWu	Adalet, güven ve teknoloji değişkenleri ile şikayet etme niyetinin arasındaki ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.	Tayvan	1017 katılımcı ile veri toplama aracı olarak online anket yöntemi kullanılmıştır.	Ticaret	AMOS 7.0 Yapısal Eşitlik Modeli	Dağıtım ve prosedür adaletinin müşteri memnuniyeti önemli ölçüde katkısı varken etkileşim adaletinin katkısı bulunmamaktadır.	International Journal of Information Management

37.	Turist Tatmini ve Şikayetleri İle Geri Dönme Eğilimleri Arasındaki İlişki: Antalya'ya Gelen Yabancı Turistler Üzerinde Bir Araştırma	2013	Kemal Birdir Elif Bal	Yabancı turistlerin memnuniyet düzeyleri, nelerden memnun kaldıkları, Türkiye ile ilgili olumlu ve olumsuz görüşleri, geri dönme eğilimleri ve bunlar arasındaki ilişkilerinin araştırılmasıdır.	Türkiye	600 katılımcı ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Turizm, konaklama	Tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA, Faktör, Kümeleme, Çoklu Uygunluk, Korelasyon analizi	Yabancı turistlerin tatilleriyle ilgili en fazla şikayette bulundukları konular; satıcıların ısrarcı davranması, fiyatların yüksek olması, konakladıkları otellerdeki hizmet kalitesinin yeterli olmamasıdır.	Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi
38.	E-Şikayetle İlgili Tanımlayıcı Bir Çalışma: Şikayet Forumu Olarak Bir Web Sitesinin Sosyal Ağ Analizi	2014	Mehpare Tokay ARGAN	Şikayet sitelerindeki şikayet konularını ve marka ile ilişkilerinin ortaya konulmasıdır.	Türkiye	11.791 şikayet incelenmiştir.	İletişim	Sosyal Ağ Analizi	Ürün değişimi, garanti, işletim sistemi, şarj, hoparlör, sinyal ve ürün iadesinin tüketici şikayetlerinde önemli bağlantı noktaları olduğunu ortaya koymuştur.	İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi
39.	Complaint handling in healthcare: expectation gaps between physicians and the public; results of a survey study	2015	R. D. Friele P.M.Reitsma1 J. D. de Jong1	Vatandaşların ve hekimlerin sağlık hizmetlerinde şikayetlerin ele alınış şeklini değerlendirilmesidir.	Hollanda	1935 hekim ve 987 vatandaş ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Sağlık	Tanımlayıcı istatistikler	Şikayetlerin ele alınışı ile ilgili vatandaşlar hekimlere göre olumsuz beklentilere sahiptir. Hekimlerin beklentileri daha olumludur.	BMC Res Notes
40.	Bireysel ve Davranışsal Faktörlerin Restoran Müşterilerinin Şikayet Etme Niyetlerine Etkisi	2015	Bahattin Özdemir Gökhan Yılmaz Osman Çalışkan	Bireysel ve davranışsal faktörlerin restoran müşterilerinin şikayet etme niyetlerine etkisinin belirlenmesidir.	Türkiye	Veriler 375 kişi ile soru formu kullanılarak toplanmıştır.	Yiyecek-İçecek Hizmetleri	Doğrulayıcı faktör analizi, Yapısal Eşitlik Modeli	Algılanan davranışsal kontrol, öznel normlar, kendini önemseme ve enformasyon düzeyleri müşterilerin şikayet niyetleri ile ilişkili bulunmuştur.	Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi

41.	Kültürün turizmde şikayet davranışına etkisi: Sağlık turizminde bir uygulama	2015	Zehra Ceren Miral Çavdırılı	Termal turistlerin şikayet davranışları, şikayete yönelik tutumları, telafi tercihleri, şikayet sonrası memnuniyet düzeyleri ve şikayet konuları arasındaki farklılıklar Hofstede'in kültürel boyutları ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Norveçli Ve Türk Turistlere Ait Toplam 511 Anket Ve otel departman yöneticileri ile mülakat yöntemi, içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.	Konaklama, turizm	Tanımlayıcı istatistikler, t testi	Farklı kültürden gelen termal turistlerin şikayet davranışları, şikayete yönelik tutumları, telafi tercihleri, şikayet sonrası memnuniyet düzeyleri ve şikayet konuları arasında farklılıklar vardır.	Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ABD. Doktora Tezi
42.	Sağlık İşletmelerinde Hasta şikayetleri ve Hasta Sadakati Etkileşimi	2015	Bilsen Onat	Hasta şikayetlerinin hasta sadakatine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Veriler 600 hasta ile anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır.	Sağlık	Tanımlayıcı istatistikler, kümeleme, ki kare	Hasta şikayetlerinin çözülmesinin, hasta sadakati oluşumuna etki ettiği belirlenmiştir.	Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi
43.	Müşteri Sadakatini Sağlamak İçin Şikayet Yönetimi Ve Eğitim Sektörüne Yönelik Bir Uygulama	2016	Meltem Keskin	Şikayet eden müşterilerin tatmini ile firmaya olan bağlılığın artıp artmadığını belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Üniversite hazırlık kursu eğitimi alan 259 öğrenci ile yüz yüze anket yöntemikullanılmıştır.	Eğitim	t testi ve ANOVA, ki- kare	Öğrencilerin şikayetlerinin çözümü ile eğitim kurumuna olan bağlılıklarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.	Toros Üniversitesi İİBF Sosyal Bilimler Dergisi
44.	A Study on Patient Complaint Management in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences and Approaches for Improvement	2016	Fatemeh R. Jeddi Azam H. M. Hosseini Mehdi Shaeri	Kashan Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı hastanelerdeki şikayet yönetimi sürecini araştırmak ve bu sürecin iyileştirilmesine yönelik çözümler sunulması amaçlanmıştır.	İran	Şikayet yönetim sürecine katılan 27 kişi ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.	Sağlık	Tanımlayıcı istatistikler	Hasta şikayet yönetimi süreci konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır.	Patient Safety & Quality Improvement Journal

45.	How do firms benefit from customer complaints?	2016	Cengiz Yilmaz Kaan Varnali Berna Tari Kasnakoglu	Örgütsel öğrenmenin şikayet yönetimi kavramına entegre edilmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	şikayet.var.com üzerinden 65 firma ile ilgili 115 katılımcı ile anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır.	5 farklı sektör	Hiyerarşik regresyon analizi	Şikayetlerden öğrenmenin hem kısa hem de uzun vadeli performans seviyelerini olumlu yönde etkilediği göstermiştir.	Journal of Business Research
46.	Online Alışverişte Müşteri Şikayet Niyetleri ve Davranışlarının Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi	2016	Veysel Yılmaz Erkan Arı Rana Doğan	Online mağazalardan alışveriş yapan müşterilerin online alışverişe ilişkin tutumları ve şikayet niyetleri ile şikayet davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	326 kişi ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Ticaret	Yapısal Eşitlik modeli	Algılanan güvenin ve alışverişten duyulan memnuniyetin şikayetinin olumlu sonuçlanacağına ilişkin algılanan yanıtın üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi vardır.	Journal of Yasar University
47.	Bir İnternet Şikayet Forumundaki Termal Otellere Yönelik Şikayetlerin İncelenmesi	2016	Aylan Arpacı Kübra Serkan Özgür Fatmanur Celiloğlu	Termal otel müşterilerinin şikayetlerinin hangi kategorilere ayrıldığı, şikayetlerin hangi oranda cevaplandırıldığı belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	www.sikayetvar.com sitesinden elde edilen 2340 şikayet incelenmiştir.	Konaklama	Tanımlayıcı istatistikler	Müşteri şikayetlerinde birinci sırayı fiyat-reklam kampanyaları almakta olup şikayetlerin cevaplanma oranı %32,48'dir.	Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
48.	Complaint handling on social media: The impact of multiple response times on consumer satisfaction	2017	Doga Istanbuluoğlu	Sosyal medya üzerinden şikayet eden tüketicilerin işletmelerin şikayetlere yanıt sürelerinin müşteri memnuniyetini nasıl etkilediğinin saptanması amaçlanmıştır.	Birleşik Krallık	422 facebook ve twitter kullanıcısı ile online anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.	Genel	Tanımlayıcı istatistikler Ancova, t testi	Facebook ve twitter üzerinden şikayet eden tüketicilerle yapılan çalışmada şikayete yanıt verme süreleri müşteri memnuniyetini etkilemektedir.	Computers in Human Behavior

49.	Service Quality as a Mediator of Customer Complaint Behaviour and Customer Loyalty	2017	Aihie Osarenkhoe M.Birungi Komunda J, Mbitto Byarugaba	Müşteri şikayet davranışında ve müşteri sadakatinde hizmet kalitesinin aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.	Uganda	400 kişi ile veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	İletişim	Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon, regresyon ve faktör analizi	Hizmet kalitesi, müşteri şikayet davranışında ve müşteri sadakati arasındaki ilişkide önemli bir aracıdır.	International Review of Management and Marketing
50.	Konaklama işletmelerinde ilişkisel pazarlama uygulamaları ile müşteri şikayet davranışı ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi: turizm akademisyenleri tarafından bir değerlendirme	2018	Sedat Şahin	Konaklama işletmelerinde ilişkisel pazarlama uygulamaları ile müşteri şikayet davranışı ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Türkiye	Yükseköğretim kurumlarının turizm eğitimi veren bölümlerinde çalışan akademisyenler (n=405) ile gerçekleştirilmiştir.	Konaklama	Tanımlayıcı istatistikler, Açıklayıcı faktör analizi, Korelasyon, regresyon analizi	İlişkisel pazarlama uygulamaları ile özel şikayet davranışı arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir. İlişkisel pazarlama uygulamaları ile tekrar satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Konaklama tesisi türü ve konaklama süresine göre farklılıklar tespit edilmiştir.	Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik ABD Doktora Tezi

2.3. Kuruma Güven

Bu bölümde kuruma güven kavramı; güvenin tanımı ve özellikleri, güvenin türleri, kuruma güvenin tanımı ve önemi, kuruma güven ve müşteri şikayetleri alt başlıkları ile ele alınmıştır.

2.3.1. Güvenin Tanımı ve Özellikleri

Güven kavramı; yönetim, sosyoloji, psikoloji, ekonomi, antropoloji gibi farklı disiplinlerce incelenen, çok boyutlu bir kavramdır. Her disiplin kendi bakış açısına göre, bir tanımlamada bulunmuştur. Örneğin; ekonomistler güveni, hesaba dayalı ve kurumsal bir kavram olarak ele alırken, psikologlar güvenen kişi ve güvenilen kişinin tutumları ve özellikleri bakımından, sosyologlar ise insanlar arasındaki toplumsal ilişkiler veya mevcut toplumsal sisteme olan güven şeklinde ele almışlardır (Rousseau, Sitkin, Burt ve Camerer, 1998). Türk Dil Kurumu, güveni “korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu, itimat” olarak tanımlamıştır. Güveni, Rotter (1967) bir kişinin diğerinin sözlü ve yazılı vaadine saygı göstereceğine yönelik beklentisi; Mayer ve arkadaşları (1995) bireyin karşı tarafa herhangi bir kontrol etkisi olmadan, karşı tarafın davranışlarının kendi beklentilerini karşılayacak şekilde gerçekleşeceğine olan inancı; McAllister (1995) bir kişinin karşısındakinin davranış tarzından ve kararlarından emin olması ve buna göre kendi davranışlarını şekillendirmesi olarak tanımlamışlardır. Shaw (1997) güveni bir kişinin karşı tarafın olumlu beklentilerini karşılayacağına yönelik inancı; Jones ve George (1998) kişi, grup veya örgütün karşı tarafın kendisine risk yaratmayacağı ve eylemlerinden zarar görmeyeceği yönündeki itimadı; Zaheer ve arkadaşları (1998); karşı tarafın söylediği şekilde davranacağına ve faydacı durumlarda adil müzakere edeceğine yönelik beklentisi şeklinde tanımlamıştır.

Güven kavramı ile ilgili farklı disiplinlerce ve farklı bakış açıları ile yapılan tanımlar incelendiğinde özetle, güven kavramı; bir tarafın (kişi, grup veya örgüt) beklentilerine uygun olarak, karşı tarafın söz, davranış veya girişimlerinden zarar görmeyeceğine olan inancı ve itimatı olarak tanımlanabilir. Yapılan alan incelemesi sonucu, güven kavramına ilişkin özellikler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Şakar, 2010, s.22-23; Rousseau vd., 1998; Tüzün, 2007). Bunlar;

- Güven, durumsallık ile ortaya çıkmaktadır. Bu durumlar; genellikle zararlar sonuçlanan risk durumu ile tarafların karşılıklı çıkar bağımlılığı durumudur.

- Güven, karşılıklı bağımlılığı gerekli kılmaktadır
- Güven, zamanla gelişen bir kavramdır
- Güven, olumlu yönde bir beklenti, istek ve inanç içermektedir
- Güven birey, grup, işletme ve kurumsal olmak üzere çoklu düzeylerde görülen bir kavramdır
- Güvenin neden, sonuç ve moderatör olmak üzere birçok nedensel rolleri olabilir
- Güven, iki ya da daha fazla bireyin birlikte yarattıkları sosyal durum olup, karşılıklı etkileşim ile şekillenen bir kavramdır

Güven kavramı, multidisipliner alanların çalışma konusu olup, sadece bireysel ilişkiler açısından ele alınan bir konu değil, aynı zamanda grup içi ve paydaşlarla olan dinamiklerde de temel olan yapıcı bir unsurdur. Bireylerin ve örgütlerin amaç ve hedeflerine ulaşmalarında, grup içi dinamiklerin geliştirilmesinde, güven unsurunun sağlanması önemlidir (Şakar, 2010, s.23).

Literatürde farklı yazarlar, güven modelleri geliştirmiştir. Burada, Mishra Güven Modeli, Bromiley ve Cummings Güven Modeli ve Shockley-Zalabak Ellis ve Winograd Güven Modeli ele alınacaktır.

Mishra Güven Modeli: Mishra (1996) güveni; bireysel ve örgütsel düzeyde incelemiş olup, bireysel ve örgütsel düzeyde geçerli olacak Mishra Modelini geliştirmiştir. Güveni ilişki ve davranışlara yönelik beklenti olarak nitelerken, bireysel güveni bireysel etkileşimlerde, örgütsel güveni ise, örgütsel etkileşimlerde değerlendirmiştir. Mishra, modelde; yeterlilik, ilgililik, itimat edilebilirlik ve açıklık olmak üzere güvenin dört boyutunu tanımlamıştır (Mishra, 1996). Mishra ve Morrissey (1990), örgütlerde güven ortamının geliştirilmesinin; örgüt içi açık bir iletişim, çalışanların kararlara katılımı, etkin bilgi paylaşımı ve duygular ile beklentilerin doğru şekilde paylaşımı olmak üzere, dört önemli faktöre bağlı olduğunu belirtmişlerdir (J. Mishra ve Morrissey, 1990). Bu faktörler örgütsel düzeyde ele alındığında (Tüzün, 2007);

- Yeterlilik: Örgütün var olma yeteneği ile liderin etkin olduğuna yönelik inançlardır.
- Açıklık: Doğru bilginin paylaşımına olanak sağlayan iletişim kanallarının açık olmasıdır.

- İlgililik: Örgüt çalışanlarının, örgütün kendilerinde yarattığı güvenlik, anlayış, koruma gibi duygulardır.
- İtimat edilirlilik: Örgütün verdiği sözleri, eylemlere dönüştürmesinde tutarlı olmasıdır.

Bromiley ve Cummings Güven Modeli: Yazarlar güveni duygusal, bilişsel ve niyetssel kısımlardan oluşan bir olgu olarak tanımlamış olup, bireysel ve örgütsel olmak üzere iki düzeyde değerlendirmişlerdir. Bireysel güven, bireysel ilişkilerde olan beklentilerden, örgütsel güven ise örgütsel ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Modelde güvenin gelişimi üç boyutlu olarak ele alınmaktadır. Bunlardan ilki; bireyin güvenilir olması, ikincisi bireyin verdiği sözlerine temel oluşturan istek ve davranışlarda samimi olması, üçüncüsü ise fırsat olsa bile karşındakileri istismar etmemesidir (Cummings ve Bromiley, 1996, s.304; Tamer, 2012).

Shockley-Zalabak Ellis ve Winograd Güven Modeli: Bu modelde güvenin boyutları; yeterlilik, açıklık, ilgililik, itimat edilebilirlik ve özdeşleşme olarak tanımlamıştır. Bu modelin boyutlarının ilk dördü, 1996 yılında Mishra tarafından geliştirilen modelde yer almakta olup, son boyutu Shockley-Zalabak Ellis ve Winograd (2000) tarafından eklenmiştir. Buradaki özdeşleşme boyutu, örgütsel düzeyde değerlendirilmiş olup, çalışanların örgütsel amacının hedef, norm ve değerlerle bütünleşmesini ifade etmektedir. Bu modelde örgütsel güven sağlandığı takdirde, iş memnuniyeti ve örgütsel etkinliği de beraberinde getireceği varsayılmaktadır..

2.3.2. Güvenin Türleri

Güven türleri ile ilgili yapılan çalışmalar, 1950’li yıllardan itibaren başlamıştır. Çeşitli yazarlar; yardımseverlik, tahmin edilebilirlik, motivasyon, uzmanlık, itimat, fedakarlık, tutarlılık, uygunluk, yargılama, işletme sezgisi gibi kavramları güvenin boyutları olarak ele almıştır. Swan ve Travick, 1981 yılında yukarıda geçen kavramsal yapıları ele alarak, beş boyutlu güven sınıflaması yapmıştır. Bunlar arkadaşlık, bağımlılık/güvenilirlik, dürüstlük, kabiliyet ve alıcı-satıcı yönelimidir.

Genel anlamda güven türleri ile ilgili yapılan çalışmalar duygusal boyutta güven, bilişsel boyutta güven, odaklanma boyutunda güven, düzeylerine göre güven şeklinde ele alınmaktadır. Bu boyutlar aşağıda tablolastırılmıştır (Gün, 2016, s. 50-56). Tablo 2.3.’de güven kavramına ilişkin boyutlar yer almaktadır. Buna göre güven kavramı; duygusal,

bilişsel, odaklanma ve düzeylerine göre olmak üzere dört kategoride ele alınmaktadır. Duygusal boyutta güven kavramı; karşılıklı ve tekrarlı sosyal ilişkilerin bir sonucu olarak oluşan sürece dayalı güven, bir kişilik özelliği olarak ele alınmakta olup kişiliğe dayalı güven, grup içi üyelikler, statü ve toplumsal rollere dayanan genel güven olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel boyutta güven kavramı; güven duymanın maliyetini, faydalarını ve oluşabilecek zararları ele alan hesaplanmış güven, bireyin karşısındaki kişinin görevini başarıyla yerine getirebilecek yeterliliğe, yetenek ve uzmanlık düzeyine sahip olduğuna olan inancı ile ilgili olarak gelişen yeterlilik güveni, karşılıklı yükümlülüklerin yerine getirilmesine yönelik olan bağlılık güveni, karşılıklı iletişim ve etkileşimin pozitif olmasıyla oluşan ilişkiye dayalı güven olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Odaklanma boyutunda güven; kişilerin karşısındakilere olan güvenini ifade eden kişilerarası güven, kurumdan alınan destek ile kurumun kendisine karşı dürüst olacağına dair inancı ifade eden kuruma güven ve anayasal düzenler, otoriteye, kültürel sistemler gibi yapılara karşı duyulan sisteme dayalı güven olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Düzeylerine göre güven ise; ilk sosyal karşılaşma sırasında geçerli olan koşullu güven ve herhangi bir koşula bağlı kalmaksızın, karşı tarafa tamamen güvenilmesini ifade eden koşulsuz güven olmak üzere iki alt boyuta ayrılmaktadır.

Tablo 2.3. Güven Kavramının Boyutları

Kavram	Alt Boyutları	Açıklama
Boyutta	Sürece Dayalı Güven	Güven karşılıklı ve tekrarlı etkileşimlerle oluşan sosyal ilişkilerin bir sonucu olarak ele alınmaktadır.
	Kişiliğe Dayalı Güven	Güven bir kişilik özelliği olarak ele alınmaktadır.
Duygusal Güven	Genel (Genelleştirilmiş) Güven	Güven grup içi üyeliklerden, toplum içindeki roller veya statülerinden kaynaklanır veya gelişebilir.
Bilişsel Boyutta Güven	Hesaplanmış Güven	Neden ve hangi durumlarda güvenilmesi gerektiği ile güven duymanın maliyetini, faydalarını ve oluşabilecek zararları ele almaktır.
	Yeterlilik Güveni	Bireyin karşısındaki kişinin görevini başarıyla yerine getirebilecek yeterliliğe, yetenek ve uzmanlık düzeyine sahip olduğuna olan inancıdır.
	Bağlılık Güveni	Karşılıklı yükümlülükleri yerine getirmek için, her iki tarafın da diğerinin çaba göstereceğine inanması sonucunda güven oluşmaktadır.
	İlişkiye Dayalı Güven	Karşılıklı iletişim ve etkileşimin pozitif olması güven oluşumunu destekler.

Odaklanma Boyutunda Güven	Kişilerarası Güven	Kişilerin karşısındakilere karşı olan güven duygusudur.
	Kuruma Dayalı Güven	Kuruma duyulan itimat ve kurumdan alınan destek ile kurumun verdiği sözleri yerine getireceği ve dürüst olunacağına olan inancıdır.
	Sisteme Dayalı Güven	Anayasal düzenlemelere, otoriteye, kültürel sistemler gibi yapılara dayalı olan bir güvenidir.
Düzeylerine Göre Güven	Koşullu Güven	Karşı tarafın güvenilir olup olmadığı, konusunda herhangi bir fikrin olmadığı ilk sosyal karşılaşma sırasında geçerli olan güven türüdür.
	Koşulsuz Güven	Herhangi bir koşula bağlı kalmaksızın, karşı tarafa tamamen güvenilmesidir.

Kaynak: Gün, İ. Hastanelerde örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Örgütsel güven, tek boyutlu bir kavram olarak ele alınmamakla birlikte, konu üzerinde farklı açıklamalar yapılmaktadır: Bunlar (Shockley-Zalabak, Ellis ve Cesaria, 2000);

Örgütsel güven, iş arkadaşlarının, ekibin, örgütsel ve örgütler arası ilişkileri kapsayan etkileşimlerden kaynaklanan, çok kademeli bir kavramdır.

Örgütsel güven, kültürel köklerden var olan bir kavramdır, yani örgüt kültürünün normlarına, değerlerine ve inançlarına sıkı sıkıya bağlıdır.

Örgütsel güven, iletişim temelli bir kavramdır yani güven, doğru bilgi sağlama, kararlara açıklama yapma, samimi ve tarafsız olma gibi iletişim davranışlarının sonucudur.

Güven; yapı, stabilize etme ve dağılma-bozulma gibi aşamaları olduğu için dinamik bir kavramdır.

Bu çalışmadaki ele alınacak kavram, kuruma dayalı güven ile ilişkili olan, kurumsal güvenilirlik kavramıdır. Kurumsal güvenilirlik kavramı, örgütsel güven kavramından farklı olarak, işletmenin iletişim faaliyetlerine dayalı olarak gelişen ve müşterilerin kuruma karşı duydukları bir güven çeşidi olup, kurumsal itibar kavramının farklı bir türüdür.

2.3.3. Kuruma Güven Tanımı ve Önemi

Kuruma güven, işletmenin genel itibarının bir parçasıdır. Kuruma güven kavramı, müşterinin işletmenin dürüstlüğü ve uzmanlığını nasıl değerlendirdiğini açıklamaktadır.

Güvenilirlik, kaynağın, iletişim konusuyla ilgili uzmanlığa sahip olarak algılanma derecesini ifade etmektedir. Güvenilirlik, genel olarak, alıcıların bir kaynağa doğru tuttıkları bütün algı grupları olarak görülebilir. "Kaynak güvenilirliği" terimi çoğu zaman, uzmanlık, güvenilirlik, çekicilik ve güç dahil olmak üzere, iletişimcinin niteliklerini belirtmek için kullanılır. Kaynak güvenilirliği, söz konusu mesajın alıcısı tarafından algılanan bir sözcünün mesajının inanma yeteneğini ve/veya geçerliliğini olumlu bir şekilde artırmaktadır (Newell ve Goldsmith, 2001). Güvenilirliğin iki önemli boyutu vardır. Bunlar; dürüstlük ve uzmanlıktır. Güvenilirlik; güvenilir bilgi kaynakları ile reklamlara dikkat çekmesi ve müşterilerin hatırlamalarını arttırması açısından önemli bir kavramdır. Kaynak güvenilirliği iki şekilde kavramsallaştırılabilir. Bunlar; kurumsal güvenilirlik ve onaylayıcı (endorser) güvenilirliktir. Kurumsal güvenilirlik, bir işletmenin güvenilirliği ve uzmanlığının müşterileri ve diğer paydaş algılarına, yani belirli bir zamanda niyetlerinin ve iletişiminin inanılabilirliğine işaret etmektedir (Goldsmith, Lafferty ve Newell, 2000; Newell ve Goldsmith, 2001).

Bir işletmenin güvenilirliği, pazarlama ve markalaşma stratejilerinin başarısı için önemlidir. Güvenilirlik eksikliği, müşterilerin bir işletmenin iddialarının geçerliliğini sorgulamasına ve müşterilerin ürünlerini satın alma olasılığını azaltmasına neden olur. Bu durumun tersine, yüksek güvenilirlik marka değerini de artırmaktadır. Keller ve Aaker (1998), kurumsal güvenilirliğin, müşterilerin marka yayılımı algılarını olumlu etkilediğini; Lafferty ve Goldsmith (1999), reklamcılıkla ilgili tutum, markaya karşı tutum ve satın alma niyetleri konusunda olumlu etkileri olduğunu saptamışlardır.

Fombrun'a (1996) göre; kurum güvenilirliği, kurumsal itibarın önemli bir bileşeni olup, müşterilerin, yatırımcıların ve diğer paydaşların, işletmenin güvenilirliği ve uzmanlığına ne derece inandıklarını göstermektedir. Keller (1998) ise, kurumsal güvenilirliği, müşterilerin bir işletmenin müşteri ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayan ürün ve hizmetler tasarlayabileceğini ve sunabileceğini düşünmeleri olarak tanımlamaktadır. Bir kurumun güvenilirliği, standartların altında ürün veya hizmet sunarak müşteriye zarar verdiğinde veya yasal ve etik kurallara aykırı faaliyet gösterdiği bildirildiğinde zarar görür. Etik literatüründe de, müşterilerin işletme ile ilgili etik algılamaları ve kurum güvenirligi algılamaları, müşterilerin olumlu tutum ve davranışsal niyet algıları ile işletmeyi ödüllendirmesiyle sonuçlanmaktadır (Lafferty ve Goldsmith, 1999).

Sonuç olarak, kurum güvenilirliği veya kurumsal güvenilirlik, olumlu bir kurumsal imajın veya itibarın bir parçasını oluşturmakta olup, müşterilerin işletmenin dürüstlüğüne veya uzmanlığını nasıl değerlendirdiğini açıklamaktadır. Bunlarla birlikte müşterilerin tutumları ve satın alma niyetlerini, önemli ölçüde etkileyen bir kavramdır.

2.3.4. Kuruma Güven ve Müşteri Şikayetleri

Literatürde yapılan araştırmalar güvenirliliğin, enformasyonel fayda algısına sebep olduğu ve karşılığında da kurumsal cevaplanabilirlik ve başarı beklentisini sembolize ederek, tüketicileri şikayet etmek konusunda cesaretlendirdiğini belirtmektedir. Conlon ve Murray (1996), güvenilirliğin tüketicinin şikayet reaksiyonlarını olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Buna ek olarak da, eğer bir şikayete verilen karşılık, samimi ve dürüst ise tüketiciler, hiç şikayette bulunmamış gibi memnun olmaktadır (Sussman ve Siegal, 2003).

Gökdeniz ve arkadaşlarına (2011) göre; işletmenin müşteriler gözündeki kurum güvenilirliği, şikayetlerinin çözüme ulaşacağına dair olumlu bir beklentiye girmeleri ve yaşamış oldukları sorunun asıl kaynağı olarak da işletmeyi sorumlu tutmamaları yönünde pozitif etkiler yaratmaktadır. Yazarlar yapmış oldukları çalışma ile de, şikayet yönetim sürecinin, müşteride memnuniyet yaratmasının, kurum güvenilirliğinde artmayla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Gökdeniz vd., 2011). Gökdeniz ve arkadaşlarına göre (2012); kurum güvenilirliği ve imajı, kurumun müşteriye verdiği değer, müşterilerin şikayet etme eğilimi ile yakından ilişkilidir ve yapmış oldukları çalışmada da, algılanan kurum güvenilirliği ile şikayet etme eğilimi arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır.

2.4. Algılanan Hizmet Kalitesi

Bu bölümde; algılanan hizmet kalitesi; kalite, hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin boyutları, hizmet kalitesi modelleri, sağlık hizmetlerinde kalite alt başlıkları ile alınmıştır.

2.4.1. Kalite

Kaliteli hizmet sunmak, günümüzün rekabetçi iş dünyasında, başarı olmak ve hayatta kalmak için temel bir strateji olarak kabul edilmektedir. 1980'lerden itibaren, hem akademik hem de yönetsel çalışmalar, müşterilere sunulan hizmet kalitesinin belirlenmesi, müşteri istek ve beklentilerini karşılanmasına odaklanmışlardır (Zeithaml vd., 1996).

Müşteri istek ve beklentileri de birbirinden farklı olduğu için, literatürde birçok kalite tanımı bulunmaktadır. Değermen'in (2016) aktardığına göre; 1950'lerde Japonya'da kalite devrimi yapan W.Edwards Deming kaliteyi mevcut ve gelecekteki tüketici gereksinimlerinin karşılanması için çaba gösterilmesi veya tüketicinin, işletmenin ürettiği ürün ve hizmetler ile ilgili yargısı; Joseph M. Juran kullanıma uygunluk; Philip B. Crosby şartlara uygunluk; Ishikawa bir işletmenin mevcut üretim teknolojisi ve yeteneğini en üst düzeyde kullanarak, maliyet ve kullanım amacına uygun olarak, müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır şeklinde tanımlamıştır. Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC), kaliteyi; belirli bir mal ya da hizmetin müşteri isteklerine uygunluk derecesi, Amerikan Kalite Kontrol Derneği, bir mal veya hizmetin önceden belirlenen ihtiyaçları karşılama yeteneğini için taşıması gereken özellikler bütümü olarak, ISO 8402 Kalite Sözlüğü ve ISO 9000 serilerinde de, kalite; açıkça belirtilen ve ifade edilmemiş gizli ihtiyaçları tatmin edebilme konusunda yeteneğe sahip olma, mal veya hizmetlerin özellik ile karakteristiklerinin görünebilir toplamı şeklinde tanımlanmıştır. Tanımların çoğundan da görüldüğü üzere, kalite kavramında müşteri gereksinimleri ile, bu gereksinimlerin tatmini önemlidir (Değermen, 2006, s.16). Mal ve hizmetlerin özelliklerinin farklılaşmasından dolayı, kalite ikisi için ayrı ele alınması gereken bir kavramdır. Fiziksel mallarda kalitenin tanımlanması ve ölçülmesi kolay, ölçümünün doğruluk derecesi yüksek iken, hizmetlerin soyut olması, heterojen olması, üretim ve tüketimin aynı anda olması ve stoklanamaz olması, hizmet kalitesinin ölçümünü, kontrolünü ve test edilmesini zorlaştırmaktadır. Sonuç olarak (Parasuraman vd., 1985); Hizmet kalitesi, tüketicinin fiziksel mal kalitesini değerlendirmekten daha zordur. Hizmet kalitesi algıları, tüketici beklentilerinin gerçek hizmet performansı ile karşılaştırılmasından kaynaklanmaktadır. Kalite değerlendirmeleri, sadece bir hizmetin sonucu değildir, aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin değerlendirmelerini de içermektedir.

2.4.2. Hizmet Kalitesi

Kalitenin tarihi gelişimi, önceleri ürün odaklı iken, 18. yüzyılın sonlarına doğru hizmet kalitesi kavramı ortaya çıkmış ve günümüzde işletmeler için stratejik bir değer olarak yerini almıştır. Hizmet kalitesi, rekabet gücünün önemli bir belirleyicisidir ve işletmenin diğerlerinden farklılaşmasını sağlayarak, kalıcı bir rekabet avantajı elde etmesini sağlamaktadır. Hizmet kalitesi, hem mevcut hem de potansiyel müşterilerin tekrar satın alma niyetlerini etkilemektedir. Müşteriler, aldıkları hizmet kalitesinden memnun

olmadıklarında, daha yüksek hizmet kalitesi olarak algıladıkları rakiplerinden hizmet alacaklardır. Pazar araştırmaları, bir hizmetten memnun olmayan müşterilerin deneyimlerini üçten fazla kişiyle paylaşacaklarını göstermiştir ki, bu da kötü hizmetin, potansiyel müşteri tabanının azalmasıyla sonuçlanacağını işaret etmektedir (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994).

Hizmet kalitesinin çok boyutlu bir kavram olması, konu hakkında farklı tanımlar geliştirilmesine neden olmuştur. Parasuraman ve arkadaşları (1985) hizmet kalitesini, beklentilerin performansla karşılaştırılmasından kaynaklanan, tatmin edici olan, ancak buna eşdeğer olmayan bir tutum biçimi olarak tanımlamıştır (Parasuraman vd., 1985). Zeitham ve arkadaşları (1990), müşteri beklentisi ve algısı gibi iki önemli kavramı, net bir şekilde ele aldıkları için, genel olarak kabul görmüş bir hizmet kalitesi tanımlaması yapmışlardır. Yazarlara göre; hizmet kalitesi müşterilerin istek ve beklentileri ile algılamalarının karşılaştırılmasıdır. Burada müşteri, kendisine göre pek çok faktörü yorumlayarak kendisine sunulan hizmeti değerlendirmektedir. Bu karşılaştırma sonucu, beklenen kalite ile algılanan kalite arasındaki fark pozitifse; müşterilerin hizmet kalitesinden memnun olduğu, fark negatifse; müşterilerin hizmet kalitesini olumsuz olarak değerlendirildiği şeklinde yorumlanmaktadır (Zeithaml, Parasuraman, Berry ve Berry, 1990). Lewis (1993) hizmet kalitesini, sunulan hizmetin müşteri istek ve beklentileriyle ne derece eşleştiğinin bir ölçüsü; Teas (1994); performans ve ideal standart arasındaki kıyaslama olarak; Ghobadian (1994) ise müşterinin hizmetin kalitesi için ne hissettiği olarak tanımlamıştır (Ghobadian vd., 1994; Lewis, 1993; Teas, 1994).

Uyguç'a (1998) göre; hizmetlerin soyut olma özelliği olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir. Bu yüzden de, hizmet kalitesi yerine algılanan hizmet kalitesi terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998). Parasuraman ve arkadaşlarına (1985) göre de; algı, müşterilerin aldıkları hizmetleri kişisel olarak değerlendirmeleri olup, aynı zamanda algılanan hizmet kalitesini temsil etmektedir. (Parasuraman vd., 1985). Hizmet kalitesi kavramını incelerken teknik kalite, fonksiyonel kalite, beklenen kalite ve algılanan kalite kavramları önem kazanmaktadır. Aşağıda bu kavramlar açıklanmaktadır.

- **Teknik ve Fonksiyonel Kalite:** Grönross (1990), teknik kalite ve fonksiyonel kalite olmak üzere, hizmet kalitesinin iki türü olduğunu öne sürmüştür. Teknik kalite, hizmetten veya hizmetin çıktısından ne elde edildiğidir. Fonksiyonel kalite ise, hizmet süreci veya hizmetin sunum biçimi ile ilgilidir. Teknik kalite de

müşterinin hizmet işletmesinden ne elde ettiği, fonksiyonel kalite ise, hizmetin nasıl sunulduğu üzerine odaklanmaktadır. Sonuç olarak, teknik kalitede sonucun kalitesi, fonksiyonel kalitede ise, sürecin kalitesi değerlendirilmektedir. Grönross, teknik kalitenin yüksek hizmet kalitesi için gerekli, fakat yeterli bir koşul olmadığını, fonksiyonel kalitenin ise, en azından yeterli bir standart olduğu için teknik kaliteden daha önemli olduğunu belirtmiştir (Gronroos, 1990).

- **Beklenen ve Algılanan Kalite:** Müşteriler, ürün veya hizmeti satın almadan önce, kendilerine göre beklentiler geliştirmektedirler. Bu beklentiler de, aldıkları hizmeti veya hizmet sunumunu değerlendirmelerinde, bir referans noktası niteliğindedir. Müşteriler sahip oldukları beklentilerle yani referans noktaları ile aldıkları hizmetin kalitesini belirlemektedirler. Müşteriler, mevcut hizmetin kendisi veya sürecinden beklentilerini, bazı faktörler ışığında belirlerler. Bunlar; kişisel ihtiyaçlar, dışsal iletişim, işletmenin imajı, geçmiş deneyimler ve ağızdan ağıza iletişimdir. Müşterilerin beklentilerini oluşturmada en temel faktör olan kişisel ihtiyaçlar; yeme-içme gibi fiziksel ihtiyaçlar, iş güvenliği, korunma gibi fonksiyonel ihtiyaçlar, toplumda kabul görmek gibi sosyal ihtiyaçlar, prestij sağlama ya da başarı hedeflerini gerçekleştirme gibi psikolojik ihtiyaçlar olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır. Dışsal iletişim; müşteri ile hizmet işletmesinin iletişimini ifade etmekte, reklam, satış, halkla ilişkiler faaliyetleri ile sürdürülmektedir. İşletmenin imajı ise dışsal iletişimden farklı olarak, işletmenin dolaylı olarak yürüttüğü ve performansının bir ürünü olarak ortaya çıkan bir kavramdır. Geçmiş tecrübeler, bir müşterinin daha hizmeti almadan, hizmet ve işletme hakkında bir yargıya sahip olmasına neden olan bir faktördür. Ağızdan ağıza iletişim ise, işletmeden daha önce hizmet alan müşterilerin, hizmet kalitesi ile ilgili değerlendirmelerini başka müşterilerle paylaşmalarıdır (Değermen, 2006, s.18-23; Zeithaml vd., 1990).

Algılanan kalite; müşterinin aldığı hizmet sonunda veya sürecinde, aldığı hizmet performansı ile beklentilerini karşılaştırıp, işletmenin hizmet kalitesi hakkında bir sonuca varmasıdır. Algılanan kalite, objektif veya gerçek kaliteden farklı bir kavram olup, genellikle müşterilerin ürün veya ikamesi olabilecek ürünler arasında, karşılaştırmalı değerlendirmeleri sonucunda ulaştığı bir yargıdır. Müşteriler kararlarını gerçekten çok algılarına göre vermektedirler. Bu yüzden de, algılanan hizmet kalitesi objektif olmaktan ziyade, duygusal boyutta temsil edilmektedir (Zeithaml vd., 1990). Bu karşılaştırmayı

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1991) tarafından geliştirilen formülle ifade edecek olursak; Hizmet kalitesi = Algılanan hizmet – beklenen hizmet’tir. Eğer algılanan hizmet beklenenden yüksek çıkarsa, müşterinin hizmeti “kaliteli” olarak değerlendirdiği, fark negatif çıkarsa, hizmet kalitesinin müşteri tarafından olumsuz veya düşük olarak değerlendirildiği sonucuna varılmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesi kavramını değerlendirirken görüldüğü üzere, algılanan kalite ve beklenen kalite kavramları birbirinden ayrı düşünülemeyecek kavramlardır (Parasuraman vd. 1991; Zeithaml vd., 1990).

2.4.3. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesi, müşterinin aldığı hizmeti ve hizmet sürecini, kendi beklentileri doğrultusunda değerlendirerek oluşturduğu bir kavramdır. 1970’lerden itibaren literatürde, hizmet kalitesinin boyutlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmış fakat, hizmetin kendine ait özelliklerinden ve sektörlere göre farklılık göstermesinden dolayı, hizmet kalitesinin boyutlarının neler olduğu konusunda tam bir fikir birliğine varılamamıştır.

Sasser ve arkadaşları (1978), hizmet kalitesi boyutlarını; çalışanların hizmet kalitesine olan katkısını ifade eden personel düzeyi, işletmenin hizmetin sunumunu gerçekleştirdiği tesisi ifade eden tesis düzeyi ve son olarak hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde kullanılan makine, hammadde ve cihazları ifade eden malzeme düzeyi olmak üzere üç boyuta ayırmıştır.

Grönross (1984), hizmet kalitesinin boyutlarını; hizmetin sonucu ve çıktılarını ifade eden teknik kalite ve hizmet süreci, hizmetin nasıl sunulduğunu ifade eden fonksiyonel kalite olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kabul edilebilir bir teknik kalite, başarılı bir fonksiyonel kalite için bir ön koşul olarak düşünülebilir. Öte yandan, eğer fonksiyonel kalite yeterince iyi olursa, teknik kalitedeki geçici problemler mazur görülebilir. Müşterilerle birebir etkileşimde olan işletme çalışanları, fonksiyonel kalite için hayati öneme sahiptir. Müşteri memnuniyetini sağlamak için, kabul edilebilir bir fonksiyonel kalitenin yaratılması gerekmektedir. Grönross, işletmenin imajını da, hizmet kalitesi boyutu olarak ele almıştır. İşletmenin imajı; teknik ve fonksiyonel kalite, fiyat, dış iletişim, fiziksel konum, binanın görünüşü, çalışanlarının yeterliliği ve davranışına bağlı olarak gelişmektedir (Grönroos, 1984).

Parasuraman ve arkadaşları, 1985 yılında geliştirmiş oldukları SERVQUAL ölçeğinde, hizmet kalitesi boyutlarını; fiziksel unsurlar, güvenilirlik, cevap verebilirlik,

yeterlilik, nezaket, inanılrlık, güvenilirlik, ulaşabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama şeklinde belirlemiştir. Yazarlar daha sonraki araştırmalarında, bu on boyut arasında yaptıkları istatistiksel analizde, boyutlar arası yüksek düzeyde korelasyon saptamış ve beş boyuta indirgemişlerdir. Bu beş boyut; fiziksel unsurlar, güvenilirlik, güvence, empati ve cevap verebilirliktir (heveslilik). İlk çalışmalarındaki ulaşabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutları ikinci çalışmada empati boyutu; yeterlilik, nezaket, inanılrlık, güvenlik ise güven boyutu altında toplanmıştır. Tablo 2.4.'de Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğinde yer alan ve literatürde en çok kabul gören hizmet kalitesi boyutlarına yer verilmiştir. Bu boyutlar; güvenilirlik, fiziksel unsurlar, cevap verebilirliği güvence ve empatidir. Güvenilirlik işletmenin müşteriye söz verdiği hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde sunma yeteneğidir. Güvenilirlik boyutu şikayet yönetimi süreci ile ilişkilendirilerek örnek verilecek olunursa; müşteriye söz verildiği şekilde sorununun çözülmemesidir. Fiziksel unsurlar; işletmenin hizmet sunumunda ki fiziksel unsurlar, ekipman, personelin ve iletişim araçlarının görünümü, işletmenin dış görünümü gibi faktörleri ifade etmektedir. Müşterilerin işletmenin fiziksel unsurlara yönelik algılarına yönelik örnek verilecek olunursa; bekleme salonlarının soğuk, ıssız ve itici olmasını rahatsız bulduklarını ifade etmeleri olabilir. Cevap verebilirlik yada heveslilik olarak belirlenen boyut; işletmenin müşterilere hızlı bir şekilde hizmet sunma ve yardım edebilme becerisi ile ilgilidir. Bu boyuta müşterilerin sorun yaşadıklarında ilgili çalışana ulaşmaları örnek verilebilir. Güvence boyutu çalışanların müşterilere bilgi, nezaket ve güven aktarma yetenekleridir. Bu boyuta; çalışanların müşterilere işletme ile ilgili süreçlere hakim olduklarını göstermeleri örnek verilebilir. Empati boyutu işletmenin müşterilere bireyselleştirilmiş ilgi göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Bu boyuta; işletmenin müşterilerinin bireysel istek ve ihtiyaçlarına göz önünde bulundurarak hizmet sunması örnek verilebilir (Parasuraman vd., 1991).

Tablo: 2.4. Hizmet Kalitesinin Beş Boyutu

Hizmet Kalitesi Boyutu	Tanımı	Müşteri yorumları
Güvenilirlik (Reliability)	Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde sunma yeteneği	Tekrarlanan telefon görüşmeleri sonucu, sorunumun çözülmemesinden rahatsız oldum.
Fiziksel Unsurlar (Tangibles)	Fiziksel unsurların, ekipmanın, personelin ve iletişim araçlarının görünümü	Bekleme salonlarının soğuk, ıssız ve itici olmasını rahatsız buldum.

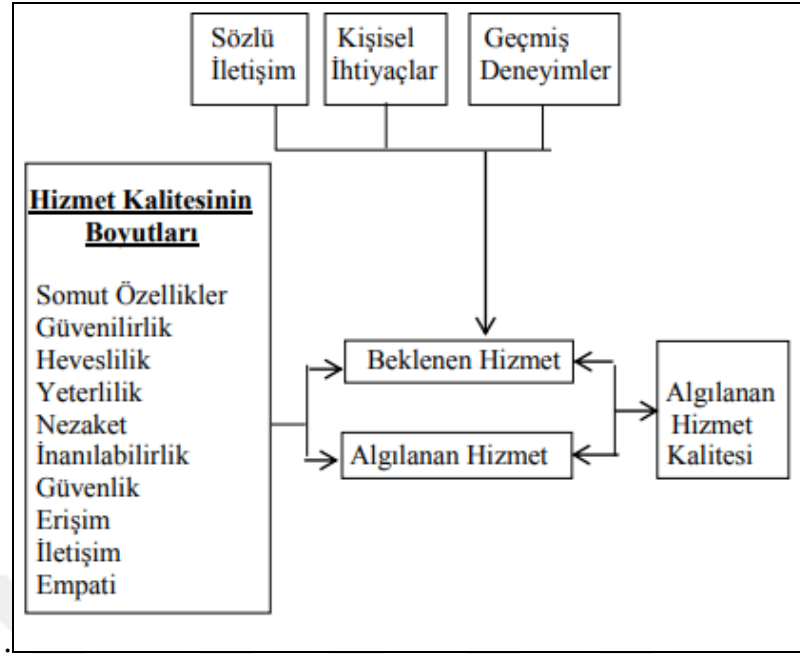
Cevap verebilirlik/ Heveslilik (Responsiveness)	Şikayetler ve hizmetin hızlı sunumu ile başa çıkabilme yeteneği	Bir problem olduğunda sorumlu kişiye ulaşmada zorluk yaşadım.
Güvence (Assurance)	Çalışanların müşterilere bilgi, nezaket ve güven aktarma yetenekleri	Çalışanlar müşterinin problemiyle ilgili ilgisiz sorular sormakta ve konuya vakıf değiller.
Empati (Empathy)	Müşteriye sağlanan bireyselleştirilmiş ilgi	İşletme özel istek ve ihtiyaçlarıma cevap vermiyor.

Kaynak: Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. (1991).

Understanding customer expectations of service. Sloan management review, 32(3), 39-48.

Lehtinen ve Lehtinen (1991), hizmet kalitesi boyutlarını; fiziksel kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesi olmak üzere üç boyutta incelemiştir. Bunlardan ilki olan fiziksel kalite, hizmet sunumunun gerçekleştirildiği bina, malzeme ve ekipman durumunu kapsamaktadır. Etkileşim kalitesi, hizmetin sunumunda müşterilerin kendi aralarında ve işletme ile gerçekleştirdikleri etkileşimleri konu almaktadır. Üçüncü boyut olan işletme kalitesi ise, işletmenin profili ve imajı ile ilişkilidir (Lehtinen ve Lehtinen, 1991). Ghobadian ve arkadaşları (1994), hizmet kalitesini, işletmenin bina, malzeme ve cihaz vb. konuları konu alan fiziki kalite, işletmenin imajını konu alan birleşik kalite ve müşterilerin çalışanlarla ve birbirleri ile etkileşimini konu alan etkileşim kalitesi olmak üzere üç boyutta ele almıştır (Ghobadian vd., 1994).

Hizmet kalitesini oluşturan boyutların beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile ilişkisi Şekil 2.5.'te verilmiştir. Şekil 2.5.'te görüldüğü üzere; kişilerin geçmiş deneyimleri, ihtiyaçları ve sözlü iletişimleriyle hizmetten beklentileri oluşmaktadır. Müşterilerin hizmetten beklentileri ve algıları hizmet kalitesinden etkilenmekte olup, yaptıkları karşılaştırmalı değerlendirmeler sonucu algılanan hizmet kalitesi oluşmaktadır. Müşteri beklentilerinin oluşmasında (hizmet sunumundan önce) on belirleyicinin göreceli öneminin, verilen hizmetin müşteri algılarına göre göreceli önemlerinden farklılık göstermesi olasıdır.



Şekil 2.5. Hizmet Kalitesini Oluşturan Boyutların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi ile İlişkisi

Kaynak: Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. The journal of marketing, 41-50.

2.4.4. Hizmet Kalitesi Modelleri

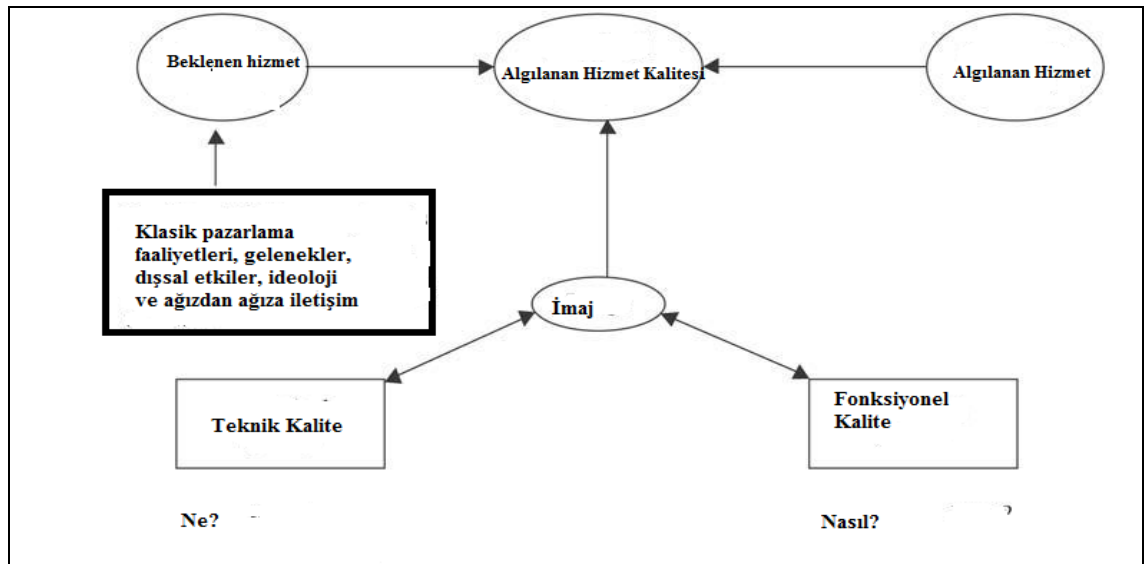
Hizmet kalitesi; işletme üzerindeki performans, düşük maliyet, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ve karlılık gibi etkilerinden dolayı uygulayıcılar, yöneticiler ve araştırmacılar tarafından önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir (Cronin Jr ve Taylor, 1992; Sureshchandar, Rajendran ve Anantharaman, 2002). Literatürde hizmet kalitesinin tanımı, modellemesi, ölçümü, veri toplama prosedürleri, veri analizleri, hizmet kalitesi sorunları konularında pek çok araştırma yürütülmüştür. Bu bölümde, literatürde ön plana çıkan hizmet kalitesi modellerine, kronolojik sıraya göre yer verilmektedir.

2.4.4.1. Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984)

Grönroos'a göre; müşteri memnuniyetini sağlamak amacıyla işletmeler, beklenen kalite ve algılanan kaliteyi karşılaştırarak, algılanan hizmet kalitesini yönetebilirler. Modelin temelinde, müşterilerin beklenen kalite ile algılanan kalite karşılaştırmaları vardır. Yazar, hizmet kalitesinin üç bileşenini tanımlamıştır. Bunlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imajdır (Sureshchandar vd., 2002).

- Teknik kalite, müşterinin işletme ile olan etkileşimi sonucunda, gerçekte ne aldığının kalitesi olup, hizmet çıktısının kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Teknik kalite, müşteriye ne sunuldu sorusuna yanıt vermektedir.
- Fonksiyonel kalite, hizmetin müşteriye nasıl sunulduğudur. Diğer bir ifade ile fonksiyonel kalite, müşterinin hizmet nasıl sunuldu sorusuna verdiği cevaptır.
- İmaj, hizmet işletmeleri için çok önemli olan bu kavram, temelde teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesinden oluşmaktadır.

Modelde; sunulan hizmetle ilgili müşterinin kalite beklentisi ile algılanan kalite karşılaştırıldığında, eğer algılanan kalite beklenen kalitenin üzerinde ise, algılanan hizmet kalitesi yüksektir sonucuna varılmaktadır. Aynı zamanda, algılanan kalite beklenen kaliteden yüksekse, müşteri memnuniyeti sağlanmıştır. Modelde beklenen hizmet kalitesi; geleneksel pazarlama faaliyetleri (reklam, halkla ilişkiler, fiyatlandırma, satış vb.), ideoloji, dışsal etkiler ve ağızdan ağıza iletişimden etkilenmektedir (Grönroos, 1984). Şekil 2.6.'da Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli yer almaktadır. Şekilde görüldüğü üzere algılanan hizmet kalitesinin üç boyutu olan beklenen hizmet, algılanan hizmet ve işletme imajıdır. İşletme imajı ise teknik kalite ve fonksiyonel kaliteden oluşmaktadır.



Şekil. 2.6 Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 18(4), 36-44.

2.4.4.2. Hizmet Kalitesi Modeli, Boşluk Modeli (GAP Modeli, SERVQUAL Modeli) (Parasuraman ve arkadaşları 1985)

Parasuraman ve arkadaşları (1985), hizmet kalitesini; kalite boyutları, beraberinde beklenti ve performans arasındaki farklılıkların bir fonksiyonu olduğunu öne sürmüştür. Parasuraman ve arkadaşları, geliştirdikleri modeli ilk olarak “Hizmet Kalitesi Modeli” olarak, daha sonraki çalışmalarında ise “Boşluk Modeli” olarak isimlendirmişlerdir.

Hizmet kalitesi modelinde; hizmet kalitesi yerine algılanan hizmet kalitesi terimi kullanılmış olup; algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile hizmet deneyimlerini gerçekleştirdikten sonraki, yani algılanan hizmet ile ilgili yapmış oldukları kıyaslamaların bir sonucudur.

Yazarlar, boşluk analizine dayanan bir hizmet kalitesi modeli geliştirmişlerdir. Modelde, hizmeti sunan işletmelerin anlayış ve faaliyetleri ile, hizmeti alan müşterilerin beklentileri, hizmeti aldıktan sonra ortaya çıkan gerçek hizmet arasındaki farklar ile farkların kaynakları söz konusudur. Modelde, farklı hizmet sektöründe sunulan hizmetlerde, müşteri memnuniyetine ulaşılmasını engelleyen farkların oluşmaması veya oluşmaların da kapatılması için, uygulanabilecek genel çözümler bulunmaktadır (Kayral, 2015, s.47-48). Modelde görüntülenen çeşitli boşluklar vardır. Bunlar;

Boşluk 1: Müşterilerin beklentisi ve yönetimin, bu beklentilere ilişkin algıları arasındaki farklar, yani yönetimin müşterilerin beklediklerini bilmemesinden kaynaklı farklardır.

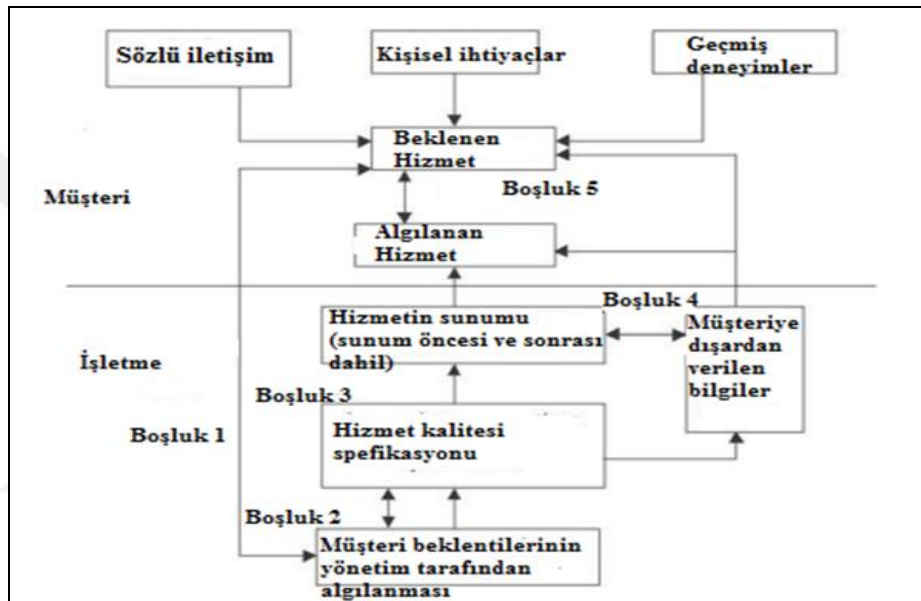
Boşluk 2: Hizmet dizaynı, hizmet kalitesi standardı ve özellikleri ile ilgili yönetimin algılamaları ile müşteri beklentileri arasındaki farktır. Bu boşluk, yönetimin müşteri beklentileri, hizmet dizaynı ve hizmet kalite standartlarını doğru aktaramaması sonucu oluşmaktadır.

Boşluk 3: Hizmet dizaynı, hizmet kalitesi ve hizmet standardı ile hizmet sunumu yani gerçekleşen performans arasındaki farktır. Müşteri beklentileri doğrultusunda hazırlanan kalite spefikasyonları ile sunulan hizmet arasındaki farktır.

Boşluk 4: Müşterilere sunulan hizmet ile dış çevreden aktarılan mesajlar arasındaki farktır ve müşterilere verilen sözlerin tutulmaması sonucu ortaya çıkmaktadır.

Boşluk 5: Müşterilerin beklentisi ile algılanan hizmet arasındaki farktır. Bu boşluk, hizmetin sunumu ile ilişkili ilk dört boşluğa bağlıdır ve hizmetin kalitesini göstermektedir.

Modeldeki ilk dört boşluk, işletme ve hizmeti sunanlar tarafından yaratılırken, bu boşluk müşteri tarafından yaratılmaktadır. Bu beşinci boşluk, ilk dört boşluğun fonksiyonudur ve beşinci fonksiyonun kapatılması, diğer dört boşluğun kapatılması ile yakından ilişkilidir. Fark analizi modeli Şekil 2.7.'de gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere beklenen hizmet, hizmet sunumundan önce kişinin geçmiş deneyimleri, kişisel ihtiyaçları ve sözlü iletişimlerinden etkilenmekte ve gelişmektedir. Algılanan hizmet kalitesi ise; hizmet sunumu, hizmet kalitesi spesifikasyonları ve müşteri beklentilerinin yönetim tarafından doğru algılanmasına bağlı olarak gelişmektedir.



Şekil 2.7. Fark Analizi Modeli

Kaynak: Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. Journal of retailing, 64(1), 12.

Sonuç olarak bu modele göre; hizmet kalitesi, beklenti ve algının bir fonksiyonudur. Bu fonksiyonun modellemesi ise aşağıdaki gibidir.

$$SQ = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$$

SQ= toplam hizmet kalitesi k= özelliklerin sayısı

P_{ij}= j niteliğin i uyarana ilişkin performans algısı

E_{ij}= j niteliğin i uyarana ilişkin hizmet kalitesi beklentisi

Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985 yılında ortaya koydukları hizmet kalitesinin teorik modelinin keşifsel çalışmalarının üzerine, 1988 yılında müşterilerin hizmet kalitesi

algılarını ölçmek için, SERVQUAL adlı ölçeği geliştirmişlerdir. Çalışmalarında hem önceki teorilerini test edip, hem de teorilerini operasyonel hale getirmişlerdir. Burada, hizmet kalitesinin ilk on boyutunu, beş boyuta indirgenmiştir. Fiziksel olanaklar, güvenilirlik, güvence, empati ve cevap verebilirlikten oluşan beş boyutlu ölçek, Likert tipinde olup 22 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra SERVQUAL, “olmalı” kelimesi “olabilir” ile değiştirilerek, 1991 yılında tekrar revize edilmiş ve 1994'te toplam madde sayısı 21'e indirilerek beş boyutlu yapı aynı kalmıştır. SERVQUAL modeli, literatürde fark analizi, boşluk veya açıklık modeli olarak da bilinmektedir.

Hizmet kalitesinin formülasyonu; “Hizmet Kalitesi=Algılanan Hizmet-Beklenen Hizmet” şeklindedir. Bu formül, aynı zamanda her bir faktör ile ilgili olarak önem derecesi saptanarak ve bu fark önem derecesi ile çarpılarak, yani ağırlandırarak da elde edilmiştir. Ağırlıklı hizmet kalitesi formülasyonu; “Ağırlıklı Hizmet kalitesi=Önem derecesi * (Algılanan hizmet–beklenen hizmet)” şeklindedir (Tarım, 2002).

Bu ampirik araştırmaya ek olarak, yazarlar 1985 yılındaki araştırmalarında, belirlenen dört boşluğu karakterize etmiş ve daha da betimlemiştir. Bu genişletilmiş modele göre, hizmet kalitesinin beş boyutu, çalışanları yönetmek için organizasyonlarda uygulanan iletişim ve kontrol sürecini de içermektedir. Bu süreçler; pazar araştırmaları, yukarıya doğru iletişim, yönetim seviyesi, yönetimin hizmet kalitesine olan bağlılığı, hedef belirleme, görev standardizasyonu, yapabilirlik, uygulanabilirlik algısı, takım çalışması, çalışanların iş uyumu, teknolojinin işe uygunluğu, algılanan kontrol, yönetsel kontrol sistemi, rol çatışması, rol belirsizliği, yatay iletişim, aşırı teminatta bulunma ve söz verme eğilimidir (Parasuraman vd. 1988; Seth, Deshmukh ve Vrat, 2005).

SERVQUAL modeli, müşterilerin beklediği hizmetin, işletme tarafından algılanarak sunulması ve sunulan hizmetin de, müşteri tarafından algılanan hizmet ile karşılaştırılması esasına dayanmaktadır. SERVQUAL modeli, anket temelli olup hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılmaktadır. Anket, beş temel faktör ve iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümdeki 22 soru müşterilerin hizmet beklentilerini ölçmek için, ikinci bölümdeki 22 soru ise, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılarını ölçmek için tasarlanmıştır. Hizmet kalitesi de, “algılanan hizmet–beklenen hizmet” formülü ile sayısal olarak ölçülmektedir. Fiziksel varlıklar, güvenilirlik, empati, cevap verebilirlik ve güvence olmak üzere beş hizmet kalitesi boyutu modelin iskeletini oluşturmaktadır. Genel olarak model, tüm hizmet işletmelerine uyarlanabilmektedir. SERVQUAL yöntemi, hizmet

kalitesinin ölçümünde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden birisidir (Kayral, 2015, s.45; Tarım, 2002).

SERVQUAL'in hizmet kalitesi literatüründe en tanınan modellerden biri olması ve literatüre önemli katkılar sunmasıyla birlikte, modelin zayıf yönlerine ilişkin çeşitli değerlendirmeler ve eleştiriler yapılmıştır. 1988'den bu yana araştırmacılar, SERVQUAL'i kullanarak çalışmalar yürütmüş veya metodolojisi yönünden incelemeler yapmışlardır (Buttle, 1996). Bu değerlendirmeler ya da eleştiriler;

- Paradigmatik eleştiriler: Bu alanda iki büyük eleştiri gündeme gelmiştir. Birincisi, SERVQUAL'in bir tutum modelinden ziyade, beklentilerin onaylanmaması modeline dayanmasıdır. İkincisi ise, ekonomi, istatistik ve psikoloji alanında güncel bilgi birikimine dayanmamasıdır. SERVQUAL, müşteri memnuniyeti literatüründe yaygın olarak kabul edilen beklentinin onaylanmaması kuramına dayanmaktadır. Burada müşteri memnuniyeti; beklentiler ve sonuçlar (çıktılar) arasındaki ilişki açısından işlevsel hale getirilmiştir. Eğer sonuçlar beklentileri karşılırsa, müşteri memnuniyeti öngörülebilir. Eğer sonuçlar beklentileri aşarsa, müşteri memnuniyeti elde edilmiş olur. Eğer beklentiler sonuçları aşarsa, müşteri memnuniyetsizliği oluşur. Cronin ve Taylor'a göre (1992); SERVQUAL yanlış tasarlanmış bu onaylanma modelini benimsediği için paradigmatik olarak kusurludur. Yazarlara göre algılanan kalite, bir tutum olarak kavramsallaştırılmalıdır. Parasuraman ve arkadaşları, ilk yaptıkları çalışmalarında algılanan kaliteyi “birçok yönden tutuma benzer bir kavram” olarak tanımladığı için, kavramsal olarak tutarsızlık olduğu yönünde eleştirilmektedirler (Buttle, 1996; Cronin Jr ve Taylor, 1992).
- Boyutlar hakkında yapılan eleştiriler: SERVQUAL ölçeği boyutları özellikle de sayı ve içerikleri yönünden bir takım eleştiriler almıştır. SERVQUAL ölçeği, beş boyuttan/faktörden oluşmaktadır. Parasuraman ve arkadaşlarına (1988) göre; SERVQUAL, beş hizmet kalitesi boyutunun her biri için, açıklamaları kapsayan beklenti/algı biçimi ile temel bir iskelet sağlamaktadır. Bu iskelet, gerektiğinde, belirli bir organizasyonun özelliklerine veya spesifik araştırma ihtiyaçlarına uyacak şekilde uyarlanabilir veya tamamlanabilir. Literatürde, algılanan hizmet kalitesinin birkaç alternatif kavramsallaştırması vardır. Bunlar; Lehtinen ve Lehtinen'in (1982) üç boyutlu (fiziksel, etkileşim ve kurumsal kalite), Grönroos'un (1984) üç boyutlu (teknik, fonksiyonel ve imaj kalitesi), Hedvall Leblanc ve Nguyen'in (1988) beş

boyutlu (kurumsal imaj, iç organizasyon, hizmet üreten sistemin fiziksel desteği, personel/müşteri etkileşimi ve müşteri memnuniyeti seviyesi) ve Paltchik'in (1989) iki boyutlu (hizmete karşı isteklilik ve yetenek ile fiziksel ve psikolojik erişim) yaklaşımlarıdır.

SERVQUAL ölçeğini, farklı hizmet sektörlerine uyarlayıp çalışmalar yapıldığında, faktör sayılarının değiştiği saptanmıştır. Carman (1990), hastane sektöründe yaptığı araştırmasında, algılanan hizmet kalitesini dokuz faktör, Saleh ve Ryan'ın (1992) otelcilik sektöründe yaptığı çalışmasında beş faktör, Gagliano ve Hathcote'nin (1994) perakende giyim sektöründe yaptığı çalışmasında dört faktör, Bouman ve Van der Wiele (1992) araba servisi sektöründe yaptığı çalışmasında üç faktör, Babakus ve arkadaşları (1993) kamu sektöründe yaptıkları çalışmalarda tek faktör altında incelemişlerdir. Sonuç olarak yapılan çalışmalar, SERVQUAL ölçeğinin farklı sektörlerde hizmet kalitesinin ölçümünde kullanıldığında, faktör sayısının sektörden sektöre değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

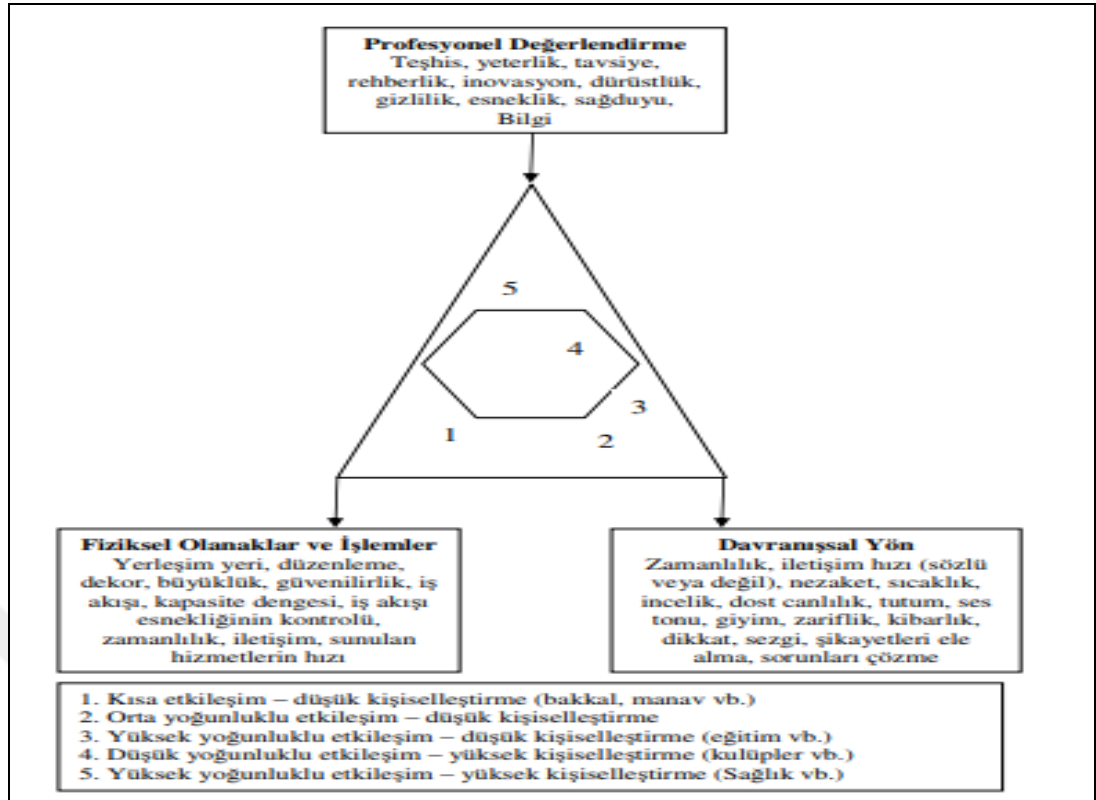
- Negatif ifadeler: SERVQUAL modeline yönelik olarak yapılan eleştirilerden biri de, anket sorularının negatif olmasıyla ilgilidir. SERVQUAL ölçeğinde 1988 yılında kullanılan 22 sorunun 13 tanesi pozitif, 9 tanesi ise negatif olarak ifade edilmiştir. Negatif ifadelerin hepsi; empati ve cevap verebilirlik ile ilgiliydi. Parasuraman ve arkadaşlarının soruları negatif olarak ifade etmelerindeki amaç, “evet” veya “hayır” dan oluşan sistematik cevap verme eğilimini azaltmaktır. Bu, iyi bir normatif araştırma uygulaması olarak kabul edilse de, katılımcıların daha fazla anlama hatası yapma ve ifadeleri okumak için, daha fazla zaman ayırmalarına neden olmuştur. Anket sorularının negatif olması; cevaplayıcıların zamanını alması, hata yapmaları ve akıllarının karışması gibi sorunlara neden olurken, aynı zamanda da uygulayıcılar açısından da değerlendirmede sorun yaratmaktadır (Babakus ve Mangold, 1992; Carman, 1990; Smith, 1995).
- Ölçek puanları: Yedi maddeli Likert ölçeklerinin kullanımı, çeşitli nedenlerle eleştirilmiştir. Lewis (1993), ölçeği ikiden altıya kadar olan sözel etiketleme eksikliğinden dolayı eleştirmiştir ve bu durumun, katılımcıların ölçeğin aşırı uçlarını aşırı tüketmesine neden olabileceğine ve bunun da her bir noktanın etiketlenmesiyle önlenebileceğini belirtmiştir. Babakus ve Mangold (1992), yanıt verenlerin “hayal kırıklığı” düzeyini azaltacağı, yanıt oranını ve cevap kalitesini

arttıracakları gerekçesiyle, beş maddelik Likert ölçeğini kullanmayı tercih etmiştir (Babakus ve Mangold, 1992; Smith, 1995).

- İkili uygulama: SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğinde, katılımcıların beklenti ve algıları, ayrı ayrı ölçülmektedir. İlk olarak, hizmeti almadan önceki beklentiler 22 soru ile, hizmeti aldıktan sonraki hizmet kalitesine ilişkin algıları da, aynı 22 soru ile ölçülmektedir. Bouman ve Van der Wiele'a (1992) göre; bu durum yanıtlayıcıların sıkılmasına neden olmakla birlikte, veri kalitesinde de karışıklığa neden olma riskini ortaya çıkarmaktadır (Bouman ve Van der Wiele, 1992; Buttle, 1996).

2.4.4.3. Nitelikli Hizmet Kalitesi Modeli (Haywood-Farmer, 1988)

Nitelikli hizmet kalitesi modeline göre, müşteri tercihlerini ve beklentilerini sürekli olarak karşılayan bir hizmet kuruluşu “yüksek kaliteye” sahiptir. Modele göre, hizmetlerin üç temel niteliği vardır. Bunlar; fiziksel olanaklar ve süreçler, insanların davranışları ve profesyonel kararlardır. Modele göre, her bir nitelik çeşitli faktörlerden oluşmaktadır. Şekil 3.8’de görüldüğü üzere, her bir nitelik üçgenin tepe noktasını oluşturmaktadır. Yazarlar, farklı hizmetleri hizmetin uyarlanma düzeyi, iş gücü yoğunluğu, temas ve etkileşim düzeyleri gibi kriterlere göre haritalamaya çalışmışlardır. Örneğin, müşterinin iletişim özelleştirmesi yani hizmetin kişiye özel sunulma derecesi ve işgücü yoğunluğu (malların taşınması vb.) bakımından düşük olan hizmetler, fiziksel tesis ve modelin süreç özelliklerine daha yakındır. Bu nedenle model, ekipmanın güvenilir olmasını ve müşteri açısından kullanım kolaylığını sağlamaya daha fazla önem verilmesi gerektiği yönünde öneriler sunmaktadır. Model Şekil 2.8.’de tasarlandığı gibidir (Haywood-Farmer, 1988).



Şekil 2.8. Nitelikli Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Seth, N., Deshmukh, S., Vrat, P. (2005). Service quality models: a review. International Journal of Quality & Reliability Management, 22(9), 913-949.

2.4.4.4. Sentezlenmiş hizmet kalitesi modeli (Brogowicz, Delene ve Lyth 1990)

Bu modele göre; işletmeler, gerçek müşterilerin algılarının yanı sıra, potansiyel müşterilerin algılarını da göz önünde bulundurmalıdırlar. Çünkü, henüz hizmeti deneyimlememiş bir müşterinin de iletişim, reklam, medya ve ağızdan ağıza iletişim gibi araçlarla edindiği bilgiler nedeniyle, hizmet kalitesi aralığı oluşabilmektedir. Bu model, geleneksel yönetsel yapısı ile hizmet tasarımı, operasyonları ve pazarlama etkinliklerini entegre etmeye çalışmaktadır. Bu modelin amacı; planlama, uygulama ve kontrol gibi geleneksel yönetim sistemlerinde hizmet kalitesi ile ilgili boyutları belirlemektir. Modelde; işletme imajı, dış etkiler ve pazarlama aktiviteleri teknik ve fonksiyonel kalite beklentilerini etkileyen üç faktördür (Kayral, 2015; Seth vd., 2005).

2.4.4.5. Lehtinen ve Lehtinen'in Hizmet Kalitesi Modeli (1991)

Yazarlar, hizmet kalitesinin analizine ve boyutlarına yönelik iki yaklaşım belirlemişlerdir. Bunlardan ilki, hizmet kalitesi boyutlarını; fiziksel kalite, etkileşimsel kalite ve işletme kalitesi ya da kurumsal kalite olarak belirlemektir. İkinci yaklaşımda ise

yazarlar hizmet kalitesi boyutlarını; süreç kalitesi ve çıktı kalitesi olarak değerlendirmektedirler (Lehtinen ve Lehtinen, 1991).

Yazarların ilk yaklaşımdaki üç boyutlu hizmet kalitesinin fiziksel kalite boyutu; hizmetin fiziksel elemanlarından kaynaklanmaktadır. Bunlar; fiziksel ürün ve fiziksel destek olup, hem malzeme hem de tesisin iş ortamının kalitesini kapsamaktadır. Fiziksel ürün; mal veya hizmet üretim süreçlerinde tüketilen malları kapsarken; fiziksel destek, çevre ve malzemelerden oluşmakta olup, hizmet üretimine olanak sağlayan ya da kolaylaştıran bir çatıdır. Bu modeldeki fiziksel kalite, Gronroos'un teknik kalitesinin yanı sıra, fonksiyonel kalitenin bir parçası ile ilgilidir. Etkileşim kalitesi; müşteri ile hizmet işletmesinin etkileşiminden oluşmaktadır. Hizmet kalitesinin bu boyutu, müşteri ile çalışanlar veya müşteri ile diğer müşteriler arasındaki etkileşimden kaynaklanabilir. Hizmet kalitesinin üçüncü boyutu olan işletme kalitesinde ise, hizmet işletmesinin tarihi boyunca gelişen kalite boyutudur. Sembolik olan bu boyut, mevcut ve potansiyel müşterilerin işletme varlığını, imajını ve profilini nasıl gördüğü ile ilgilidir. Örneğin, yeni açılan bir işletmenin yenilikten dolayı, hiçbir işletme kalitesi yoktur. Franchisingin popüler olmasının bir nedeni de budur. Ayrıca işletme kalitesi, hizmet sunum sürecine katılmadan önce, bir müşteri tarafından deneyimlenebilecek tek kalite boyutudur (Lehtinen ve Lehtinen, 1991).

Yazarlar, hizmet kalitesi ve boyutlarına yönelik kaliteyi, müşterinin bakış açısıyla ele alan ikinci bir yaklaşım olarak ortaya koymuşlardır. Bu iki boyutlu yaklaşım, eski üç boyutlu yaklaşıma göre daha üst düzey ya da daha özet bir yaklaşım olarak da düşünülebilir. Bu nedenle de, iki boyutlu Gronroos'un kalite boyutuyla ilişkili olabilir. Bu yaklaşımda hizmet kalitesi boyutları; süreç ve çıktı kalitesidir. Süreç kalitesi, müşterilerin hizmet üretim sürecine katılımının nitel değerlendirmesidir. Süreç kalitesi, müşterilerin kişisel ve öznel yargısı olup, üretim sürecini nasıl gördüğü ve sürecin içine nasıl uyum sağladığına dayanmaktadır. Süreç kalitesi, müşterilerin katılım stili ile hizmet stili arasındaki uyuma bağlı olarak gelişmektedir. Bu yaklaşımın ikinci boyutu olan çıktı kalitesi, bir hizmet üretim sürecinin sonucuyla ilgili bir müşterinin değerlendirmesidir. Bazı durumlarda çıktı kalitesi sadece müşteri tarafından değil, etrafındaki diğer kişiler tarafından da değerlendirilebilir (Lehtinen ve Lehtinen, 1991).

2.4.4.6. SERVPERF Modeli (Cronin ve Taylor, 1992)

Yazarlar Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından sunulan performansa dayalı ve “algılamalar-beklenti” hizmet kalitesi ölçütlerinin göreceli etkinliği hakkındaki endişelere yanıt vermek amacıyla, SERVQUAL modeline alternatif olarak, Service Performance (SERVPERF) modelini geliştirmişlerdir. SERVPERF modeli, beklenti/algı sorunlarını ortadan kaldırmak için, SERVQUAL modelinden çok farklı bir yaklaşım benimsemektedir. Bu modelde, hizmet kalitesi SERVQUAL’deki gibi beklenen hizmet ve algılanan hizmet arasındaki farkı ölçmek yerine, sadece hizmet üreticisinin performansının ölçümüne dayanmaktadır (Cronin Jr ve Taylor, 1994). SERVPERF, basit bir denkleme indirgenecek olursa;

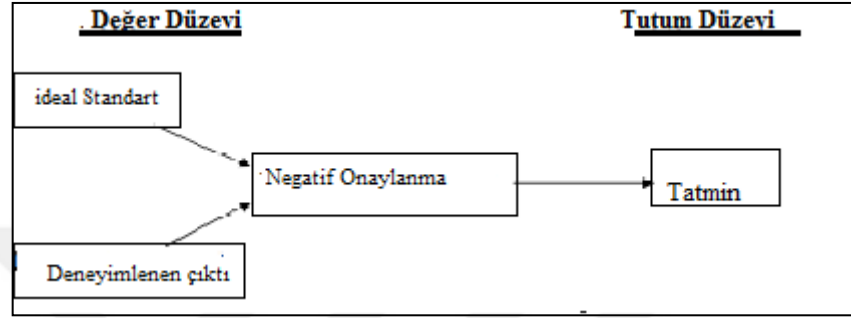
“Hizmet Kalitesi=Performans” şeklindedir.

SERVPERF, 7’li Likert tipinde yapılandırılmış olup, SERVQUAL’deki 22 soru aynı şekilde bu ölçekte yer almaktadır. SERVQUAL’de algı ve beklenti için ayrı ayrı 22 soru kullanılırken, burada sadece algılanan performansı ölçmeye yönelik 22 soru yer almaktadır. Ayrıca SERVPERF modeli, SERVQUAL gibi beş boyutlu bir yapıdan değil, tek boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Cronin ve Taylor (1992), çalışmalarında hizmet kalitesinin kavramsallaştırılmasını, ölçülmesini ve tüketici memnuniyeti ve satın alma niyetleriyle ilişkisini incelemişlerdir. Hesaplanmış fark skorları ile algıları karşılaştırıp, sadece algıların hizmet kalitesini ölçmede daha iyi bir yordalayıcı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. SERVQUAL modelinde ölçülen müşteri beklentileri bu modelde ölçülmeyp, hizmet kalitesinde performansa dayalı ölçüm yapılması gerekliliğini savunmuşlardır. Ayrıca yazarlar çalışmalarında, SERVQUAL’in müşteri memnuniyeti ile tutum kavramlarını karıştırdığını öne sürmekte olup, müşteri memnuniyetinin müşteri tutumlarını şekillendirdiğini belirtmektedirler. Bu yüzden de müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesi kavramlarının ayrı iki kavram olarak ele alınması gerektiğini önermektedirler (Cronin Jr ve Taylor, 1992).

2.4.4.7. İdeal Değer Hizmet Kalitesi Modeli (Mattson, 1992)

Hizmet kalitesi ile ilgili çalışmaların çoğunluğunda beklentiler, değerlendirme için standart olarak istenen niteliklere sahip olma inancı olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, bu konunun deneyim temelli, ideal, kabul edilebilir ve arzu edilir nitelikteki diğer standartlar ışığında incelenmesi gerekmektedir. Mattson, hizmet kalitesinde değer yaklaşımının, müşteri memnuniyet sürecinin bir sonucu olarak modellenmesini

savunmaktadır. Çalışmasında da, tatmin sürecinin çıktılarını modelleyerek, ideal standartlar ve deneyim sonucu elde edilen verileri karşılaştırmıştır (Seth vd., 2005). İdeal Hizmet Kalitesi Modeli aşağıda Şekil 2.9.'da gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere ideal değer hizmet kalitesi modeline göre; hizmeti almadan önceki ideal standartlar ile hizmeti aldıktan sonraki çıktıya ait deneyimlerin farkı, negatif onaylanmayı, sonuç olarak bu da müşteri memnuniyetini belirlemektedir.



Şekil 2.9. İdeal Değer Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Mattsson, J. (1992). A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standard. International Journal of Service Industry Management, 3(3), 18-33.

2.4.4.8. Değerlendirilmiş Performans ve Normlandırılmış Kalite Modeli (Teas, 1993)

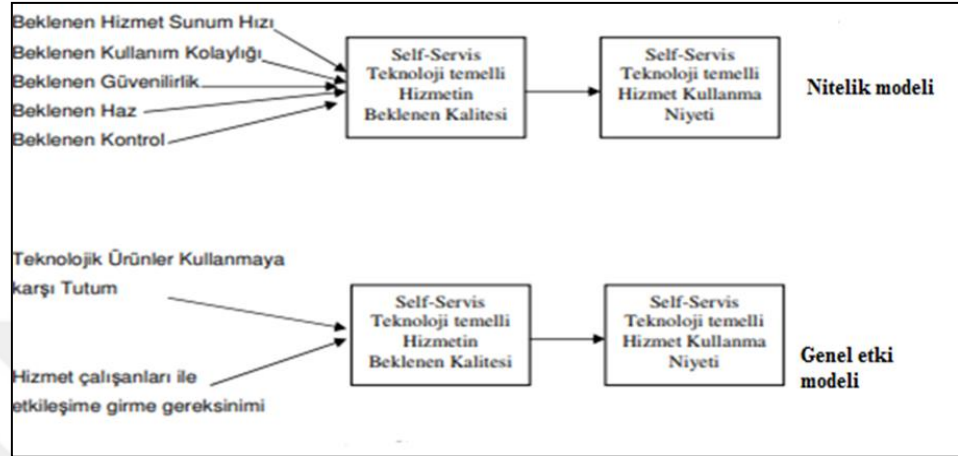
Yazar, geleneksel onaylanma modelinin kavramsal, teorik ve ölçme problemlerine sahip olduğunu öne sürmüş ve hizmet kalitesinde beklenti/algı karşılaştırmasından farklı olarak, ideal standartlar ve performans arasındaki farktan kaynaklandığını savunmuştur. Değerlendirilmiş performans ve normlandırılmış kalite modeline göre; yüksek hizmet kalitesi, hizmet performansı ile hizmete ait ideal özellikler arasındaki boşluğun ortadan kalkması veya azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Kayral, 2015, s.61; Teas, 1994).

2.4.4.9. Nitelik ve Genel Etki Modeli (Dabholker, 1996)

İşgücü maliyetleri ve teknolojiye dayalı ilerlemelerin artması, hizmet işletmelerini müşterilere teknolojiye dayalı self servis seçenekleri sunmaya teşvik etmiştir. Fakat; müşterilerin bu gibi seçenekleri nasıl değerlendireceği konusunda çok az bilgi bulunmaktadır. Dabholker (1996), teknoloji tabanlı servis hizmet seçenekleri için iki alternatif model önerisinde bulunmaktadır. Bu modeller; nitelik modeli ve genel etki modelidir. Nitelik modeli, müşterilerin bir seçenektan bekleyebileceklerine dayanmakta

olup, bilişsel yaklaşımı temel almaktadır. Genel etki modeli ise, müşterilerin teknolojinin kullanımına yönelik duygularına dayanmaktadır.

Dabholker'in geliştirdiği Nitelik modeli ve Genel etki modeli Şekil 2.10'da verilmiştir.



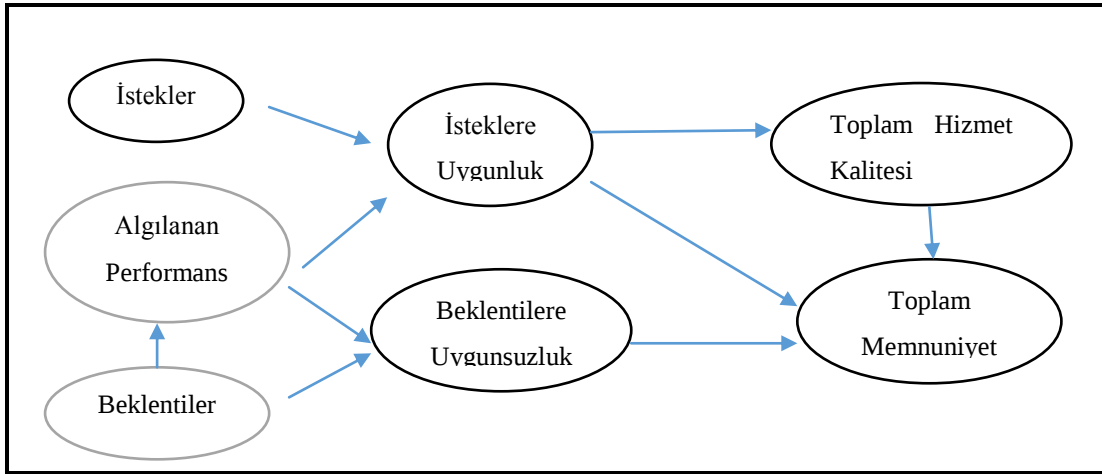
Şekil 2.10 Nitelik ve Genel Etki Modeli

Kaynak: Dabholkar, P. A. (1996). Consumer evaluations of new technology-based self-service operations:an investigation of alternative models. International Journal of Research in Marketing, 13(1), 29-51.

Şekilde görüldüğü üzere, her iki modelde de beklenen hizmet kalitesi, teknoloji temelli hizmet kullanma niyetini etkilemektedir (Dabholkar, 1996).

2.4.4.10. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyeti Modeli (Spreng ve Mackoy, 1996)

Spreng ve Mackoy'ya (1996) göre; algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti, genellikle farklı yapılar olmak üzere kavramsallaştırılmıştır, ancak ilişkileri iyi anlaşılamamıştır. Bu modelde algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti yapıları anlaşılmalı çalışılmıştır. Oliver'in (1993) müşteri memnuniyeti modelinden modifiye edilmiştir. Bu model, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ile isteklere uygunluk ve beklentilerin onaylanmamasının, müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesine etkisi üzerinde durmaktadır. Şekil 2.11.'de görülen araştırma modelinde hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin birbirinden farklı kavramlar olduğu, beklentilerin onaylanmamasının algılanan hizmet kalitesinde önemli bir etkisinin olmadığı, isteklere uygunluğun memnuniyeti etkilediği ve beklentilerin algılanan performansı etkilediği bulgulanmıştır (Spreng ve Mackoy, 1996).



Şekil 2.11. Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyeti Modeli

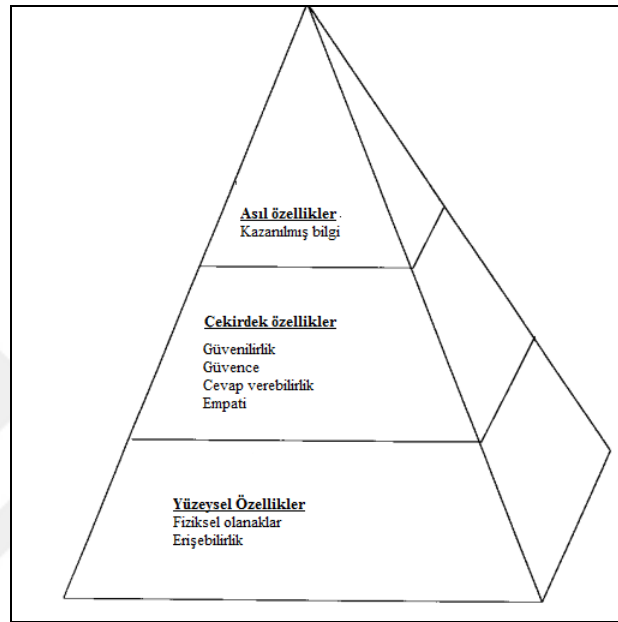
Kaynak: Spreng, R. A., Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of retailing*, 72(2), 201-214.

Modelde yer alan ilişkiler, 10 özellik ile ölçülmektedir. Bu özellikler; randevu almanın rahatlığı, personelin dostça tutumu, yol gösteri kişilerin sorunları dinlemesi, doğru bilgilendirme, personelin bilgisi, sunulan önerilerin tutarlılığı, yol gösterici kişilerin uzun dönemli planlamaya yardımcı olmaları, yol gösterici kişilerin gelecek planlaması için doğru eğitimleri seçmeye yardımcı olması, yol gösteren kişinin müşterinin özel yaşamı ile ilgilenmesi ve çalışma ofislerinin profesyonel olmasıdır.

2.4.4.11. Hiyerarşik Sıralamaya Dayalı Model-PCP Nitelik Modeli (Philip ve Hazlett, 1997)

Philip ve Hazlett (1997) çalışmalarında, hizmet sektörleri için tek bir ölçüm aracı geliştirmenin önemini vurgulamış ve en tanınmış hizmet kalitesi ölçüm araçlarından biri olan SERVQUAL'de karşılaşılan problemleri değerlendirmeye çalışmışlardır. Yazarlar SERVQUAL ölçeğinin, hizmet kalitesi literatürüne önemli katkıları bulunurken, beş boyutunun bireysel hizmetlerin değerlendirilmesiyle ilgili kritik konuların birçoğunun yeterince ele alınmadığını düşünmektedir. Buna ek olarak; SERVQUAL'in ölçümü, mevcut ve geçmiş müşterilerle sınırlıdır, çünkü katılımcıların ölçeği tamamlayabilmeleri için, organizasyon hakkında bilgi ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir. Yazarlar SERVQUAL ölçeğinin yerine, ismini asıl, çekirdek ve çevresel üç temel özelliğinin İngilizce baş harflerinden alan PCP modelini geliştirmişlerdir. Bu model, üç temel özellik düzeyine dayanan hiyerarşik bir yapıdadır. Bu PCP modeli, önerilen hizmetlerin dikkate alınacağı bir iskelet çerçevesi olduğu için, herhangi bir hizmet sektörünü kapsama yeteneğine sahiptir. Modelde asıl özellikler; hizmet sürecinin çıktılarından ne beklediği ile

ilgilidir. Çekirdek özelliklerde ise, işletmenin yapısı ve süreçlerinin değerlendirilmesi söz konusudur. Yüzeysel özellikler ise, hizmetin sunum çerçevesini kastetmektedir. SERVQUAL boyutları ile PCP modelinin düzeyleri karşılaştırılacak olunursa, yüzeysel özelliklerde fiziksel olanaklar ve erişebilirlik; çekirdek özelliklerde güvenilirlik, güvence, cevap verebilirlik ve empati; asıl özelliklerde ise kazanılmış bilgiler yer almaktadır (Philip ve Hazlett, 1997). Aşağıda Şekil 2.12. PCP Modeline yer verilmiştir.



Şekil 2.12.PCP Modeli

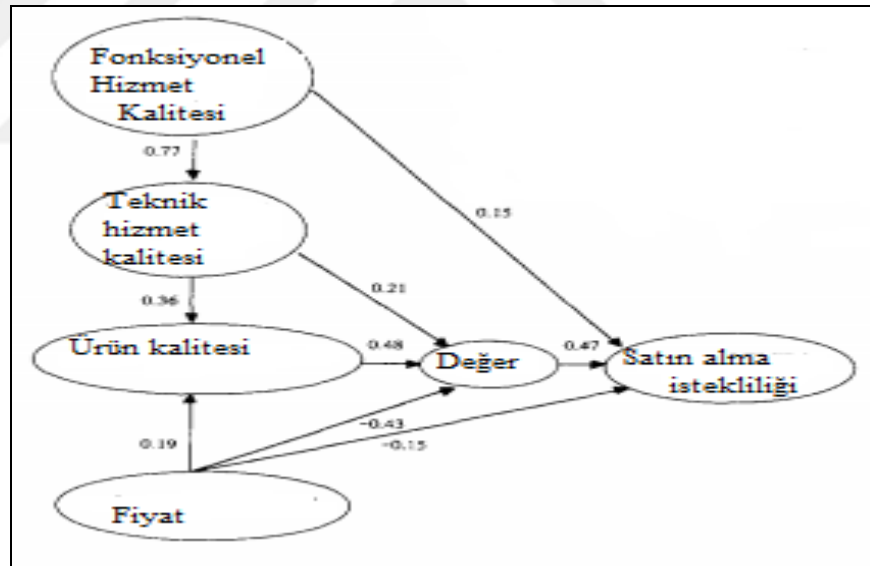
Kaynak: Philip, G., Hazlett, S. A. (1997). The measurement of service quality: a new PCP attributes model. International Journal of Quality & Reliability Management, 14(3), 260-286.

Yazarlara göre; işletmeler, müşterilerini her üç alanda da memnun ederlerse %100 müşteri memnuniyetini sağlamış olurlar. Buradaki üç alan, hiyerarşik olarak sıralanmış bir hizmet organizasyonunun girdilerini, süreçlerini ve çıktılarını da ifade etmektedir. Özetle; asıl özellikler nihai ürün veya çıktıyı, çekirdek özellikler insanlar, süreçler ve örgütsel yapıyı ifade etmekte olup, hizmet başarısı için anahtar role sahiptir. Yüzeysel özellikler ise, hizmet çerçevesini oluşturmakta olup, hizmet sürecinin tümüne bütünlük sağlamaktadır (Philip ve Hazlett, 1997).

2.4.4.12. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli (Sweeney vd., 1997)

Sweeney ve arkadaşları (1997) çalışmalarında, satın alma noktasında hizmet kalitesinin, tüketicilerin değer algıları ve satın alma istekliliğini nasıl etkilediğini incelemiştir.

olup, teorik olarak iki alternatif modelle bu durumu karşılaştırmışlardır. Birinci modelde; ürün kalitesi ve fiyat algılarına ek olarak, fonksiyonel hizmet kalitesi ve teknik hizmet kalitesi algılarının her ikisinin de değer algılarını doğrudan etkilediğini savunmaktadırlar. İkinci modelde ise, fonksiyonel hizmet kalitesi algıları, tüketicilerin satın alma isteğini doğrudan etkilemektedir. Fonksiyonel hizmet kalitesi algıları, teknik hizmet kalitesi algılarını etkilemekte, bu da müşterilerin ürün kalitesi algılarını etkilemektedir. İkinci modelde, birinci model de olduğu gibi, hizmet kalitesi boyutları müşterilerin değer algılarını doğrudan etkilememektedir. Yazarların yaptıkları analizler sonucu, model 2 düzeltilerek model 1'den üstün bulunmuştur (Sweeney, Soutar ve Johnson, 1997). Aşağıdaki şekilde modifiye edilmiş model yer almaktadır. Aşağıda Şekil 2.13'te Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeline yer verilmiştir. Modele göre fonksiyonel hizmet kalitesi, teknik hizmet kalitesi, ürün kalitesi ve fiyat değeri etkilemekte olup, değer de satın alma istekliliğini etkilemektedir.



Şekil 2.13. Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli

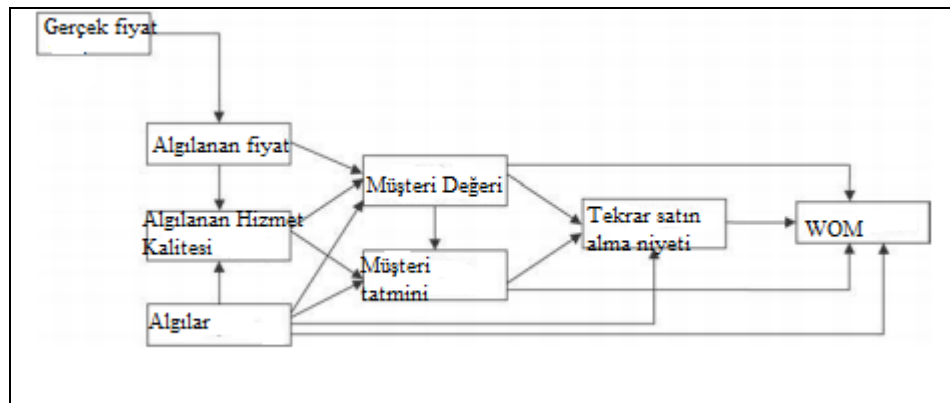
Kaynak: Sweeney, J. C., Soutar, G. N., Johnson, L. W. (1997). Retail service quality and perceived value: A comparison of two models. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 4(1), 39-48.

Sonuç olarak yazarlar; teknik hizmet kalitesinin, ürün kalitesi ve değer algılarına önemli bir katkıda bulunduğunun dolayısıyla da müşterilerin satın alma isteğini dolaylı olarak etkilediğini saptamışlardır. Fonksiyonel hizmet kalitesi, teknik hizmet kalitesini

etkilemekte olup, hizmetin sunulma şeklinin algılanması ve müşterilerin sunulan teknik hizmet kalitesine olan algılarını da etkilemektedir. Bu nedenle, fonksiyonel hizmet kalitesinin, ürün kalitesi, değer algıları ve satın alma isteği ile dolaylı bir etkisi vardır. Bununla birlikte, fonksiyonel hizmet kalitesi, satın almaya istekli olma üzerinde bir etkiye sahip olmakla birlikte, ürün değerlendirmesinden bağımsızdır, ancak bir müşterinin satın alma isteğini geliştirmek için çok önemli bir kavramdır. Ayrıca, çalışmadan elde edilen diğer bir bulgu ise; bir satış elemanının ürün bilgisi ve müşterilere karşı tavrının, müşterinin ürün kalitesine ilişkin algılarını ve satın alma isteğini etkilediğidir (Sweeney vd., 1997).

2.4.4.13. Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli (Oh, 1999)

Oh (1999) çalışmasında, bütünleştirici bir hizmet kalitesi, müşteri değeri ve müşteri memnuniyeti modelini önermekte ve test etmektedir. Bütünleşik model, lüks otel müşterilerini örneklemine, satın alma karar süreçlerine odaklanmaktadır. Modelin anahtar değişkenleri; hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, müşteri değeri ve tekrar satın alma niyetidir. Modelde ağızdan ağıza iletişim değişkeni (WOM), ise müşteri değeri, müşteri memnuniyeti ve tekrar satın alma niyetinin birleşik fonksiyonu olarak kavramsallaştırılmıştır (Oh, 1999). Aşağıda Şekil 2.14'te Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeline yer verilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere; gerçek fiyat algılanan fiyatı belirlemekte ve müşteri algıları ile fiyat karşılaştırılması sonucu algılanan hizmet kalitesi oluşmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, müşteri değeri ve tatminini, onlarda tekrar satın alma niyetini ve ağızdan ağıza iletişimi etkilemektedir.



Şekil 2.14 Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli

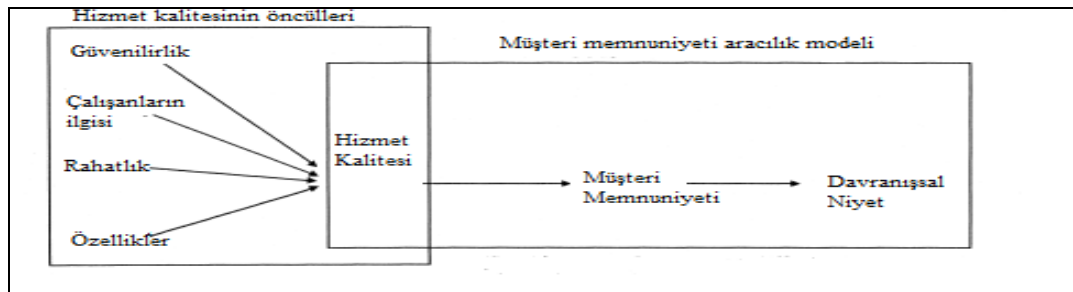
Kaynak: Oh, H. (1999). Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective. *International Journal of Hospitality Management*, 18(1), 67-82.

Oh'un (1999) hizmet kalitesi, müşteri değeri ve müşteri memnuniyeti modeli çalışması bulgularında (Oh, 1999);

- Müşteri değeri, hizmet kalitesinde ve tüketici memnuniyeti çalışmalarında, dikkate alınması gereken önemli bir değişkendir.
- Hizmet kalitesi ve müşteri değeri birleştiğinde, tamamen müşteri memnuniyetine yönelik algılara aracılık edebilir.
- Algılanan fiyatın, müşteri değeri üzerinde olumsuz bir etkisi vardır.
- Algılanan fiyatın, algılanan hizmet kalitesi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

2.4.4.14. Öncüller ve Aracı Modeli (Dabholker vd., 2000)

Dabholker ve arkadaşları (2000), bu modelde hizmet kalitesi ile ilgili faktörler, bileşenler veya öncülleri incelemiş ve müşteri memnuniyeti ile davranışsal niyetler arasındaki ilişkileri analiz etmişlerdir. Öncüller modeli, hizmet kalitesinin ve bu değerlendirmelerin nasıl oluşturulduğunun daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. İnceledikleri ilk kavramsal konu; hizmet kalitesine ilişkin faktörlerin bileşenleri veya öncülleri olarak ele alınıp alınamayacağıdır. Müşteriler, hizmetle ilgili farklı faktörleri değerlendirmekle birlikte, aynı zamanda hizmet kalitesinin ayrı bir genel değerlendirmesini yapmaktadırlar. Faktörler, bu genel değerlendirmeye öncül olarak hizmet etmektedir ve bu da sonuç olarak davranışsal niyetleri etkilemektedir (Dabholkar, Shepherd ve Thorpe, 2000). Öncüller ve Aracı Modeli aşağıda Şekil 2.15.'te gösterilmiştir. Modelde incelenen ikinci kavramsal konu, müşteri memnuniyetinin, hizmet kalitesinin davranışsal niyetler üzerindeki etkisine aracılık etmesidir.



Şekil 2.15. Öncüller ve Aracı Modeli

Kaynak: Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of retailing*, 76(2), 139-173.

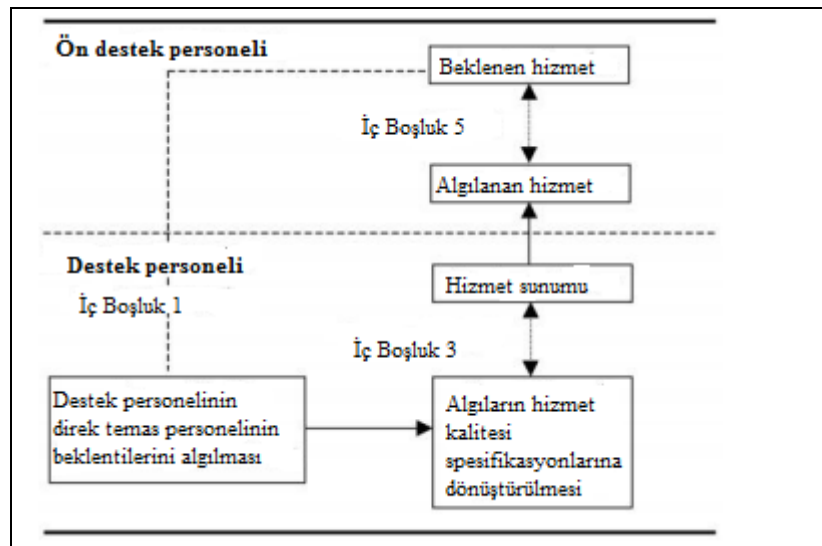
2.4.4.15. İç Hizmet Kalitesi Modeli (Frost ve Kumar, 2000)

“İç Hizmet Kalitesi Modeli” (Intservqual) olarak bilinen kavramsal model, Parasuraman tarafından geliştirilen orijinal “Boşluk Modeli” ni temel alarak tasarlanmış olup, iç pazarlama yapılarının hizmet kalitesini ne ölçüde etkilediğini araştırmaktadır. Model, Singapur Havayolları gibi büyük bir hizmet organizasyonunda tasarlanmış olup iç müşteri ve iç tedarikçileri arasında hizmet kalitesini belirleyen boyutları ve bunların ilişkilerini değerlendirmektedir. Bu çalışmadaki bağımlı değişken; iç hizmet kalitesi (ISQ) iken, bağımsız değişkenler; fiziksel olanaklar, güvenilirlik, cevap verme, güvence ve empatidir. Sonuç olarak da, iç hizmet kalitesi algısında; iç müşteri ve iç tedarikçilerin algı ve beklentilerinin önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Çalışmada üç tane boşluk tanımlanmaktadır. Bunlar (Frost ve Kumar, 2000):

Boşluk 1: İç tedarikçilerin, iç müşteri beklentilerini nasıl algıladıklarına ilişkin farkları incelemektedir.

Boşluk 3: İç hizmet performans boşluğu olarak da adlandırılan kavram, tanımlanan hizmet kalitesi ile gerçekte sunulan hizmet kalitesi arasındaki önemli farktır.

Boşluk 5: Araştırmada bu boşluk, ön destek personeline (iç müşteriler) odaklanmakta olup, bu grubun iç hizmetten beklentileri ile algılarını karşılaştırmaktadır. İç Hizmet Kalitesi Modeli Şekil 2.16’da gösterilmiştir.

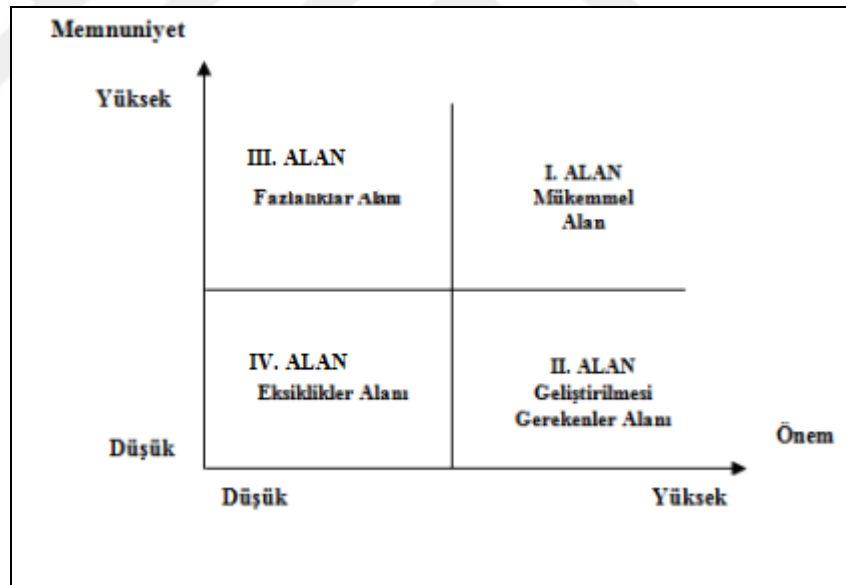


Şekil 2.16. İç Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Frost, F. A., Kumar, M. (2000). INTSERVQUAL—an internal adaptation of the GAP model in a large service organisation. Journal of Services Marketing, 14(5), 358-377.

2.4.4.16. Önem ve Memnuniyet Modeli (I-S Model) (Yang 2003)

Müşteri memnuniyet anketlerinin amacı, sadece mevcut memnuniyet seviyesini öğrenmek değil, aynı zamanda işletmenin güçlü ve iyileştirmesi gereken alanları da öğrenmektir. İşletmeler için, iyileştirilmesi gereken alanların bilinmesi önemlidir. Çünkü; sürekli iyileştirme eylemleri yoluyla işletmeler müşteri memnuniyetini ve karlarını artırabilirler. Genelde müşteriler, bir hizmetin kalitesini birçok önemli özelliğe bakarak değerlendirmektedirler. Bu yüzden işletmeler, daha düşük bir memnuniyet seviyesine sahip olan, önemli nitelikler üzerinde iyileştirmeler yapmalılardır. Müşterilerin hizmete ilişkin önem verdikleri özelliklerin bilinmesi, memnuniyet düzeylerinin artırılması açısından önemlidir. Önem ve Memnuniyet Modeli; kalite özelliklerini, önem ve memnuniyet anketlerine dayandırmakta olup, işletmelerin mükemmel özellikleri ve hemen iyileştirmesi gereken özelliklerini bulmaları için, basit ve güçlü bir araçtır (Yang, 2003). Önem ve Memnuniyet Modeli aşağıda ki Şekil 2.17.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.17. Önem-Memnuniyet (I-S) Modeli

Kaynak: Yang, C. C. (2003). Improvement actions based on the customers' satisfaction survey. Total Quality Management & Business Excellence, 14(8), 919-930.

Şekildeki dört alan aşağıda açıklanmıştır (Yang, 2003);

Alan 1- Mükemmel Alan: Bu alanda atfedilen tüm nitelikler, daha yüksek önem ve memnuniyet düzeyine sahiptir.

Alan 2- Geliştirilmesi Gereken Alan: Bu alanda, müşteriler tarafından önemli kalite nitelikleri bulunmasına rağmen, düşük tatmin seviyesinin sağlanması söz konusudur. Müşteriler, bu nitelikler üzerinde algılanan memnuniyetsizliğe sahiptir ve bu da müşteri memnuniyet indeksi değerlendirmesini azaltacaktır. Bu nedenle de, işletmelerin bu alanların performansını daha iyi hale getirmek için, iyileştirme önlemleri almaları gerekmektedir.

Alan 3- Fazlalıklar Alanı: Bu alandaki kalite özellikleri, müşteriler için daha az öneme sahip olmasına rağmen, sağlandığında yüksek düzeyde memnuniyet yaratmaktadır. Bu alan da müşterilerin bu özellikler için daha az endişe duydukları ve işletmelerin sağlayabileceği performanslarla, müşterilerin beklentilerini aşabileceği anlamına gelmektedir.

Alan 4- Eksiklikler Alanı: Bu alanda bulunan kalite özellikleri, müşteriler için daha az önemli ve tatmin edici olan özelliklerdir. Müşteriler, bu özelliklere daha az ilgi gösterdikleri için, işletmelerin bu özelliklere çok fazla dikkat etmeleri gerekmemektedir.

Genel olarak hizmet kalitesi modelleri değerlendirildiğinde; hizmet kalitesinin önemi nedeniyle, çeşitli kavram ve modellerin sistematik bir gelişimi söz konusu olmuştur. Tablo 2.5’de açıklanan hizmet kalitesi modellerinin özet tablosu kronolojik sırayla yer almaktadır.

Tablo 2.5. Hizmet Kalitesi Modelleri Özet Tablosu

Model	Anahtar Bulguları ve Katkıları	Zayıf Yönleri ve Sınırlılıkları
Teknik ve Fonksiyonel Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984)	Hizmet kalitesi; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve kurumun kurumsal imajına bağlı olarak değişmektedir.	Model, fonksiyonel ve teknik kalitenin nasıl ölçüleceğine dair bir açıklama sunmamaktadır.
Hizmet Kalitesi Modeli, Boşluk Modeli (GAP Modeli, (Parasuraman ve arkadaşları 1985)	Analitik bir modeldir. Yönetimin, sunum kalitesini etkileyen bir dizi değişken arasındaki sistematik hizmet kalitesi boşluklarını tanımlamasını sağlar. 10 alt boyut ve 7’li Likert tipinde yapılandırılmış anket bazlı bir modeldir.	Keşifsel bir çalışma niteliğinde olan boşluk modeli; farklı seviyelerde boşlukların ölçümü için net ölçüm prosedürünü açıklamamaktadır.
Nitelikli hizmet kalitesi modeli (Haywood-Farmer, 1988)	Model, hizmet kalitesi kavramlarını daha iyi anlama ve doğru müşteri segmentine yönelik hedeflemeyi yönlendirmeye yardımcı olma potansiyeline sahiptir. Model iyi bir kalite yönetimi için, fiziksel olanaklar ve süreçler, insanların tutumları ve profesyonel kararlar olmak üzere üç boyutta ayrıışimli hizmet organizasyonu tabanı sağlamaktadır.	Model hizmet kalitesinin ölçümüne imkan vermemektedir. Hizmet kalitesi sorunlarını veya hizmet kalitesini iyileştirmenin pratik yollarını tanımlamak için, yönetime yardımcı olabilecek pratik bir prosedür sunmamaktadır.
SERVQUAL Modeli (Parasuraman, Zeithaml ve Perry)	Hizmet kalitesi; beklenti-algıların farkının ölçümüne dayanmaktadır. 5 hizmet kalitesi boyutu Likert tipi 22 soru ile ölçülmektedir. Literatürde en çok tanınan hizmet kalitesi ölçüm modellerindendir. Parasuraman ve arkadaşlarının GAP Modeli ve SERVQUAL modeli hizmet kalitesi literatüründe çığır açan yaklaşımlardır.	Hizmet kalitesi boyutları tüm hizmetlerde uygulanabilecek kadar genel olmamakla beraber hizmet türüne göre boyutların değişmesi gerektiği, hizmet kalitesini yalnızca mevcut hizmeti kullanan müşterilerin değerlendirmesi ve hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans üstünlüğünün yetersiz olduğu yönünde eleştiriler getirilmiştir.
Sentezlenmiş hizmet kalitesi modeli (Brogowicz, Delene ve	Modele göre; mevcut müşterilerin algıları kadar potansiyel müşterilerin algıları da önemlidir. Model teknik ve fonksiyonel kalite beklentilerini	Modelin deneysel bir doğrulamaya ihtiyacı olmakla birlikte farklı hizmet

Lyth 1990)	etkileyen üç unsurun; işletme imajı, dış etkiler ve geleneksel pazarlama aktiviteleri olduğunu savunmaktadır. Model, yönetimin hizmet-pazarlama stratejilerinin planlanması, uygulanması ve kontrol edilmesinde dikkat edilmesi gereken kilit değişkenleri tanımlar ve hizmet kalitesi boşluklarını en aza indirir.	türleri için gözden geçirilmesi gerekmektedir.
Lehtinen ve Lehtinen'in Hizmet Kalitesi Modeli (1991)	Hizmet kalitesi ve boyutlarını değerlendirilen iki yaklaşım ortaya koymuşlardır. Birinci yaklaşımda; hizmet kalitesi boyutlarını fiziksel kalite, etkileşimsel kalite ve işletme kalitesi ya da kurumsal kalite olarak belirlemişlerdir. İkinci yaklaşımda ise hizmet kalitesini boyutlarını; süreç kalitesi ve çıktı kalitesi olarak belirlemişlerdir.	Hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili bir yöntem ortaya koymamışlardır.
SERVPERF Modeli (Cronin ve Taylor, 1992)	Model beş hizmet sektörü örnekleme (sağlık, eğlence, taşıma- havayolu ve telekomünikasyon hizmetleri) alınarak geliştirilmiştir. Modele göre hizmet kalitesi kavramsallaştırılmalı ve bir tutum olarak ölçülmelidir. SERVQUAL temel alınarak geliştirilen model de beklentiler kısmı olmayıp, hizmet kalitesi sadece algılar üzerine ölçülmektedir. SERVQUAL'de yer alan aynı 22 soru ile performans ölçülmektedir. Performansa dayalı olan SERVPERF, SERVQUAL ile kıyaslandığında soru sayısı %50 daha azaldığı için daha verimli olduğu belirtilmektedir.	Bütün hizmet organizasyonları için genelebilir olması gerekmektedir. Modelde tüketici memnuniyeti ile hizmet kalitesi arasındaki niceliksel ilişki kurulmasına ihtiyaç vardır.
İdeal Değer Hizmet Kalitesi Modeli (Mattson, 1992)	Bu model hizmet sunumu sırasındaki faaliyetlerin çeşitli bileşenlerinin önemi tanımlar ve ideal bir standardın nasıl oluşturulabileceğine ve nasıl zihinsel olarak sürdürülebileceğine dair yeni bir öğrenme perspektifi sunar. Kalite, ideal standartlar ve deneyimin farkı ile ölçülmektedir. Ayrıca modelde memnuniyetsizlik sonucunun belirleyicisi olarak negatif onaylanmanın önemine dikkat çekilmektedir.	Bütün hizmet türleri için tanımlanması gerekmektedir.
Değerlendirilmiş Performans ve Normlandırılmış Kalite Modeli (Teas, 1993)	Model; beklenti kavramını yeniden inceleyerek, hizmet kalitesini etkileyen kavramları tanımlanmış olup hizmet kalitesini geliştiren bilgiler vermiştir. Modelde ki veri toplama yöntemi kişisel görüşmeler olup, çalışma 120 kişi ile indirimli bir mağaza da gerçekleştirilmiştir.	Model sınırlı örneklem büyüklüğü ile test edilmiştir.

Nitelik ve Genel Etki Modeli (Dabholker, 1996)	Nitelik Esaslı Model ve Genel Etki Modeli olmak üzere iki model önerilmiştir. Nitelik esaslı model, teknoloji tabanlı self servis seçenekleri için hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde tercih edilmektedir. Toplam etki modeli de desteklenmektedir, ancak genel etki modeli kadar açıklayıcı bir güç katmamaktadır. Veriler 505 lisans öğrencisi ile fast-food sektöründe gerçekleştirilmiştir. Senaryo ve 7'li Likert tipinde yapılandırılmış anket yöntemi ile veriler toplanmıştır.	Farklı self-servis hizmet türlerinde de genellenmesi gerekmektedir.
Algılanan hizmet kalitesi ve memnuniyeti modeli (Spreng ve Mackoy, 1996)	Hizmet kalitesi ve müşteri beklentilerinin anahtar belirleyici müşteri isteklerinin karşılanmasıdır. Yükselen beklentiler, müşteri memnuniyeti algıları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmakla birlikte, aynı zamanda onaylama yoluyla da memnuniyeti olumsuz yönde etkilemektedir. 273 lisans öğrencisi ile anket bazlı bir çalışma gerçekleştirilmiş olup 10 soru ile beklentiler-istekler ve algılanan performans ölçülmüştür.	Model hizmet kalitesinin nasıl elde edildiği ve nasıl işlevselleştirildiği hakkında önemli bir bilgi sunmamaktadır.
PCP nitelik modeli (Philip ve Hazlett, 1997)	Herhangi bir hizmet sektörü için hizmet kalitesini değerlendirmenin basit, etkili ve genel bir çerçevesini sunar. Hiyerarşik sıralamaya dayalı bir modeldir. Kalitenin unsurları; asıl özellikler, çekirdek ve yüzeysel özellikler olarak sınıflandırılmıştır.	Deneysel geçerliliği yapılmamıştır.
Perakende Hizmet Kalitesi ve Algılanan Değer Modeli (Sweeney vd., 1997)	Teknik hizmet kalitesi, ürün kalitesi ve değer algılarına önemli bir katkıda bulunur ve dolayısıyla satın alma isteğini etkilemektedir. Elektrik aletleri satan bir mağazada 1,016 müşteri ile gerçekleştirilmiştir. Anket bazlı bir modeldir.	Model tek bir değer (para) üzerine inşa edilmiştir.
Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Memnuniyeti Modeli (Oh, 1999)	Model, müşterinin işletme performansını değerlendirmesinin yanı sıra müşteri karar verme sürecini anlamak için bir çerçeve olarak da kullanılabilir. Model aynı zamanda müşteri odaklı işletmelere hedef ve direktifler sunmaktadır. Çalışma 545 lüks otel müşterisi üzerinde veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.	Modelin bütün hizmet türlerine genellenebilmesi gerekmektedir.
Öncüller ve Aracı Modeli (Dabholker ve arkadaşları 2000)	Müşteriler hizmetle ilgili farklı faktörleri değerlendirmektedir bu değerlendirme aynı zamanda hizmet kalitesinin ayrı bir genel	Müşteri memnuniyetinin öncülleri araştırılmamıştır. Modelin bütün

	değerlendirmesini oluşturmaktadır. Modele göre müşteri memnuniyeti hizmet kalitesine göre davranışsal niyetlerin daha iyi bir yordalayıcısıdır. Çalışma 297 lisans öğrencisi ve mezunlar ile telefon görüşmeleri yapılarak gerçekleştirilmiştir.	hizmet türlerine genellenebilmesi gerekmektedir.
İç Hizmet Kalitesi Modeli (Frost ve Kumar, 2000)	Model iç müşterilerin ve iç tedarikçilerin algı ve beklentilerinin iç hizmet kalitesi seviyesinde önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Çalışma Singapur hava yolu şirketinde çeşitli pozisyonlarda çalışan 724 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Veriler kişisel görüşmeler ve anket ile toplanmıştır.	Modelin bütün hizmet organizasyonlarının iç çevresi için genellenebilir olması gerekmektedir. Dış çevrede meydana gelen değişikliklerin modele etkisi dikkate alınmamıştır.
Önem ve Memnuniyet Modeli (I-S Model) (Yang 2003)	Modelin amacı, müşterilerin gerçek gereksinimlerini ve gerçek müşteri memnuniyeti düzeyini belirlemek, ardından da iyileştirmeyi sağlamak için hangi kalite özelliklerine ihtiyaç olduğunu belirlemektir. Model hizmet kalitesinin belirlenmesinde müşteri değerlendirmelerinin yanı sıra çalışanların düşüncelerini de göz ardı etmemiştir. Veriler, SERVQUAL, önem anketi, memnuniyet anketi ve Kano modelinin anketi ile toplanmıştır.	Modelin bütün hizmet organizasyonlarına genellenebilir olması gerekmektedir.

2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerine yönelik artan talep, artan maliyetler, kısıtlı kaynaklar ve klinik uygulamadaki farklılıklara yönelik kanıtlar, dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçme ve iyileştirme konusuna olan ilgiyi artırmıştır. Sağlık kuruluşları, özellikle kalite, verimlilik ve hakkaniyet ile ilgili bir takım zorluklarla karşı karşıyadır. Kalite yönetimi stratejilerini kullanan sağlık yöneticileri, sağlık hizmetleri sistemlerini yüksek kaliteli hizmetler sunma, hasta memnuniyeti ve daha iyi performans elde etmek için geliştirmelidirler (Campbell, Roland ve Buetow, 2000).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişimi M.Ö. 2100 Hammurabi'nin, cerrahi uygulama hatası cezası yapan cerrahın ellerinin kesilmesi ve M.Ö. beşinci yüzyıldaki Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kurallarına kadar dayanmaktadır. 1984'de Kırım Savaşı sırasında İngiliz askerlerinin kolera ve diyare salgınları nedeniyle ölüm oranlarının artması üzerine Florence Nightingale ölüm oranlarını kaydetmiş ve İngiliz ordusu için mevcut hastanelerin hizmet kalitesini tanımlayan çalışmalarını da yürütmüştür. Florence Nightingale'in gelişinden altı ay sonra, hastalıktan ölüm oranı %42,7'den %2,2'ye düşmüştür. Nightingale'in yapmış olduğu bazı iyileştirmeler arasında hemşirelik uygulamalarında standart süreçlerin oluşturulması, aşırı kalabalıklaşmanın azaltılması (yatakların üç metre aralıklı olması), havalandırmanın sağlanması, hastane bodrumunda tutulan Calvary atlarının kaldırılması, hastaneden gelen kanalizasyonların birkaç kez arıtılması yer almaktadır. Ayrıca Nightingale hastane mortalitesini sanitasyon ve güvensiz ortamlarla ilişkilendirerek hastaneye asker göndermeden önce iyileştirmeler yapılmış olsaydı, binlerce gereksiz ölümün önleneceğini belgelemiştir. Nightingale'in yapmış olduğu kayıtlar, günümüzün istatistiksel kalite ölçümünün anahtarıydı ve betimsel istatistiklerin toplanması, tablollaştırılması, yorumlanması ve grafiksel gösterilmesinde o dönemin yenilikleri arasında sayılmaktadır (Merry ve Crago, 2001; Sheingold ve Hahn, 2014).

Hasta ölümleri ile toplum sağlığını ilişkilendirmeye çalışan İngiliz epidemiyolog W. Farr yerel hekimlere hastalarının mortalite oranlarını yayınlamaları konusunda çağrıda bulunmuştur. W. Farr'ın yapmış olduğu çalışma aynı zamanda mortalite verilerinin yanı sıra hekimler tarafından hastalara verilen bakım kalitesinin bir sonuç göstergesi olarak da sayılmaktadır. 1908'de Dr. Emory W. Groves İngiltere'de cerrahi operasyonlar ve hasta mortalitesi ile ilgili çalışmalar yürütmüş ve aynı hastalık ve ameliyatlar için standart bir

sınıflamanın geliştirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Ayrıca, yeterli bakımın sağlanması ve olumsuz sonuçların azaltılması için ameliyat sonrası hasta takibinde rehberler geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. 1914'de Massachusetts General Hastanesi cerrahlarından Dr. Codman hastanelerin, hastaların karşılanmasından itibaren verilen bakımın kalitesinin bir göstergesi olarak hasta bakımının sonucuna bakılması gerektiğini vurgulamıştır. Çıktıların incelenmesinin, sorunların nerede meydana geldiğini ve tekrar etmelerini önlemek için hangi yollar belirlenmesi gerektiğinde önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, hastane mortalitesi gibi ölçülebilir bir göstergenin bakımı değerlendirmenin bir yolu olduğunu ileri sürmüştür. Bundan sonraki dönemde yapı ölçümü ve sonrasında süreç ölçümü önem kazanmaya başlamıştır. Eş zamanlı olarak Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı sonuç ölçüleri kullanılmaya devam edilmiştir. Yapı, sağlık hizmetlerinin hastaya sunulmasıyla ilişkili tüm insani ve fiziksel kaynakları temsil etmektedir. Süreç, sunucular ve destek sistemleri tarafından tıbbi bakım sağlamak için gerekli tüm prosedürleri ve faaliyetleri ifade etmektedir. Bakım sürecinin tüm çıktıları da sonuç olarak adlandırılmaktadır. Avedis Donabedian 1966'da tıbbi bakım kalitesini değerlendirmek için yayımladığı makalesinde sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmek ve izlemek için yapı, süreç ve sonuç yaklaşımını önermiştir. 1950'lerin başından 1970'lere kadar JCAHO (daha sonra Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) olarak adlandırılmıştır) kalite izleme faaliyetlerinde yapı standartlarını vurgulamıştır. Akreditasyon elde edilmesi önemli olduğu için, hastaneler JCAHO yapı standartlarını karşılamaya odaklanmış ve daha sonra bunları kaliteli hizmetin göstergesi olarak kullanmıştır. Bu eğilim, Medicare hastalarına verilen tıbbi bakım değerlendirmelerinde süreci vurgulayan Professional Standards Review Organizations (PSROs) kurulduğu 1970'lere kadar devam etmiştir. Yapı ve süreç göstergelerine ek olarak, bazı sonuç göstergeleri kullanılmıştır; fakat esas olarak dahili kullanım ve akademik araştırmalarla sınırlı kalmıştır. Bu eğilim 1986'ya kadar, HCFA'nın (The Health Care Finance Administration) hastane mortalite verisi hakkındaki ilk raporunu yayınladığı zamana kadar devam etmiştir. Bu rapor, Medicare geri ödeme verilerinden toplanan bilgilere dayanarak ülke hastanelerinin ölüm oranlarını ortaya koymakta olup, ülke çapında da büyük ilgi görmüştür. Sonrasında da JCAHO hastaneler için yeni sonuç ölçütleri geliştirmeye odaklanmıştır (Al-Assaf, 1996; Donabedian, 1966).

1980'lerde sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi benimsenmiştir. TKY çalışanların katılımı, müşteri odaklı kalite ve sürekli kalite iyileştirmesi yoluyla bir

kurumun rekabet gücünü artırmayı hedeflemektedir. TKY terimi ilk olarak 1985 yılında Japon Hava Yönetim Sistemi tarafından kalite kontrolüne odaklanan Japon yönetim tarzını ifade etmek için kullanılmıştır. II. Dünya Savaşından sonra 1950’lerde Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği, Amerikan yönetim teorisini Edward Deming’i ekonomilerini iyileştirmelerine yardımcı olmak için davet etmiştir. Deming, Japonların odağını kârdan kaliteye kaydırarak müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerine göre üretim süreçlerini sürekli geliştirmeye teşvik etmiştir. 1970'lere gelindiğinde, Japon yüksek kalite ve rekabetçi fiyat ürünlerinin zorluğu, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kalite yönetimi girişimlerinin benimsenmesine yol açmıştır. TKY'nin sektördeki başarısı, pek çok yöneticiyi, sağlık sektöründe de çalışıp çalışamayacağını incelemeye teşvik etmiştir. Sonuç olarak, son 35 yılda birçok sağlık yöneticisi, çıktıların kalitesini iyileştirmek, tıbbi hataları azaltmak ve sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artırmak için TKY ilkelerini giderek daha fazla uygulamaya koymuştur. Bunun yanı sıra da TKY programları ile ilgili memnuniyetsizlik yaşayan kuruluşlarda bulunmaktadır. TKY’de başarıya ulaşılabilmesi için uygulanan kuruluşun özel ihtiyaçlarına göre uyarlanması gerekmektedir. TKY'nin başarısı, kuruluşun çevresi, yapıları, kültürü, süreçleri ve prosedürleri gibi kendisine özgü çeşitli değişkenlere bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamalarında herkese uygulanacak tek bir kalıp yaklaşım bulunmamaktadır. TKY uygulamasının yaklaşımı ve hızı her bir kuruluş için benzersiz olmalıdır (Örtenblad, Löfström ve Sheaff, 2015).

1990’larda kalite yaklaşımları öğrenen organizasyonlar ve insanla ilgili faktörlere odaklanmıştır. Burada karmaşık insan sistemlerinde hataların nasıl meydana geldiği ve iletişim protokollerinin nasıl anlaşıldığı ile bir hata ve hasar kaynağı olarak insan kusurlarını fiilen ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır (Merry ve Crago, 2001).

Institute of Medicine (IOM) 2000 yılında “To Err Is Human” Raporu yayınlanmış ve rapora göre Amerikan hastanelerinde yılda 44,000 ila 98,000 kişinin önlenebilir advers olaylar nedeniyle hayatını kaybettiği, bir milyonun üzerinde kişinin de yaralandığı belirtilmiştir. IOM raporu, 5 yıl içinde tıbbi hataların %50 oranında azaltılması çağrısında bulunmuştur. Bu raporla birlikte sağlık hizmetlerinde kalitede hasta güvenliği kavramı önem kazanmıştır (Stelfox, Palmisani, Scurlock, Orav ve Bates, 2006). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı 30 Ekim 2001 tarihi ile “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden birisi de “Nitelikli Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon”dur.

2007’ de bu bileşene ait çalışmaları gerçekleştirmek üzere Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı kurulmuş 2012’de ise bu başkanlık Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı ismini almış olup halen Türkiye kalite sistemi çalışmalarını yürütmektedir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2007; Çıraklı, Gözlü ve Gözlü, 2014).

Kaliteli sağlık hizmeti; üst düzey koşulları karşılayarak, kaynakları sağlık hizmetlerine ve korunmaya en çok ihtiyaç duyanların gereksinimlerine yanıt verebilecek şekilde israftan kaçınarak en etkili ve güvenli bir şekilde düzenleyen sağlık hizmetidir. Bu amaç doğrultusunda da kalite hastaların ne istediği ve neyi tecrübe ettiği ile ilgili olarak hasta kalitesi, hastaların neye ihtiyacı olduğu ve en iyi uygulamanın takip edilmesi ile ilgili olarak mesleki kalite ve verimlilikle ilgili düzenlemelerle ilgili olarak yönetim kalitesi olarak da ele alınabilmektedir (WHO, 2008).

Kayral’ın (2014) aktardığına göre, Donabedian kaliteli sağlık hizmetini “hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi göz önünde bulundurularak hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılması” olarak; İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) “doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak”, Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (IOM) “bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak” şeklinde tanımlamaktadır (Kayral, 2014).

Sağlık Bakanlığı (2018) ise web sayfasında kaliteyi “En iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması” şeklinde tanımlamakta olup, hizmet kalitesi ve klinik kaliteyi kalitenin iki temel unsuru olarak kabul etmektedir. Klinik kalite; “Kanıt dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılması” şeklinde tanımlanırken, hizmet kalitesi “toplumdaki sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi, asgari bekleme süreleri de göz önünde bulundurularak sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması, hasta-çalışan iletişiminin güçlendirilmesi, tedavi sunma hızının ve yatış süresinin iyileştirilmesi, sağlık tesisine ait fiziksel ortamların (odalar, yemek vb.) iyileştirilmesi, yeterli kaynak ve ekipmana sahip iyi eğitilmiş çalışanların görevlendirilmesi, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması yolu ile hasta ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini geliştirerek, sağlık hizmeti sunan kurum ve

kuruluşların etkili, etkin, verimli yönetimini ve yüksek performansa ulaşmasını sağlamaktır” şeklinde tanımlanmıştır (<http://klinikkalite.saglik.gov.tr/yazdir?DF401BE10915680E8638FC8C622DA2F7>).

Pazarlama literatüründe kalite müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanırken, sağlık hizmetlerinde kaliteyi bu şekilde ele almak tıbbi bakımın bilimsel ve teknik yönünü gözardı etmektir. Sağlık hizmetlerinde kalite ele alınırken verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme yani teknik kalite yanında hizmetin kişilerin psikososyal istek ve beklentilerine dikkate alınarak sunulması olarak ele alınabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s.453-454).

Sağlık hizmetlerinde kalite = Teknik Kalite+ Tedavi Sanatı

Teknik kalite; sunulan hizmetin bilimsel standartlar ve normlara uygun olması iken; tedavi sanatı ise sunulan hizmetin hasta beklentilerini karşılaması olup hizmet ortamının genel özellikleri ve çalışanların müşteriye yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s.453).

Donabedian'ın geliştirmiş olduğu yapı-süreç-sonuç modeli sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamak için bir temel olarak kullanılmıştır. Yapı: bakımın sağlandığı sağlık sistemini tanımlayan genel özellikleri ve örgütsel faktörleri ifade etmektedir. Bunlar sağlık kuruluşunun bina, donanım, teknolojik imkanların yeterliliği, personel sayısı ve niteliği, tıp hizmetlerinin organizasyonu, yönetim biçimi vb. faktörlerdir. Süreç: tanı, tedavi, bakım süreçlerini, kullanıcılar ile sağlık kuruluşları yapısı arasındaki etkileşimleri içerir. Burada iki önemli bakım süreci tanımlanmıştır; sağlık sisteminin üyeleri ve kullanıcılar arasındaki kişiler arası etkileşimler ve teknik müdahalelerdir. Teknik müdahaleler kişisel bir sağlık sorununa klinik tıbbın uygulanmasını ifade eder. Hizmet üretimi ve sunumu sırasındaki faaliyetlere odaklanmaktadır. Sonuç: sunulan hizmetlerin sonuçlarıdır. Yapı ve süreçler doğrudan ve dolaylı olarak sonuçları etkileyebilir. Örneğin, tarama hizmeti mevcut olmadığı için (yapı) ya da sitoloji raporunun yanlış okunmasından (süreç) dolayı bir hasta serviks kanserinden ölebilir. Bu kavramlar bugün de kalite değerlendirmesinin temeli olmaya devam etmektedir (Campbell vd., 2000; Donabedian, 1966). Donabedian'ın (1990) sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen yedi özelliği aşağıda verilmiştir. Bunlar;

- *Etkinlik (Efficacy)*: Sağlık düzeyini iyileştirmek için en iyi şekilde bakım verme yeteneği, sağlık durumunda yapılacak maksimum gelişme

- *Etkililik (Effectiveness)*: Erişilebilir sağlık iyileştirmelerinin ne derece gerçekleştiği, sunulan sağlık hizmetinin hastanın sağlık durumunda olumlu bir değişiklik yaratması
- *Verimlilik (Efficiency)*: Etkili bir sağlık hizmetinin en az maliyetle sunulma yeteneği
- *Optimal olma (Optimality)*: Maliyet ve faydaların en avantajlı şekilde dengelemesi
- *Kabul edilebilirlik (Acceptability)*: Erişilebilirlik, hasta-sunucu ilişkileri, olanaklar ve bakım maliyeti ile ilgili hasta tercihlerine uygunluk
- *Yasallık (Legitimacy)*: Yukarıdaki boyutlara ilişkin sosyal tercihlere uygunluk
- *Eşitlik (Equity)*: Bakımın dağıtımındaki adalet ve bunun sağlık üzerine etkileri

Kaliteli hizmet sunumu, kalite yönetim sistemleri, kalitenin sürekli izlenmesi ve ölçülmesi çalışmaları sağlık kurumları başarıya ulaştıran önemli bir rekabet stratejisidir. Bu doğrultu da sağlık kuruluşları kaliteli hizmet üretimi ve sunumu için yukarıda sıralanan yedi temel özelliği sundukları hizmetlerine entegre etmelidirler.

Sağlık hizmetlerinde hastalar için sadece aldıkları bakımın kalitesi değil aynı zamanda hizmet kalitesi de önemlidir. Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen hizmet üstünlüğü ile ilgili bir karar veya değerlendirme ölçüm aracı olarak geliştirilen beş boyutlu SERVQUAL sağlık hizmetleri de olmak üzere farklı sektörlerde uygulanmış ve farklı modeller ortaya çıkmıştır. SERVQUAL hizmet kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve bunu işlevsel hale getirmek için birçok değişkenin dikkate alınması gerekmektedir. Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL'i sağlık sektörüne uyarlayan ve hastane örnekleminde çalışan yazarlar farklı boyutlar ortaya koymuşlardır. Hastane örnekleminde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Carman ve arkadaşları (1990) çalışmalarında SERVQUAL boyutlarını, kabul işlemleri, konaklama, yiyecekler, mahremiyet, hemşirelik hizmetleri, ziyaretçilerin erişimi, nezaket, taburculuk planı ve hastaya hesap verebilirlik olarak saptamışlardır. Tarım (2002) çalışmasında elle tutulabilen özellikler, güvenilirlik, cevaplandırma, güven, nezaket, kişisel önem boyutlarını, Teng (2007) ise ihtiyaç yönetimi, güvence, sağlık koşulları, bireyselleştirme, uygunluk, sessizlik ve ilgi boyutlarını saptamıştır. Babakus ve Mangold (1992), Lam (1997), Altuntaş ve arkadaşları (2012) ise çalışmalarında fiziksel özellikler, güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvence ve empati boyutlarını bulmuşlardır.

2.5. Davranışsal Niyet

Swan ve arkadaşları (1981) davranışsal niyeti, bireyin beklenen veya planlanan gelecekteki davranışları olarak tanımlamıştır. Warshaw ve Davis (1985) ise davranışsal niyeti, bireyin davranışını yerine getireceğine dair öznel bir olasılık veya insanların belirli bir ortamda kendi davranışları hakkında beklenti niyetleri olarak tanımlamıştır. Bu kavram, bireyin belirli bir ortamda belirli bir davranışla ilgili beklentilerini temsil eder ve hareket etme olasılığı olarak işlevsel hale getirilebilir. Sonuç olarak davranışsal niyet bir müşterinin işletme ile ilişkisinin devamlılığı olasılığının bir göstergesi olarak tanımlanabilir. Bu doğrultuda da davranışsal niyetlerin doğru olarak ölçülmesi kurumların müşteri ilişkileri yönetimi açısından müşterilerinin gelecekteki davranışlarını belirlemede önemli bir gösterge olacaktır.

Sosyal psikologlar, bireylerin davranışsal niyetlerini ve gelecekteki davranışlarıyla ilişkilerini kapsamlı bir şekilde araştırmışlardır. Davranışsal niyet kavramı sosyal psikoloji alanındaki Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisinden köken almaktadır. Birbiri ile bağlantılı olarak geliştirilmiş bu teorilere göre davranışların ve bu davranışa doğrudan (eylem, hedef, bağlam ve zaman açısından) karşılık gelen niyetlerin tahmin edilebileceği öngörülmektedir. Sosyal etkileyiciler ve algılanan kontrol ile bağlantılı olarak da davranışsal niyet ve sonraki davranışların öngörülebileceği ifade edilmektedir (Andrew Smith ve Biddle, 1999). Sonuç olarak her iki teoride, herhangi bir davranışın en önemli belirleyicisinin, kişinin davranışını gerçekleştirme niyeti olduğu ileri sürülmektedir.

Pazarlama literatürüne göre ise Zeithaml ve arkadaşları (1996) davranışsal niyeti müşterilerin belirli bir hizmet işletmesi ile ilişkisini güçlendirdiğinin ve bu ilişkiyi devam ettireceğinin bir göstergesi olarak tanımlamışlardır. Müşterilerin hizmet kalitesi değerlendirmeleri düşük olduğunda, davranışsal niyetleri de olumsuzdur ve ilişkinin zayıflaması daha olasıdır. Hizmet kalitesi değerlendirmeleri yüksek olduğunda ise davranışsal niyetleri olumlu ve işletme ile ilişkileri de güçlüdür. Davranışsal niyet kavramı olumlu ve olumsuz davranışsal niyetler olmak üzere iki başlıkta ele alınabilir (Zeithaml vd., 1996).

- **Olumlu davranışsal niyetler:** Müşterilerin işletme hakkında olumlu konuşma, işletmeyi başkalarına tavsiye etme, işletmeye sadık kalma, işletme için daha fazla para harcama veya işletmeye daha yüksek fiyat ödeme gibi niyetlerini göstermektedir. Olumlu davranışsal niyetler sıklıkla müşterinin işletmeye olan sadakati ile temsil edilmektedir (Zeithaml vd., 1996).

Müşteri sadakati, müşterilerin dış etkenlere ve olası pazarlama çabalarına rağmen müşterisi oldukları işletme ile olan ilişkilerini devam ettirmeleri ve işletmenin taraftarı olmaları olarak tanımlanabilir. Müşteri sadakati, bir işletmenin uzun vadeli canlılığı veya sürdürülebilirliği için önemli bir bileşen olduğundan, tüketici pazarlama çalışmalarının önemli bir hedefidir. Sadakat ölçümü, müşterinin elde tutulmasının daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Mevcut müşterileri elde tutma, genellikle yenilerini kazanmaktan çok daha düşük bir maliyete sahiptir. Ayrıca, sadık müşteriler, ücretsiz sözlü reklam aracılığı olarak hareket ederek arkadaşlarına, akrabalarına veya diğer potansiyel müşterilere bir ürün/hizmet önermeye daha yatkındır (Chen ve Chen, 2010). Müşteri sadakatinin ölçümü davranışsal, tutumsal ve karma yaklaşımla açıklanmaktadır. Davranışsal yaklaşımda sadakat ile müşterinin tutarlı ve tekrarlı bir şekilde tekrar satın alma davranışı ve satın alma sıklığına atıfta bulunmaktadır. Tutumsal yaklaşım ise müşterinin hizmet sağlayıcı ile ilişkisini sürdürmek için özel bir istek duyması, sadakat hissi ve bağlılıkla ilgili bir kavramdır. Karma yaklaşım ise, davranışsal ve tutumsal yaklaşımın bir karışımı olup, bu yaklaşıma göre müşteri sadakati; müşterinin mevcut işletmenin mal ve hizmetlerini yeniden alma bağlılığı, işletmenin tarafında yani rakiplerin aleyhinde olması, işletmeyi ve ürünlerini diğerlerine tavsiye etmesi şeklinde açıklanabilir. Sonuç olarak müşteri sadakatinin olması için bazı davranış biçimlerinin müşteride var olması gerekmektedir. Bunlar; düzenli yeniden satın alma davranışının gösterilmesi, işletmenin tek bir mal veya hizmetini değil, çapraz satış tekniklerinden yararlanarak zamanla diğer mal ve hizmetlerini de satın almak, işletme hakkında tavsiyelerde bulunmak ve rakip işletmelerin çabalarından etkilenmemektir (Değermen, 2006, s.76).

- **Olumsuz davranışsal niyetler:** Müşterilerin işletme hakkında olumsuz konuşma, başka bir işletmeye geçiş yapma, işletmeye ve diğer kuruluşlara şikayette bulunma, işletmeyi daha az tercih etme gibi davranışlardan oluşmaktadır. Hizmet performansını daha düşük olarak algılayan müşteriler,

işletmeden ayrılmak veya işletme ile daha az ilişki de bulunmak için hazır olduklarını belirten davranışlar sergileyebilir. Bu davranışlar, birçok araştırmacı tarafından memnuniyetsizlikten kaynaklanan ve tepkiyi öngören ya da eşlik eden olumsuz cevapların bir kombinasyonu olarak görülmektedir. Olumsuz davranışsal niyetlerin en spesifik göstergeleri arkadaşlara veya dış kurumlara şikayette bulunmak gibi farklı şikayet türleri ve rakiplere geçiş düşüncesini içermektedir. Müşterinin işletmeden olası ayrılmasının bir diğer önemli göstergesi ise, işletme ile yaptığı iş miktarını azaltmasıdır (Zeithaml vd., 1996). Cronin ve Taylor (1992) tarafından yapılan araştırma, hizmet işletmesinden duyulan memnuniyetin ve pozitif hizmet kalite algılamalarının davranışsal niyetleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, aldığı hizmetten memnun olan bir müşteri olumlu bir tutum içerisinde olacakken; hizmetten memnun olmayan bir müşteri ise olumsuz davranışsal niyetler gösterebilecektir (Cronin Jr ve Taylor, 1992; Zeithaml vd, 1996).

Zeitham ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yayınlanan “Hizmet Kalitesinin Davranışsal Sonuçları” başlıklı makalelerinde hizmet kalitesini algılayan hizmet performansı ile ele alarak davranışsal niyet kavramı ile arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Yazarlar çalışmalarında, davranışsal niyetleri ölçen 13 soruluk beş boyutlu bir ölçme aracı geliştirmişlerdir. Burada davranışsal niyet; işletmeye olan bağlılık-sadakət, daha fazla ödemeye isteklilik, işletmeyi değiştirmek, probleme karşı içsel yanıt ve probleme karşı dışsal yanıt şeklinde beş boyut altında incelenmiştir. Literatürde de kavram incelenirken bu beş boyutlu ölçek öne çıkmaktadır. Çalışma sonucunda müşterilerin davranışsal niyetlerinin sunulan hizmetlerden güçlü bir şekilde etkilendiği ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesinin olumlu davranışsal niyetleri arttırabileceği ve olumsuz niyetleri azaltabileceği bulgulanmıştır. Ayrıca, işletmelerin hizmet sorunlarını önlemeleri, müşterilerin sorunlarını etkili bir şekilde çözmeleri ve arzu edilen hizmet düzeylerini karşılama çabaları, müşterileri olumlu davranışsal niyetlere yönlendirebilecek stratejiler arasındadır (Zeithaml vd, 1996).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümü araştırmanın önemi ve kısıtları, araştırmanın amacı ve tipi, araştırmanın değişkenleri, modeli ve hipotezleri, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, veri toplama aracı, ön test, verilerin toplanması, verilerin analizi alt başlıkları ile sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Önemi ve Kısıtları

Sağlık sektöründe hasta ve yakınlarının daha geniş bir ifadeyle sağlık hizmeti alıcılarının şikayetleri hasta ve çalışan güvenliği ile kalite sistemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi açısından stratejik bir araç niteliğinde olup, detaylı olarak ele alınıp değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışma da bir sağlık kurumuna iletilen 5 yıllık şikayetlerin detaylı incelemesi yapılmış olup çıktılarının sağlık hizmet sunucuları ve sağlık yöneticileri ile paylaşılması daha nitelikli ve kaliteli hizmet sunumu açısından önemlilik arz etmektedir. Çalışmanın retrospektif olarak yürütülmesi ve hastane kayıtlarının düzenli tutulmaması doküman incelemesinde yaşanan kısıtlılıklardır. İşletmelerin sürdürülebilir rekabet üstünlüğü elde etmeleri müşterileri ile uzun vadede başarı ilişkiler kurmalarına bağlıdır. Müşterileri istek ve beklentilerini karşılama ve kaliteli hizmet sunmayı amaçlayan işletmeler, beraberinde müşteri tatmini ve sadık müşterileri kazanmış olacaklardır. İşletmelerin hizmet iyileştirmelerinde müşterilerin şikayet kanalları ile ilettikleri geri bildirimler önemlidir, bu süreçte müşteriler işletmelere ikinci bir şans verirler ve şikayetlerinin etkili bir şekilde ele alınıp, çözümlenmesini beklerler. Bu çalışmada önerilen modelde ana değişken olan şikayet yönetiminin, algılanan hizmet kalitesi, kuruma güven, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet kavramları ile olan etkileşimleri incelenmiş ve bir model önerisi sunulmuştur. Önerilen modelin veri seti, şikayette bulunanlara telefonla ulaşılarak oluşturulmuştur. Şikayette bulunanların zaman içerisinde iletişim bilgilerini değiştirmesi yada şikayette bulunmadıkları bildirmeleri veri toplama yöntemi açısından zorluğunu, araştırmanın tek bir hastane örnekleminde yapılması ise genellenebilirliği açısından kısıtlarını oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışmasının amacı;

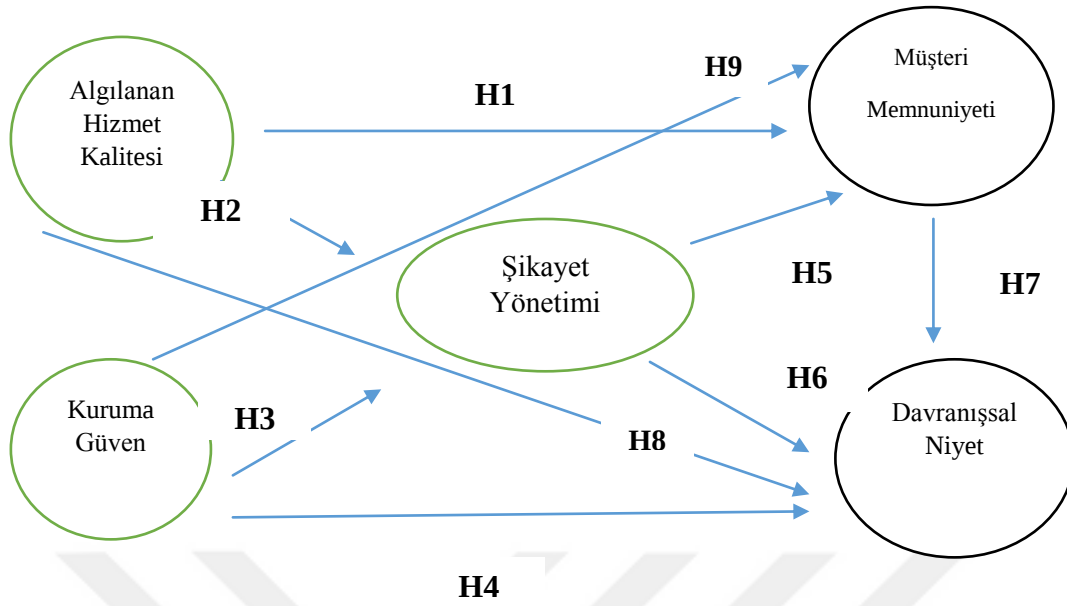
I. Retrospektif olarak 2017-2016-2015-2014-2013 yıllarına ait hastaneye iletilen şikayetlerin döküman analizi ile incelenmesi ve

II. Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesidir.

Bu araştırma da nitel ve nicel değişkenlerin birlikte kullanıldığı karma yöntem kullanılmıştır. Çalışmanın nitel olarak kurgulanan kısmı birinci amaca yönelik olup, veri toplama yöntemi olarak doküman incelemesinden yararlanılmıştır. Çalışmanın nicel olarak kurgulanan kısmı ise ikinci amaca yönelik olup değişkenler arasındaki ilişkiyi yapısal eşitlik modellemesi ile ortaya çıkarmayı amaçlayan keşifsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri, Modeli ve Hipotezleri

Araştırmanın ana değişkeni ve aracı değişkeni şikayet yönetimidir. Hizmet kalitesi ve kuruma güven bağımsız değişkenler olup, davranışsal niyet ve müşteri memnuniyeti ise bağımlı değişkenlerdir. Yapılan literatür araştırması sonucu bu beş değişken arasındaki ilişkiler aşağıdaki modelde gösterilmiş olup Yapısal Eşitlik Modellemesi olan Path analizi ile test edilmiştir. Araştırma modeli Şekil 3.1’de gösterilmektedir.



Şekil 3.1 Araştırma Modeli

Araştırmanın hipotezleri ilgili literatür ışığında kurulmuş olup aşağıda yer almaktadır.

Hipotez 1

H0: Algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini etkisi yoktur.

H1: Algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

Algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H1_A: Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

H1_B: Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

H1_C: Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkânlar” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

H1_D: Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

H1_E: Algılanan hizmet kalitesinin “mekân özellikleri” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

Hipotez 2

H0: Algılanan hizmet kalitesinin şikayet yönetimine etkisi yoktur.

H2: Algılanan hizmet kalitesinin şikayet yönetimine etkisi vardır.

Algılanan hizmet kalitesinin şikayet yönetimine etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H2_{A1}: Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{A2}: Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{B1}: Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{B2}: Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{C1}: Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkânlar” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{C2}: Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkânlar” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{D1}: Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{D2}: Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{E1}: Algılanan hizmet kalitesinin “mekân özellikleri” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H2_{E2}: Algılanan hizmet kalitesinin “mekân özellikleri” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 3

H0: Kuruma güvenin şikayet yönetimine etkisi yoktur.

H3: Kuruma güvenin şikayet yönetimine etkisi vardır.

Kuruma güvenin şikayet yönetimine etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H3_A: Kuruma güvenin, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.

H3_B: Kuruma güvenin, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 4

H0: Kuruma güvenin davranışsal niyete etkisi yoktur.

H4: Kuruma güvenin davranışsal niyete etkisi vardır.

Kuruma güvenin davranışsal niyete etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H4_A: Kuruma güvenin, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H4_B: Kuruma güvenin, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 5

H0: Şikayet yönetiminin müşteri memnuniyetine etkisi yoktur.

H5: Şikayet yönetiminin müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

Şikayet yönetiminin müşteri memnuniyetine etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H5_A: Şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutunun, müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

H5_B: Şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutunun, müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

Hipotez 6

H0: Şikayet yönetiminin davranışsal niyete etkisi yoktur.

H6: Şikayet yönetiminin davranışsal niyete etkisi vardır.

Şikayet yönetiminin davranışsal niyete etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H6_{A1}: Şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H6_{A2}: Şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H6_{B1}: Şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H6_{B2}: Şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 7

H0: Müşteri memnuniyetinin davranışsal niyete etkisi yoktur.

H7: Müşteri memnuniyetinin davranışsal niyete etkisi vardır.

Müşteri memnuniyetinin davranışsal niyete etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H7_A: Müşteri memnuniyetinin, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H7_B: Müşteri memnuniyetinin, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 8

H0: Algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyete etkisi yoktur.

H8: Algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyete etkisi vardır.

Algılanan hizmet kalitesinin davranışsal niyete etkisi vardır ana hipotezinden hareketle aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir.

H8_{A1}: Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{A2}: Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{B1}: Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{B2}: Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{C1}: Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkânlar” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{C2}: Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkânlar” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{D1}: Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{D2}: Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{E1}: Algılanan hizmet kalitesinin “mekân özellikleri” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

H8_{E2}: Algılanan hizmet kalitesinin “mekân özellikleri” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.

Hipotez 9

H0: Kuruma güvenin müşteri memnuniyetine etkisi yoktur.

H9: Kuruma güvenin müşteri memnuniyetine etkisi vardır.

Hipotez 10

H0: Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolü yoktur.

H10: Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın ilk kısmını oluşturan hasta şikayetlerinin sınıflandırılmasına ait veriler; 2013-2014-2015-2016-2017 yıllarına ait SABİM, BİMER, CİMER, dilekçeler ve hastane web sayfası ile iletilen şikayetlerden doküman analizi ile elde edilmiş olup herhangi bir örneklem seçilmeden ulaşılabilen bütün şikayetler incelenmiştir. Toplamda ulaşılabilen ve incelenen şikayet sayısı 1912'dir.

Çalışmanın ikinci bölümünü oluşturan yapısal eşitlik modellemesi için oluşturulacak veri setinde aşağıdaki formül kullanılarak 1912 kişiden daha önceki çalışmalardan standart sapma 0,8 ve yanılma payı 0,8 olarak belirlenerek, 0,05 anlamlılık düzeyinde örneklem hacmi aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$N=1912, \alpha = 0,05, \sigma = 0,8, Z_{0,05/2} = 1,96, d = 0,8$$

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2} = \frac{1912 \cdot (0,8)^2 \cdot (1,96)^2}{(0,8)^2(1912-1) + (0,8)^2 \cdot (1,96)^2} \cong 320$$

Örneklem hacmi 320 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda 2015-2017 yıllarında hastaneye şikayetlerini ileten 450 kişiye telefonla ulaşılarak veri seti oluşturulmuştur.

3.5. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada birincil veri kaynağı kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anketler 5'li Likert tipinde yapılandırılmış olup, 1=Kesinlikle karşı fikirdeyim 2=Karşı fikirdeyim 3=Nötr 4=Aynı fikirdeyim 5=Tamamen aynı fikirdeyim şeklinde sıralanmıştır. Araştırma değişkenlerinin ölçümünde kullanılan ölçekler ve dayandığı kaynaklar aşağıda açıklanmıştır.

Algılanan hizmet kalitesinin ölçümü

Algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL modeli ve Cronin ve Taylor tarafından geliştirilen SERVPERF modeli literatürde en çok kullanılan iki yöntemdir. SERVQUAL modeli 22 soru ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada SERVQUAL modelinin Carmen tarafından hastanelere uyarlanan anketi kullanılmıştır. Anketin ülkemizde geçerliliği Tarım (2002) tarafından test edilmiştir. Anket 34 soru ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

Bu boyutlar; elle tutulabilen özellikler, güvenilirlik, cevaplandırma, güven, nezaket ve kişisel önemdir.

Kuruma güvenin ölçümü

Kurumsal güvenilirlik ölçeği Newell ve Goldsmith (2001) tarafından geliştirilmiş olup 8 soru ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar güvenilirlik ve uzmanlıktır. Uzmanlık alt boyutundaki 4. soru ters kodlanmıştır.

Şikayet yönetiminin ölçümü

Şikayet yönetimi ölçeği ilgili literatür ışığında geliştirilmiştir (Blodgett vd., 1997; Folger ve Konovsky, 1989; Maxham III ve Netemeyer, 2002; Smith, Bolton ve Wagner, 1999). Ölçek 19 soru ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; prosedür adaleti (6 soru), etkileşim adaleti (9 soru) ve dağıtım adaletidir (4 soru). Prosedür adaletinin 3. sorusu ve etkileşim adaletinin 9. sorusu ters kodlanmıştır.

Müşteri memnuniyetinin ölçümü

Müşteri memnuniyeti ölçeğinin alt boyutu bulunmamakta olup, 8 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Taylor ve Baker'in (1994) çalışmasından alınmıştır.

Davranışsal Niyetin ölçümü

Davranışsal niyet ölçeği Zeithaml ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, 5 alt boyut ve 13 sorudan oluşmaktadır. Bu boyutlar; müşteri sadakati, değiştirme eğilimi, daha fazla ödeme, dışsal yanıt ve içsel yanıtıdır. Değiştirme eğilimi boyutuna ait 6. ve 7. sorular ters kodlanmıştır.

İngilizce kaynaklardan alınan maddelerin dil geçerliliğinin sağlanması için, ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi İngilizce dili okutmanı olan iki kişi ve çalışmanın yapıldığı alanda uzman olan iki kişi tarafından yapılmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin İngilizce halini görmeyen alanında uzman iki kişi tarafından İngilizce'den geri Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Yapılan çeviriler sonrası soruların biçimsel ve ifade bakımından alanında uzman akademisyenler tarafından değerlendirilerek son hali oluşturulmuştur.

3.6. Öntest

Veri toplanma aşamasına geçilmeden önce anket sorularının anlaşılabilirliği, cevaplanma süresi ve anket formunun güvenilirlik ve geçerliliğini ölçmek için 50 kişi ile

bir pilot çalışma yapılmıştır. Altunışık'a göre (2008) ön test amaçlı belirlenecek örneklem büyüklüğü ile ilgili literatürde fikir birliği olunan konu; örneklem büyüklüğünün küçük olması ve çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenmesidir. Yazar genellikle ön test amaçlı yapılan çalışmalarının örneklem büyüklüğünün 5-10 ile 50-100 arası olduğunu belirtmektedir. Ön testte alınan geri bildirimlerle sorular anlaşılır bulunmuş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Anketin ortalama cevaplanma süresi 15-30 dakika arasındadır.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler toplanmadan önce X Üniversitesi X Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığı'nın 60263016-050.06 (2017/5) sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır ve hastaneye etik kurul onayı beyan edilerek çalışmaya başlanmıştır. Hasta şikayetlerinin sınıflandırılması amacıyla yapılan doküman analizi 07/2017-06/2018 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci kısmına ait veriler ise 08/2018-09/2018 tarihleri arasında araştırmacının kendisi tarafından katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği açıklandıktan sonra sözel onamları alınarak toplanmıştır. Anketle veri toplama yöntemlerinden telefonla anket yöntemi kullanılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Analizin başlangıç çalışması olarak veri setinde yer alan şikayetlerin sınıflandırılması yapılmış olup, frekanslar ile değerlendirilmiştir. Şikayette bulunanların yaşlarına, eğitim, tekrarlı şikayet etme, başvurdıkları şikayet yolları ile şikayetlerin yıllara, başvuru sahibine, hizmet türüne, ilgili oldukları birime, nedenlerine, hak ihlali, hak ihlali türüne, sonuçlandırılma ifadelerine ve sürelerine, adli vaka durumlarına ve şikayet edilenlerin mesleklerine göre ele alınan veri seti, frekanslar kullanılarak taksonomi ile sınıflandırılmıştır. Şikayet nedenlerinin şikayet edilen personellere göre fark olup olmadığı ise ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi için SPSS 21 paket programı ile bu programa entegre olan ve Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) çalışmalarının gerçekleştirilmesine yardımcı olan AMOS paket programı kullanılmıştır. YEM; faktör analizi ve regresyon analizinin birleşiminden oluşan, gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkileri test eden ve doğrulayıcı faktör analizi ile de örtük değişkenler arasındaki ilişkileri test eden yapısal model analizlerinin genel adıdır. Yapısal Eşitlik Modellemesine başlamadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğu

değerlendirilmiştir. Dağılımın basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiş ve verilerin normal dağılım sergiledikleri saptanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini ve yapı geçerliliğini test etmek için; ilk olarak açıklayıcı/keşfedici faktör analizi uygulanmıştır. Sonrasında ise doğrulayıcı faktör analizi ile de başta açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörlerin oluşturduğu yapı altındaki ilişkiler ve kuramsal olarak geliştirilen hipotezlerin doğrulanması yapılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlikleri ise, Cronbach Alfa değerleri ile test edilmiştir. Karagöz'ün (2015) belirttiğine göre Cronbach Alfa değerinin $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir şeklinde yorumlanmaktadır.

Bu aşamadan sonra değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ve önerilen modelin test edilmesinde Path analizi kullanılmıştır. Aşağıda Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Path Analizi açıklanmaktadır.

- Açıklayıcı-Açımlayıcı-Keşfedici Faktör Analizi (AFA): Genellikle ölçek geliştirme ve test etme çalışmalarının ilk aşamalarında kullanılmakta olup, ölçeklerinden güvenilirliğini ve yapı geçerliliğini test etmektedir. Bu aşamada gözlenen değişkenlerin arasındaki ilişkiler göz önüne alınarak faktörler belirlenmektedir. Buradaki amaç çok sayıdaki gözlenen değişkenden birbiri ile tutarlı daha az sayıda değişken ve bunların oluşturduğu faktörlerin belirlenmesidir. AFA değişkenler arası ilişkiyi maksimum, gruplar arası ilişkiyi ise minimum yaparak (grup içi homojen, gruplar arası heterojen) değişken sayısını azaltarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır. AFA'da yapılacak ilk işlemlerden biri tüm gözlenen değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisini gösteren korelasyon matrisinin incelenmesidir; çünkü faktör analizinin uygulanabilmesi için matristeki korelasyonların olabildiğince yüksek olması gerekmektedir. Barlett Küresellik testi verilerin çoklu normal dağılımdan gelip gelmediğini, korelasyon matrisindeki ilişkilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını test etmektedir. Bu test sonucunun anlamlı kabul edilebilmesi için anlamlılık değerinin 0,05'ten küçük olması ($p < 0,05$) gerekmektedir. AFA'da veri yeterliliğini belirlemek için yani belirli bir örneklemden elde edilen veri yapısının faktör analizi için uygun olup olmadığına karar vermek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmaktadır. KMO testi değeri 0,50'nin altında

olması örneklemin faktör analizi için yeterli olmadığını ifade etmektedir. KMO değeri 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel şeklinde yorumlanmaktadır. Faktörlerin rotasyonu işleminde eğik ve dikey rotasyona göre; quartimax, varimax, equamax, oblimin, orthoblique, promax gibi yöntemler kullanılmaktadır. En çok tercih edilen rotasyon tekniği olan varimax (veri değişkenlikleri doğrultusunda rotasyon işlemi); araştırmacılara faktörleri yorumlama kolaylığı ve faktör skor katsayılarına ulaşma imkânı sağlamaktadır. Bu çalışmada da varimax yöntemi tercih edilmiştir (Karagöz vd., 2016; Gürbüz ve Şahin, 2016 ss 309-313).

- Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Doğrulayıcı faktör analizi ile AFA'da oluşturulmuş faktörlerin doğruluğu test edilmektedir. DFA'da değişkenlerin oluşturduğu yapı altındaki ilişkiler kuramsal olarak geliştirilen hipotezler aracılığı ile test edilmektedir. Genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik çalışmalarında kullanılan DFA daha önce belirlenmiş ölçeklerin özgün yapısının mevcut veriler ile doğrulanıp doğrulanmadığını test etmektedir. DFA'da birinci düzey, ikinci düzey, üçüncü düzey, dördüncü düzey ve yüksek düzey modeller yer almaktadır (Karagöz vd. 2016; Gürbüz ve Şahin, 2016 s. 334-335).
- Path Analizi-Yol Analizi: İki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkilerin test edildiği çoklu regresyon mantığı ile çalışan modellerdir. Path analizinde ilk olarak teorik bir model geliştirilir. Geliştirilen modelin path diyagramı düzenlenir ve görsel olarak betimlenir. Path diyagramının ölçüm modelinin tanımlanması ve sonrasında da önerilen modelin hesaplanması gerçekleştirilir. Yapısal model tanımlanır ve son aşamada uyum iyiliği kriterleri ile değerlendirilir. Özetle son aşamada hipotezlerin kabul veya reddi ve model uyumunun değerlendirilmesi model uyum kriterleri kullanılarak yapılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016, s.336).

Literatürde analizlerin hangi uyum indeksleri ile değerlendirileceğine dair kesin bir bilgi bulunmamakla birlikte, genel olarak ki-kare, CMIN/DF, CFI, GFI, RMSEA vb. indeks değerleri verilmektedir (Karagöz ve Ağbektas, 2016). Aşağıdaki tabloda model uyum kriteri ve eşik değerleri verilmiştir. Bu çalışmada da ilgili değerler esas alınarak değerlendirmeler yapılmıştır.

Tablo 3.1 Model Uyum Kriteri ve Eşik Değerleri

Model Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2 Uyum testi	$0,05 < p \leq 1$	$0,01 < p \leq 0,05$
CMIN/SD	$\chi^2 / sd \leq 3$	$\chi^2 / sd \leq 5$
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$
Model Karşılaştırma Uyum İndeksleri		
AIC	AIC indeks değeri en küçük olan model	
CAIC	CAIC indeks değeri en küçük olan model	
ECVI	ECVI indeks değeri en küçük olan model	

Kaynak (Karagöz ve Ağbektas, 2016)

Sonuç olarak araştırmada saptanan uyum ölçülerinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum göstermeleri, verilerin iyi uyuma sahip olduğunu ve araştırma modelinin istatistiksel olarak anlamlı ve geçerli olduğunu açıklamaktadır.

4. BULGULAR

Bu tez çalışmasının bulguları; hastane şikayetlerine ait döküman analizi ile elde edilen verilerin değerlendirilmesi, araştırma da kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistik bulguları ve Path Analizi bulguları olmak üzere dört alt başlık altında sunulmuştur.

4.1. Hastane Şikayetlerine Ait Döküman Analizi ile Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Hastane şikayetlerine ait veriler; şikayetçilerin yaşlarına, eğitim durumlarına, tekrarlı şikayet başvurularına, başvurdukları şikayet kanallarına göre değerlendirilmiştir. Şikayetlerin ise yıllara, başvuru sahibine, ilgili oldukları hizmet türüne, birime ve anabilim dalına, şikayet edilenlerin mesleklerine, nedenlerine, hak ihalili, hak ihlali türü, çözümlenmesi ve şikayetçi ile iletişim şekli, şikayetçiye geri dönüş içeriği, sonuçlandırılması ve sonuçlandırılma ifadeleri, sonuçlandırılmasında geçen süre, adli vaka ve eksik evrak durumlarına göre değerlendirilmiştir. Son olarak da hasta şikayetlerinin Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisine göre sınıflandırılmasına yer verilmiştir.

4.1.1. Şikayetçilerin Yaşlarına Göre Dağılımları

Şikayetçilerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %34,9'u 19-30, %27,1'i 31-40, %20,4'ü 41-50, %10,6'sı 51-60, %6,1'i 61 yaş ve üzeri, %0,8'i 18 yaş ve altı yaş gruplarında yer almaktadır (Tablo 4-1). Ayrıca şikayetçilerin yaş ortalaması $37,74 \pm 13,12$ olup minimum 16 maksimum 83 yaş aralığındadırlar.

Tablo 4-1: Şikayetçilerin Yaşlarına Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
18 yaş ve altı	7	0,8
19-30 yaş arası	313	34,9
31-40 yaş arası	243	27,1
41-50 yaş arası	183	20,4
51-60 yaş arası	95	10,6
61 yaş ve üzeri	55	6,1
Toplam	896	100,0

Yaşa ait toplamda 896 adet veri elde edilmiştir.

4.1.2. Şikayetçilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Şikayetçilerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %34,0'ının lise, %30,3'ünün lisans, %19,3'ünün ilköğretim, %10,3'ünün ön lisans, %5,6'sının lisansüstü eğitimi mezunu olduğu ve % 0,6'sının da okuryazar olmadığı görülmektedir (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Şikayetçilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	7	0,6
İlköğretim	231	19,3
Lise	408	34,0
Ön lisans	123	10,3
Lisans	364	30,3
Lisansüstü	67	5,6
Toplam	1200	100,0

Eğitime ait toplamda 1200 adet veri elde edilmiştir.

4.1.3. Şikayetçilerin Tekrarlı Şikayet Başvurularına Göre Dağılımları

Şikayetçilerin tekrarlı şikayet başvuruları değerlendirildiğinde; %78,2'sinin ilk kez, %21,8'inin ise daha önce başvurusunun bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: Şikayetçilerin Tekrarlı Şikayet Başvurularına Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk Kez Başvuru	1446	78,2
Daha Önce Başvuru	404	21,8
Toplam	1912	100,0

4.1.4. Şikayetçilerin Başvurdukları Şikayet Kanallarına Göre Dağılımı

Şikayetçilerin başvurdukları şikayet kanalları incelendiğinde; %60,7'si dilekçe, %30,9'u BİMER, %5,7'si SABİM, %1,9'u CİMER, % 0,7'si ise web sayfası aracılığı ile şikayetlerini iletmışlerdir (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Şikayetçilerin Başvurdukları Şikayet Kanallarına Göre dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
BİMER	588	30,9
SABİM	109	5,7
CİMER	37	1,9
Dilekçe	1156	60,7
Web Sayfası	13	0,7
Toplam	1903	100,0

Şikayet kanallarına ait toplamda 1903 adet veri elde edilmiştir.

4.1.5. Şikayetlerin Yıllara Göre Dağılımı

Şikayetlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; %23,8'inin 2017, %23,1'inin 2013, %20,1'inin 2014, %18,3'ünün 2015 ve %14,7'sinin 2016 yılına ait olduğu görülmektedir (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Şikayetlerin Yıllara Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
2017	455	23,8
2016	280	14,7
2015	350	18,3
2014	384	20,1
2013	442	23,1
Toplam	1911	100,0

Yıl bilgisine ait toplamda 1911 adet veri elde edilmiştir.

4.1.6. Şikayetlerin Başvuru Sahibine Göre Dağılımı

Şikayetlerin başvuru sahibine göre dağılımları incelendiğinde; %56,1'inin hasta yakınları, %43,6'sının hastalar ve %0,3'ünün diğer kişiler tarafından iletildiği görülmektedir (Tablo 4-6).

Tablo 4- 6: Şikayetlerin Başvuru Sahibine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta	815	43,6
Hasta Yakını	1050	56,1
Diğer	6	0,3
Toplam	1871	100,0

Başvuru sahibi bilgisine ait toplamda 1871 adet veri elde edilmiştir.

4.1.7. Şikayetlerin Hizmet Türüne Göre Dağılımları

Şikayetlerin hizmet türüne göre dağılımları incelendiğinde; %60,9'unun ayaktan hasta hizmetleri, %24,2'sinin yatan hasta hizmetleri ve %14,9'unun da tetkik ve görüntüleme hizmetleri ile ilgili olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Şikayetlerin Hizmet Türüne Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ayaktan hasta hizmetleri	1141	60,9
Yatan hasta hizmetleri	454	24,2
Tetkik ve görüntüleme hizmetleri	280	14,9
Toplam	1875	100,0

Hizmet türü bilgisine ait toplamda 1875 adet veri elde edilmiştir.

4.1.8. Şikayetlerin İlgili Oldukları Birime Göre Dağılımları

Şikayetlerin ilgili oldukları birime göre dağılımları incelendiğinde; %73,6'sı tıbbi hizmetler, %23,4'ü idari hizmetler ve %0,3'ü hemşirelik hizmetleri ile ilgilidir (Tablo 4-8).

Tablo 4-8: Şikayetlerin İlgili Oldukları Birime Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hemşirelik hizmetleri	57	0,3
Tıbbi hizmetler	1382	73,6
İdari hizmetler	439	23,4
Toplam	1878	100,0

Birim bilgisine ait toplamda 1878 adet veri elde edilmiştir.

4.1.9. Şikayetlerin İlgili Oldukları Anabilim Dalı ve Birime Göre Dağılımları

Hastaneye 2013-2017 yıllarında iletilen şikayetler incelendiğinde; şikayetlerin %54,0'ı (n=946) dahili birimlerle ilgili, %33,0'ı (n=581) cerrahi birimlerle ilgili, %6,7'si (n=118) birim belirtmeden yapılan şikayetlerden oluşmaktadır. Şikayetlerin sırasıyla; %14,9'u İç Hastalıkları ve ilgili bilim dalları, % 12,9'u Radyoloji, %8,8'i Çocuk Hastalıkları ve ilgili bilim dalları, %7,5'i Acil Tıp, %5,7'si Kadın Hastalıkları ve Doğum, %4,3'ü Nöroloji, %3,7'si Kardiyoloji, %3,4'ü Göz Hastalıkları, %3,1'i Genel Cerrahi, %2,6'sı Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları, %2,1'i Fiziki Tıp ve Rehabilitasyon, %2,0'ı Göğüs Hastalıkları, %1,7'si Beyin Cerrahisi, %1,6'sı Anesteziyoloji ve Reanimasyon, %1,5'i Üroloji, %1,2'si Psikiyatri, %1,1'i Cildiye, %0,9'u Çocuk Cerrahisi, %0,8'i Kalp Damar Cerrahisi, %0,7'si Tıbbi Biyokimya, %0,6'sı Enfeksiyon Hastalıkları, %0,6'sı Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, %0,5'i Aile Hekimliği %0,5'i Göğüs Cerrahisi, %0,3'ü Genetik, %0,3'ü Nükleer Tıp, %0,2'si Tıbbi Patoloji, %0,2'si Radyasyon Onkolojisi, %0,1'i Adli Tıp, %0,1'i Parazitoloji Anabilim Dallarını ile ilgilidir. İdari hizmetlerle ilgili şikayetler incelendiğinde ise; %1,3'ü güvenlik, %0,8'i yemekhane, %0,7'si arşiv, %0,5'i eczane, %0,3'ü santral, %0,3'ü fatura, %0,2'si diyet, %0,1'i danışma, %0,1'i rapor birimleri ile ilgilidir. Şikayetlerin %0,7'si kan alma, %0,3'ü yoğun bakım, %0,3'ü ameliyathane, %0,2'si kantin, %0,1'i diyaliz, %0,1'i kan merkezi ile ilgilidir (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Şikayetlerin İlgili Oldukları Anabilim Dalı ve Birime Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Radyoloji	226	12,9
Kardiyoloji	65	3,7
Göğüs Hastalıkları	35	2,0
Cildiye	19	1,1
Aile Hekimliği	9	0,5
Psikiyatri	21	1,2
Fiziki Tıp ve Rehabilitasyon	36	2,1
Genetik	6	0,3
Nükleer Tıp	5	0,3
Nöroloji	76	4,3
Enfeksiyon Hastalıkları	11	0,6
Adli Tıp	2	0,1
Radyasyon Onkolojisi	3	0,2
Çocuk Hastalıkları	126	7,2
Yeni Doğan	26	1,5
Çocuk Kardiyoloji	1	0,1
Genel Dahiliye	27	1,5
Romatoloji	10	0,6
Nefroloji	20	1,1
Tıbbi Onkoloji	88	5,0
Gastroenteroloji	84	4,8
Hematoloji	33	1,9
Kan merkezi	2	0,1
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	16	0,9
Diyaliz	1	0,1
Acil Tıp	131	7,5
Kadın Hastalıkları ve Doğum	100	5,7
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	28	1,6
Yoğun Bakım	5	0,3
Genel Cerrahi	55	3,1
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	45	2,6
Göğüs Cerrahisi	8	0,5
Üroloji	26	1,5
Ortopedi ve Travmatoloji	44	2,5
Göz Hastalıkları	60	3,4
Çocuk Cerrahisi	16	0,9
Beyin Cerrahisi	29	1,7
Kalp Damar Cerrahisi	14	0,8
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	11	0,6
Tıbbi Patoloji	4	0,2
Ameliyathane	5	0,3
Tıbbi Mikrobiyoloji	3	0,2
Tıbbi Biyokimya	13	0,7
Parazitoloji	1	0,1
Kan Alma	12	0,7
Eczane	8	0,5
Diyet	3	0,2
Danışma	2	0,1
Rapor	1	0,1
Fatura	5	0,3
Kantin	3	0,2
Santral	6	0,3
Güvenlik	22	1,3
Yemekhane	14	0,8
Arşiv	12	0,7
Birim Belirtilmeden Genel Şikayeti	118	6,7
Toplam	1752	100,0

Şikayetlerin ilgili olduğu anabilim dalı ve birime ait toplamda 1752 adet veri elde edilmiştir.

4.1.10. Şikayet Edilenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı

Şikayetlerin %45,7'si uzmanlık belirtilmeden yapılan genel şikayetler olup, %24,0'ı araştırma görevlisi hekimlerle, %8,5'i sekreterlerle, %8,2'si öğretim üyeleriyle, %5,2'si hemşirelerle, %2,3'ü teknikerle, %1,3'ü sekreter ve doktorlarla, %1,3'ü güvenlik personelleri, %0,9'u idari personelle, %0,8'i temizlik personelleri, %0,5'i intörn doktorlarla, %0,5'i hasta bakıcılarla, %0,2'si diyetisyenlerle, %0,2'si psikologlarla, %0,2'si yemekhane personelleri, %0,1'i kantin personelleri, %0,1'i öğrenci hemşirelerle ilgilidir (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Şikayet Edilenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğretim Üyesi	152	8,2
Araştırma Görevlisi	446	24,0
İntörn Doktor	10	0,5
Hemşire	96	5,2
Öğrenci Hemşire	1	0,1
Sekreter	157	8,5
Sekreter ve Doktor	25	1,3
Tekniker	43	2,3
Diyetisyen	3	0,2
Psikolog	3	0,2
İdari Personel	17	0,9
Hasta Bakıcı	9	0,5
Temizlik Personeli	15	0,8
Güvenlik Personeli	24	1,3
Yemekhane Personeli	4	0,2
Kantin Personeli	2	0,1
Uzmanlık Belirtilmeden Genel Şikayet	848	45,7
Toplam	1855	100,0

Şikayet edilenlerin mesleklerine ait toplamda 1855 adet veri elde edilmiştir.

4.1.11. Şikayetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Şikayetlerin nedenlere göre dağılımları incelendiğinde; %10'u olumsuz iletişim, %9,2'si kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar, %7,9'u ilgisizlik, %5,8'i tıbbi hata iddiası, %5,4'ü konaklama hizmetlerindeki yetersizlikler, %5,0'ı randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %5,0'ı başvuru günü muayene olamama, %4,8'i tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %2,5'i hastanede ilaç ve tıbbi malzeme yetersizliği, %2,3'ü tıbbi cihazın bozuk olması, %2,3'ü ücret, %1,9'u ilgili anabilim dalının olmaması, %1,9'u yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %1,8'i görev ihmal iddiası, %1,6'sı poliklinik sırasında aradan hasta alınması, %1,6'sı servis ve hasta odalarının temizliğinin yetersizliği, %1,3'ü sevkle ilgili sorunlar, %1,3'ü

yetersiz veya başarısız tedavi, %1,1'i sekreterin yanlış işlem yapması, %1,0'ı randevulu hastanın muayene olamaması, %1,0'ı öncelikli hastaların bekletilmesi, %1,0'ı dosya kaybı, %0,9'u hemşirelik hizmetleri için bekleme, %0,9'u randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi, %0,9'u yemekle ilgili sorunlar, %0,8'i komplikasyon veya istenmeyen olay, %0,8'i hasta mahremiyetinin ihlali, %0,7'si yönlendirme eksikliği, %0,7'si hekimin muayene saatine uymaması, %0,7'si ziyaret saati, %0,4'ü erken taburculuk, %0,4'ü fiziki ortam yetersizliği, %0,4'ü telefon santralinin yetersizliği, %0,4'ü ambulansla ilgili transfer, %0,3'ü konsültasyon problemleri, %0,3'ü bürokrasinin fazla olması, %0,3'ü dosya gecikmesi, %0,3'ü hasta eşyalarının kaybolması, %0,3'ü hekimin ameliyat yapmaması, %0,3'ü hasta yakınının muayeneye alınmaması, %0,2'si tetkikin tekrar istenmesi, %0,2'si tetkik materyalinin kaybolması, %0,2'si sonuçların güvenilirliği, %0,2'si hekim seçme hakkı ihlali, %0,2'si ameliyatta kusur ya da ihmal iddiası, %0,2'si hastane enfeksiyonu, %0,2'si yanlış barkod verilmesi, %0,1'i otopark, %0,2'si önceki şikayete yanıt alamama, %0,2'si taciz, %0,2'si sigara içilmesi, %0,1'i hasta yakınına kan taşıtırma, %0,1'i hastadan ameliyat için para istenmesi, %0,1'i hasta yokken giriş yapılması ile ilgili konuları kapsamaktadır (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Şikayetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Olumsuz iletişim	186	10,0
Kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar	170	9,2
İlgisizlik	147	7,9
Yönlendirme eksikliği	13	0,7
Profesyonel olmayan davranış	5	0,3
Yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme	35	1,9
Hekimin muayene saatine uymaması	13	0,7
Başvuru günü muayene olamama	92	5,0
Poliklinik sırasında aradan hasta alınması	30	1,6
Randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi	16	0,9
Randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi	92	5,0
Randevulu hastanın muayene olamaması	20	1,0
Öncelikli hastaların bekletilmesi	18	1,0
Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler	90	4,8
Öğretim üyesine ulaşamama	9	0,5
Hastanın ameliyata geç alınması	13	0,7
Hekimin ameliyat yapmaması	5	0,3
Hasta yakınının muayeneye alınmaması	5	0,3
Tetkik materyalinin kaybolması	4	0,2
Tetkinin tekrar istenmesi	4	0,2
Sonuçların zamanında çıkmaması	70	3,8
Sonuçların güvenilirliği	4	0,2
Hasta yakınına kan taşıtırma	2	0,1
Hekim seçme hakkı ihlali	4	0,2
Hasta mahremiyetinin ihlali	14	0,8
Hastadan ameliyat için para isteme	1	0,1
Ameliyatta kusur ya da ihmal iddiası	3	0,2
Görev ihmali iddiası	34	1,8
Tıbbi hata iddiası	108	5,8
Komplikasyon ve istenmeyen olay	14	0,8
Yetersiz veya başarısız tedavi	24	1,3
Erken taburculuk	7	0,4
Hastane enfeksiyonu	3	0,2
Hemşirelik hizmetleri için bekleme	17	0,9
Konsültasyon problemleri	6	0,3
Sevkle ilgili sorunlar	25	1,3
Rapor vermeme veya yanlışlık olması	65	3,5
Bürokrasinin fazla olması	5	0,3
Sekreterin yanlış işlem yapması	20	1,1
Hasta yokken giriş yapılması	2	0,1
Dosya kaybı	19	1,0
Dosya gecikmesi	5	0,3
Yanlış barkod	3	0,2
Tıbbi cihazın bozuk olması	42	2,3
Tıbbi cihaz yetersizliği	39	2,1
Personel yetersizliği	29	1,6
Konaklama hizmetlerinde ki yetersizlikler	100	5,4
Hastanede ilaç ve tıbbi malzeme yetersizliği	47	2,5
Servis ve hasta odalarının temizliğinin yetersizliği	29	1,6
Hastanın eşyalarının kaybolması	6	0,3
Fiziki ortam yetersizliği	9	0,5
Otopark	2	0,1
Yemekle ilgili sorunlar	16	0,9
Telefon santralinin yetersizliği	7	0,4
Taciz	3	0,2
Sigara içilmesi	3	0,2
Ücret	43	2,3
Ziyaret saati	13	0,7
İlgili bilim dalının olmaması	36	1,9
Ambulans ile ilgili transfer şikayetleri	7	0,4
Önceki şikayete yanıt alamama	3	0,2
Toplam	1856	100,0

Şikayet nedenine ait toplamda 1856 adet veri elde edilmiştir.

4.1.12. Hekimlerin Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Hekimlerin şikayet edilme nedenlerine göre dağılımları; öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve intörn doktor olmak üzere üç gruba ayrılarak incelenmiştir. Öğretim üyeleri hakkındaki şikayetler sırasıyla; %19,0 tıbbi hata iddiası, %11,8 ilgisizlik, %8,5 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %7,2 ücret, %5,9 olumsuz iletişim, %5,3 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %5,3 rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması, %5,3 sevkle ilgili problemler, %4,6 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %3,9 hastanın ameliyata geç alınması, %3,9 yetersiz veya başarısız tedavi, %3,3 görev ihmal iddiası, %3,3 öğretim üyesine ulaşamama, %2 hekimin ameliyat yapmaması, %2 başvuru günü muayene olamama, %2 yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %1,3 hekimin muayene saatine uymaması, %1,3 sonuçların zamanında çıkmaması, %1,3 erken taburculuk, %0,6 komplikasyon veya istenmeyen olay iddiası, %0,6 randevulu hastanın muayene olamaması, %0,6 randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi, %0,6 tetkikin tekrar istenmesinden oluşmaktadır.

Araştırma görevlileri hakkındaki şikayetler sırasıyla; %18,2 olumsuz iletişim, %15,9 ilgisizlik, %14,3 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %8,7 tıbbi hata iddiası, %7,6 başvuru günü muayene olamama, %5,6 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %3,1 yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %2,7 poliklinik sırasında aradan hasta alınması, %2,2 randevulu hastanın muayene olamaması, %2,2 rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması, %2,2 görev ihmal iddiası, %2,0 yetersiz veya başarısız tedavi, %2,0 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %2,0 muayenede öncelikli hastaların bekletilmesi, %1,8 hekimin muayene saatine uymaması, %1,3 randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi, %0,9 konsültasyon problemleri, %0,7 ameliyatta kusur yada ihmal iddiası, %0,7 komplikasyon veya istenmeyen olay iddiası, %0,7 sonuçların zamanında çıkmaması, %0,7 hasta mahremiyetinin ihlali, %0,5 hastanın ameliyata geç alınması, %0,5 yönlendirme eksikliği, %0,5 dosya kaybı, %0,5 konaklama hizmetlerindeki yetersizlikler, %0,2 profesyonel olmayan davranış, %0,2 hekimin ameliyat yapmaması, %0,2 öğretim üyesine ulaşamama, %0,2 ücret, %0,2 hasta yakınının muayeneye alınmaması, %0,2 hasta yakınına kan taşıtırılması, %0,2 tetkikin tekrar istenmesi, %0,2 erken taburculuk, %0,2 sevkle ilgili problemler, %0,2 ziyaret saati, %0,2 hekim seçme hakkının ihlalden oluşmaktadır.

İntörn doktorlar hakkındaki şikayetler sırasıyla; %60 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %30,0 olumsuz iletişim, %10,0 ilgisizlikten oluşmaktadır (Tablo 4-12).

Tablo 4-12: Hekimlerin Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Şikayet nedenleri	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi		İntörn Doktor	
	n	%	n	%	n	%
Olumsuz iletişim	9	5,9	81	18,2	3	30,0
İlgisizlik	18	11,8	71	15,9	1	10,0
Kaba saygısız ve duyarsız davranışlar	13	8,5	64	14,3	6	60,0
Profesyonel olmayan davranış	0	0	1	0,2	0	0
Tıbbi hata iddiası	29	19,0	39	8,7	0	0
Görev ihmal iddiası	5	3,3	10	2,2	0	0
Ameliyatta kusur yada ihmal iddiası	0	0	3	0,7	0	0
Komplikasyon veya istenmeyen olay iddiası	1	0,6	3	0,7	0	0
Yetersiz veya başarısız tedavi	6	3,9	9	2,0	0	0
Konsültasyon problemleri	0	0	4	0,9	0	0
Hekimin ameliyat yapmaması	3	2,0	1	0,2	0	0
Hastanın ameliyata geç alınması	6	3,9	2	0,5	0	0
Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler	7	4,6	9	2,0	0	0
Öğretim üyesine ulaşamama	5	3,3	1	0,2	0	0
Ücret	11	7,2	1	0,2	0	0
Hekimin muayene saatine uymaması	2	1,3	8	1,8	0	0
Poliklinik sırasında aradan hasta alınması	0	0	12	2,7	0	0
Başvuru günü muayene olamama	3	2,0	34	7,6	0	0
Randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi	8	5,3	25	5,6	0	0
Randevulu hastanın muayene olamaması	1	0,6	10	2,2	0	0
Randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi	1	0,6	6	1,3	0	0
Muayenede öncelikli hastaların bekletilmesi	0	0	9	2,0	0	0
Sonuçların zamanında çıkmaması	2	1,3	3	0,7	0	0
Yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme	3	2,0	14	3,1	0	0
Yönlendirme eksikliği	0	0	2	0,5	0	0
Rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması	8	5,3	10	2,2	0	0
Hasta yakınının muayeneye alınmaması	0	0	1	0,2	0	0
Hasta yakınına kan taşıttırılması	0	0	1	0,2	0	0
Tetkikin tekrar istenmesi	1	0,6	1	0,2	0	0
Erken taburculuk	2	1,3	1	0,2	0	0
Sevkle ilgili problemler	8	5,3	1	0,2	0	0
Dosya kaybı	0	0	2	0,5	0	0
Ziyaret saati	0	0	1	0,2	0	0
Hasta mahremiyetinin ihlali	0	0	3	0,7	0	0
Hekim seçme hakkının ihlali	0	0	1	0,2	0	0
Konaklama hizmetlerindeki yetersizlikler	0	0	2	0,5	0	0
Hasta eşyalarının kaybolması	0	0	0	0	0	0
Toplam	152	100	446	100	10	100

4.1.13. Diğer Sağlık Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Diğer sağlık çalışanlarının şikayet edilme nedenlerine göre dağılımları; hemşire, öğrenci hemşire, diyetisyen, psikolog ve tekniker olarak gruplara ayrılarak incelenmiştir. Hemşireler hakkındaki şikayetler sırasıyla; %29,2 olumsuz İletişim, %19,8 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %17,8 hemşirelik hizmetleri için bekleme, %3,1 tıbbi hata iddiası, %3,1 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %3,1 aradan hasta alınması, %3,1 yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %3,1 ziyaret saati, %2,1 ilgisizlik, %2,1 komplikasyon veya istenmeyen olay iddiası, %2,1 personel yetersizliği, %2,1 hasta mahremiyetinin ihlali, %2,1 taciz, %1,0 konsültasyon problemleri, %1,0 ücret, %1,0 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %1,0 servis ve hasta odalarının temizliği, %1,0 hasta yakınına kan taşıtılması, %1,0 hasta eşyalarının kaybolmasından oluşmaktadır. Öğrenci hemşireler hakkındaki şikayet; öncelikli hastaların bekletilmesinden oluşmaktadır.

Diyetisyenler hakkındaki şikayetler sırasıyla; %33,3 ilgisizlik, %33,3 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %33,3 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesinden oluşmaktadır. Psikologlar hakkındaki şikayetler sırasıyla; %33,3 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %33,3 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %33,3 ilgili anabilim dalının olmamasından oluşmaktadır.

Teknikerler hakkındaki şikayetler sırasıyla; %25,6 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %21,0 olumsuz İletişim, %9,3 görev ihmal iddiası, %7,0 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %4,6 ilgisizlik, %4,6 aradan hasta alınması, %4,6 sonuçların zamanında çıkmaması, %2,3 yanlış barkod, %2,3 hasta mahremiyetinin ihlali, %2,3 dosya kaybı, %2,3 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %2,3 öncelikli hastaların bekletilmesi, %2,3 başvuru günü muayene olamama, %2,3 yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %2,3 yönlendirme eksikliği, %2,3 tıbbi cihazın bozuk olması, %2,3 tacizden oluşmaktadır (Tablo 4-13).

Tablo 4-13: Diğer Sağlık Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Şikayet nedenleri	Hemşire		Öğrenci hemşire		Diyetisyen		Psikolog		Tekniker	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Olumsuz iletişim	28	29,2	0	0	0	0	0	0	9	21,0
İlgisizlik	2	2,1	0	0	1	33,3	0	0	2	4,6
Kaba saygısız ve duyarsız davranışlar	19	19,8	0	0	1	33,3	1	33,3	11	25,6
Profesyonel olmayan davranış	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tıbbi hata iddiası	3	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Görev ihmali iddiası	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9,3
Yanlış barkod	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Komplikasyon veya istenmeyen olay iddiası	2	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hasta mahremiyetinin ihlali	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Dosya kaybı	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Konsültasyon problemleri	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler	3	3,1	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Öncelikli hastaların bekletilmesi	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1	2,3
Personel yetersizliği	2	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ücret	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aradan hasta alınması	3	3,1	0	0	0	0	0	0	2	4,6
Randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi	1	1,0	0	0	1	33,3	1	33,3	3	7,0
Başvuru günü muayene olamama	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Sonuçların zamanında çıkmaması	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,6
Hemşirelik hizmetleri için bekleme	17	17,8	0	0	0	0	0	0	0	0
Yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme	3	3,1	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Yönlendirme eksikliği	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Servis ve hasta odalarının temizliği	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tıbbi cihazın bozuk olması	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
İlgili anabilim dalının olmaması	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0
Hasta yakınına kan taşıtırılması	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ziyaret saati	3	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hasta mahremiyetinin ihlali	2	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Taciz	2	2,1	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Hasta eşyalarının kaybolması	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toplam	96	100	1	100	3	1000	3	100	43	100

4.1.14. İdari Personel, Sekreter ve Sekreter-Doktor Gruplarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

İdari personel, sekreter ve sekreter-doktor gruplarının şikayet edilme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde idari personeller hakkındaki şikayetler sırasıyla; %29,4 dosya kaybı, %29,4 telefon santralinin yetersizliği, %11,8 dosya gecikmesi, %5,9 olumsuz iletişim, %5,9 ilgisizlik, %5,9 görev ihmali iddiası, %5,9 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %5,9 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesinden oluşmaktadır.

Sekreterler hakkındaki şikayetler sırasıyla; %24,2 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %15,3 olumsuz iletişim, %12,7 sekreterin yanlış işlem yapması, %8,3 rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması, %5,7 görev ihmali iddiası, %5,1 poliklinik sırasında aradan hasta alınması, %3,8 yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme, %3,2 ilgisizlik, %3,2 randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi, %3,2 yönlendirme eksikliği, %2,5 ücret, %2,5 başvuru günü muayene olamama, %1,9 yanlış barkod, %1,9 tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler, %1,3 profesyonel olmayan davranış, %0,6 tıbbi hata iddiası, %0,6 hasta yokken giriş yapılması, %0,6 dosya gecikmesi, %0,6 bürokrasi, %0,6 hekim seçme hakkının ihlali, %0,6 randevulu hastanın muayene olamaması, %0,6 randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi, %0,6 sonuçların zamanında çıkmamasından oluşmaktadır.

Sekreter-doktor grubu hakkındaki şikayetler sırasıyla; %20,0 başvuru günü muayene olamama, %16,0 olumsuz iletişim, %16,0 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %16,0 randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi, %12,0 poliklinik sırasında aradan hasta alınması, %8,0 rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması, %4,0 sekreterin yanlış işlem yapması, %4,0 hekimin muayene saatine uymaması, %4,0 muayenede öncelikli hastaların bekletilmesinden oluşmaktadır (Tablo 4-14).

**Tablo 4-14: İdari Personel, Sekreter ve Sekreter-Doktor Gruplarının
Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları**

Şikayet nedenleri	İdari Personel		Sekreter		Sekreter-Doktor	
	n	%	n	%	n	%
Olumsuz İletişim	1	5,9	24	15,3	4	16,0
İlgisizlik	1	5,9	5	3,2	0	0
Kaba saygısız ve duyarsız davranışlar	0	0	38	24,2	4	16,0
Profesyonel olmayan davranış	0	0	2	1,3	0	0
Tıbbi hata iddiası	0	0	1	0,6	0	0
Görev ihmalı iddiası	1	5,9	9	5,7	0	0
Yanlış barkod	0	0	3	1,9	0	0
Sekreterin yanlış işlem yapması	0	0	20	12,7	1	4,0
Hasta yokken giriş yapılması	0	0	1	0,6	0	0
Dosya kaybı	5	29,4	0	0	0	0
Dosya gecikmesi	2	11,8	1	0,6	0	0
Telefon santralinin yetersizliği	5	29,4	0	0	0	0
Bürokrasi	0	0	1	0,6	0	0
Tedaviye erişebilirlik veya kabuldeki gecikmeler	1	5,9	3	1,9	0	0
Ücret	0	0	4	2,5	0	0
Hekimin muayene saatine uymaması	0	0	0	0	1	4,0
Hekim seçme hakkının ihlali	0	0	1	0,6	0	0
Poliklinik sırasında aradan hasta alınması	0	0	8	5,1	3	12,0
Başvuru günü muayene olamama	0	0	4	2,5	5	20,0
Randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi	1	5,9	5	3,2	0	0
Randevulu hastanın muayene olamaması	0	0	1	0,6	0	0
Randevusuz hastanın uzun süre bekletilmesi	0	0	1	0,6	4	16,0
Muayenede öncelikli hastaların bekletilmesi	0	0	0	0	1	4,0
Sonuçların zamanında çıkmaması	0	0	1	0,6	0	0
Yanlış, yetersiz ve çelişkili bilgilendirme	0	0	6	3,8	0	0
Yönlendirme eksikliği	0	0	5	3,2	0	0
Rapor vermeme veya raporda yanlışlık olması	0	0	13	8,3	2	8,0
Toplam	17	100	157	100	25	100

4.1.15. Diğer Hastane Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Diğer hastane çalışanlarının şikayet edilme nedenlerine göre dağılımları hasta bakıcı, temizlik personeli, güvenlik personeli, yemekhane personeli ve kantin personeli gruplarına ayrılarak incelenmiştir. Hasta bakıcılar hakkındaki şikayetler sırasıyla; %44,4 görev ihmalı, %22,2 olumsuz iletişim, %11,1 ilgisizlik, %11,1 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %11,1 personel yetersizliğinden oluşmaktadır.

Temizlik personelleri hakkındaki şikayetler sırasıyla; %53,3 hasta odalarının ve servisin temizliğinin yetersizliği, %33,3 olumsuz iletişim, %6,7 konaklama hizmetlerindeki yetersizlikler, %6,7 ziyaret saatinden oluşmaktadır.

Güvenlik personelleri hakkındaki şikayetler sırasıyla; %58,3 olumsuz iletişim, %25 kaba saygısız ve duyarsız davranışlar, %8,3 ziyaret saati, %4,2 ilgisizlik, %4,2 otopark ile ilgili problemlerden oluşmaktadır.

Yemekhane personelleri hakkındaki şikayetler sırasıyla; %75 yemekle ilgili problemler, %25 olumsuz İletişimden oluşmaktadır.

Kantin personeli hakkındaki şikayetlerin tamamı olumsuz iletişimden oluşmaktadır (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Diğer Hastane Çalışanlarının Şikayet Edilme Nedenlerine Göre Dağılımları

Şikayet nedenleri	Hasta Bakıcı		Temizlik Personeli		Güvenlik Personeli		Yemekhane Personeli		Kantin Personeli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Olumsuz İletişim	2	22,2	5	33,3	14	58,3	1	25,0	2	100
İlgisizlik	1	11,1	0	0	1	4,2	0	0	0	0
Görev ihmali	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Kaba saygısız ve duyarsız davranışlar	1	11,1	0	0	6	25,0	0	0	0	0
Konaklama hizmetlerindeki yetersizlikler	0	0	1	6,7	0	0	0	0	0	0
Ziyaret saati	0	0	1	6,7	2	8,3	0	0	0	0
Hasta odalarının ve servisin temizliğinin yetersizliği	0	0	8	53,3	0	0	0	0	0	0
Otopark	0	0	0	0	1	4,2	0	0	0	0
Yemekle ilgili problemler	0	0	0	0	0	0	3	75,0	0	0
Personel yetersizliği	1	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Toplam	9	100	15	100	24	100	4	100	2	100

4.1.16. Şikayetlerde Hak İhlali Olup Olmadığına Göre Dağılımı

Şikayetlerin %1,7'sinde İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'nca hak ihlali tespit edilmişken, %98,3'ünde hak ihlali tespit edilmemiştir (Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Şikayetlerde Hak İhlali Olup Olmadığına Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hak ihlali var	33	1,7
Hak ihlali yok	1877	98,3
Toplam	1910	100,0

Hak ihlaline ait toplamda 1910 adet veri elde edilmiştir.

4.1.17. Hak İhlali Tespit Edilen Şikayetlerin Hak İhlali Türüne Göre Dağılımı

İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'nca tespit edilen şikayetlerin %84,8'inde saygınlık görme hakkının ihlali, %15,2'sinde ise mahremiyete saygı hakkının ihlal edildiği tespit edilmiştir (Tablo 4-17).

Tablo 4-17: Hak İhlali Tespit Edilen Şikayetlerin Hak İhlali Türüne Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Saygınlık görme hakkının ihlali	28	84,8
Mahremiyete saygı hakkının ihlali	5	15,2
Toplam	33	100,0

Hak ihlali türüne ait toplamda 33 adet veri elde edilmiştir.

4.1.18. Şikayetin Çözümlemesi ve Şikayetçi ile İletişim Şekline Göre Şikayetlerin Dağılımı

Şikayetin çözümümlenmesi ve şikayetçi ile iletişim şekli incelendiğinde; %94,6'sında şikayet sahibine mektup ile geri dönüş yapılmış, %3,3'ünde telefonla bilgi verilmiştir. Şikayetlerin %1,0'ı görüşmeye gerek görülmemiş, %0,4'ü yerinde çözülmüş, %0,7'sinde şikayetçiye ulaşılamamıştır (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: Şikayetin Çözümlemesi ve Şikayetçi ile İletişim Şekline Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Görüşmeye gerek görülmedi	16	1,0
Telefonla görüşme	48	3,3
Mektupla görüşme	1394	94,6
Şikayetçiye ulaşılamadı	10	0,7
Yerinde çözüldü	6	0,4
Toplam	1474	100,0

Şikayetin çözümümlenmesi ve şikayetçi ile iletişim şekline ait toplamda 1474 adet veri elde edilmiştir.

4.1.19. Şikayetlerin Şikayetçiye Geri Dönüş İçeriğine Göre Dağılımı

Şikayetçiye hastane tarafından yapılan geri dönüşlerin içeriği incelendiğinde; %99,4'ünde açıklama, %0,6'sında ise özür ifadesi yer almaktadır (Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Şikayetlerin Şikayetçiye Geri Dönüş İçeriğine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özür	8	0,6
Açıklama	1437	99,4
Toplam	1445	100,0

Şikayetlerin şikayetçiye geri dönüş içeriğine ait toplamda 1445 adet veri elde edilmiştir.

4.1.20. Şikayetlerin Sonuçlandırılması ve Sonuçlandırılma İfadelerine Göre Dağılımı

Şikayetlerin sonuçlandırılması ve sonuçlandırılma ifadelerine göre dağılımı incelendiğinde; %24,2'sinde bölüm çalışanları ve ilgili kişiler uyarılmış, %19,4'ünde tıbbi hata-ihmal bulunmamış ve gerekli tıbbi tedavi uygulandığı kanaatine varılmıştır. Şikayetlerin %14,9'u sonuçsuz kalırken, %10,1'inde sorun çözülmüştür. Şikayetlerin %12,5'inde hastaneden kaynaklı herhangi bir hata saptanmamıştır, %6,4'üne gerekli işlem başlatılmıştır, %2,5'inde cihaz alımı planlanmış, şikayetlerin %2,6'sinin ise kurumla ilişkisi bulunmadığı saptanmıştır. Şikayetlerin %2,1'ine hastane randevu sistemi ile çalıştığı için hastaya randevu alması cevabı verilmiştir. Şikayetlerin %1,5'inde şikayet sahibi şikayetini geri çekmiştir. Şikayetlerin %1,4'ünde Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ten talepte bulunulmuştur ifadesine yer verilmiştir. Şikayetlerin %0,6'sının hizmet alım şirketinden kaynaklı olduğu tespit edilmiş ve firma uyarılmıştır. Şikayetlerin %0,5'inde ilgili cihaz arızası giderilmiş, %0,5'inde alt yapıya bilgi verilip sorun çözülmüştür. Şikayetlerde şikayette bulunan ilgili kişiler hakkında %0,4'üne idari işlem yapılması, %0,2'sine kınama cezası verilmesi, %0,1'ine ücret kesintisi yapılmasına karar verilmiştir. Şikayetlerin %0,1'inde hastanın yanında kimliği olmadığı için muayene olamadığı tespit edilmiş olup, personelin herhangi bir ihmalinin söz konusu olmadığına karar verilmiştir (Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Şikayetlerin Sonuçlandırılması ve Sonuçlandırılma İfadelerine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi hata-ihmal söz konusu değildir. Gerekli tıbbi tedavi uygulanmıştır.	299	19,4
Bölüm çalışanları ve ilgili kişiler uyarılmıştır.	373	24,2
Hastaneden kaynaklı herhangi bir hata bulunmamaktadır.	193	12,5
Cihaz arızası giderilmiştir.	8	0,5
Şikayetin kurumla ilişkisi bulunmamaktadır.	40	2,6
Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ten talepte bulunulmuştur.	22	1,4
Alt yapıya bilgi verilmiş ve sorun çözülmüştür.	7	0,5

Hizmet alım şirketinden kaynaklı, firma uyarılmıştır.	10	0,6
Hastane randevu sistemi ile çalıştığı için hastaya randevu alınması önerilmiştir.	33	2,1
Gerekli işlemler başlatılmıştır.	99	6,4
Hastanın kimliği olmadığı için muayene olamadığı tespit edilmiştir, personelin herhangi bir ihmali söz konusu değildir.	2	0,1
Cihaz alımı planlanmıştır.	39	2,5
İdari işlem yapılmasına karar verilmiştir.	6	0,4
Şikayetçi şikayetini geri çekmiştir.	23	1,5
İlgili kişiye kınama cezası verilmiştir.	3	0,2
İlgili kişiden ücret kesintisi yapılmasına karar verilmiştir.	1	0,1
Sorun çözülmüştür.	156	10,1
Şikayet sonuçsuz kalmıştır.	230	14,9
Toplam	1544	100,0

Şikayetlerin sonuçlandırılması ve sonuçlandırılma ifadelerine ait toplamda 1544 adet veri elde edilmiştir.

4.1.21. Şikayetlerin Cevaplanma Sürelerine Göre Dağılımları

Şikayetlerin cevaplanma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %41,0'ının 16-30 gün, %27,0'ının 1-3 ay, %22,0'ının 7-15 gün, %5,5'inin 7 günden az, %3,2'sinin 3-6 ay, %1,2'sinin ise 6 aydan fazla zaman aralığında sonuçlandırıldığı görülmektedir (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Şikayetlerin Cevaplanma Sürelerine Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
7 günden az	69	5,5
7-15 gün	278	22,0
16-30 gün	518	41,0
1-3 ay	341	27,0
3-6 ay	41	3,2
6 aydan fazla	15	1,2
Toplam	1262	100,0

Şikayetlerin cevaplanma sürelerine ait toplamda 1262 adet veri elde edilmiştir.

4.1.22. Şikayet Dosyalarında Eksik Evrak Olup Olmadığına Göre Dağılımları

Şikayet dosyalarının eksik evrak olup olmadığına göre dağılımları incelendiğinde; %77,5'inde eksik evrak bulunmazken, %22,5'inde eksik evrak bulunmaktadır (Tablo 4-22).

Tablo 4-22: Şikayet Dosyalarında Eksik Evrak Olup Olmadığına Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eksik evrak var	428	22,5
Eksik evrak yok	1478	77,5
Toplam	1906	100,0

Şikayet dosyalarında eksik evrak olup olmadığına ait toplamda 1906 adet veri elde edilmiştir.

4.1.23. Şikayetlerin Adli Vaka Olup Olmadığına Göre Dağılımları

Şikayetlerin adli vaka olup olmadığına göre dağılımları incelendiğinde 4 tanesinin yani %0,2'sinin adli vaka olduğu, %99,8'inin ise adli vaka olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-23).

Tablo 4-23 Şikayetlerin Adli Vaka Olup Olmadığına Göre Dağılımları

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Adli vaka	4	0,2
Adli vaka değil	1901	99,8
Toplam	1905	100,0

Şikayetlerin adli vaka olup olmadığına ait toplamda 1905 adet veri elde edilmiştir.

4.1.24. Şikayetlerin Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisine Göre Sınıflandırılması

Şikayetler Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisi'ne göre sınıflandırılıp değerlendirildiğinde; şikayetlerin %45,6'sinin yönetim, %31,1'inin ilişkiler ve %23,4'ünün klinik alanda olduğu saptanmıştır. Şikayetler genel olarak değerlendirildiğinde en fazla şikayet edilen kategoriler sırasıyla; %23,2 zamanlama ve erişim, %22,4 kurumsal konular, %17,1 insaniyet ve önemseme, %16,3 hasta güvenliği, %12,8 iletişim, %7,1 kalite ve %1,2 hasta hakları kategorileridir.

Klinik alandaki şikayetler kategorilere göre değerlendirildiğinde genel şikayetlerin; %16,3'ü hasta güvenliği, %7,1'i kalite alanlarındadır. Kalite alanındaki şikayetlerde sırasıyla; %4,4 yetersiz hasta muayenesi, testler ve tahliller, %1,3 yetersiz veya başarısız klinik tedavi, %1,1 standartların altında klinik ve hemşirelik bakımı sunulması ve %0,3 hastanın farklı branşlara konsültasyonu sırasında yaşanan koordinasyon problemlerinden oluşmaktadır. Hasta güvenliği alanındaki şikayetler sırasıyla; %10,7 hasta güvenliğini tehdit eden komplikasyonlar ya da olaylar, hasta ölümü, %5,3 hasta güvenliğini tehdit eden personellerin teknik veya teknik olmayan becerileri ve profesyonel olmayan davranışları, %0,3 reçeteleme hataları ya da ilaç uygulamasındaki hatalar, %0,1 eksik veya yanlış teşhisten oluşmaktadır.

Yönetim alandaki şikayetler kategorilere göre değerlendirildiğinde genel şikayetlerin; %23,2'si zamanlama ve erişim ve %22,4'ü kurumsal konular alanındadır. Kurumsal konular alanındaki şikayetler sırasıyla; %8,3 hijyen, yemek ve konaklama hizmetlerinin yetersiz olması, %6,2 personel ve diğer kaynakların yetersizliği, %3,2 hastaların desteklenmesinde hastane hizmetleri ile ilgili sorunlar (tıbbi kayıtlar, hizmet alamama, otopark, transfer, santral, ziyaret saati, vb.), %2,4 yönetsel politikalar ve

prosedürlerle ilgili problemler, %2,3 sağlık hizmetleri ile ilgili ücretler, faturalama ve finansal problemlerden oluşmaktadır. Zamanlama ve erişim alanındaki şikayetler sırasıyla; %11,6 hizmetlere ve personellere erişimde, hasta kabulünde ve randevudaki sorunlar, %9,8 bekleme süreleri, klinik gecikmeler, zamansızlık, %1,3 sevk sorunları, %0,4 erken, geç veya plansız taburculuk problemlerinden oluşmaktadır.

İlişkiler alandaki şikayetler kategorilere göre değerlendirildiğinde genel şikayetlerin; %17,1'i insaniyet ve önemseme, %12,8'i iletişim, %1,2'si hasta hakları alanlarındadır. İletişim alanındaki şikayetler sırasıyla; %10,3 hastayı dinlememe, karar alma süreçlerinde hastaya açıklama yapmama ve iletişim bozukluğu, %1,9 yetersiz, eksik veya gecikmiş iletişim, %0,7 yanlış, yetersiz veya çelişkili bilgilendirmeden oluşmaktadır. İnsaniyet ve önemseme alanındaki şikayetler; %17,1 ile kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar ile hasta ve hasta yakınlarına karşı olumsuz tutumlardan oluşmaktadır. Hasta hakları alanındaki şikayetler sırasıyla; %1,0 hasta haklarının ihlali ve %0,2 hastanın fiziki, duygusal veya cinsel suiistimalinden oluşmaktadır (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Şikayetlerin Reader'ın Hasta Şikayet Taksonomisine Göre Sınıflandırılması

Alan	Kategori	Alt Kategori	Açıklama	n	%
KLİNİK (n=434, %23,4)	Kalite (n=132) (%7,1)	Muayene	Yetersiz hasta muayenesi, testler, tahliller	82	4,4
		Konsültasyon	Hastanın farklı branşlara konsültasyonu sırasında yaşanan koordinasyon problemleri	6	0,3
		Bakım Kalitesi	Standartların altında klinik ve hemşirelik bakımı sunulması	20	1,1
		Tedavi	Yetersiz veya başarısız klinik tedavi	24	1,3
	Hasta Güvenliği (n=302) (%16,3)	Teşhis hataları	Eksik veya yanlış teşhis	1	0,1
		İlaç hataları	Reçeteleme hataları ya da ilaç uygulamasındaki hatalar	5	0,3
		Hasta güvenliği ile ilgili olaylar	Hasta güvenliğini tehdit eden komplikasyonlar ya da olaylar, hasta ölümü	198	10,7
		Beceriler ve Mesleğe Uygunluk	Hasta güvenliğini tehdit eden personellerin teknik veya teknik olmayan becerileri, profesyonel olmayan davranışları	98	5,3

YÖNETİM (n=845, %45,6)	Kurumsal Konular (n=415) (%22,4)	Bürokrasi	Yönetmelik politikalar ve prosedürlerle ilgili problemler	44	2,4
		Çevre	Hijyen, yemek ve konaklama hizmetlerinin yetersiz olması	154	8,3
		Finans ve Faturalama	Sağlık hizmetleri ile ilgili ücretler, faturalama ve finansal problemler	43	2,3
		Hizmet Sorunları	Hastaların desteklenmesinde hastane ile ilgili sorunlar (tıbbi kayıtlar, hizmet alamama, otopark, transfer, santral, ziyaret saati, vb.)	59	3,2
		Personel İstihdamı ve diğer kaynaklar	Personel ve diğer kaynakların yetersizliği	115	6,2
	Zamanlama ve Erişim (n=430) (%23,2)	Erişim ve hasta kabul	Hizmetlere ve personellere erişimde, hasta kabulünde ve randevudaki sorunlar	216	11,6
		Gecikmeler	Bekleme süreleri, klinik gecikmeler, zamansızlık	182	9,8
		Taburculuk	Erken, geç veya plansız taburculuk	7	0,4
		Sevk	Sevk sorunları	25	1,3
	İLİŞKİLER (n=577, %31,1)	İletişim (n=239) (%12,8)	İletişim bozukluğu	Yetersiz, eksik veya gecikmiş iletişim	35
Yanlış bilgilendirme			Yanlış, yetersiz veya çelişkili bilgilendirme	13	0,7
Hasta-Personel İletişimi			Hastayı dinlememe, karar alma süreçlerinde hastaya açıklama yapmama, iletişim bozukluğu	191	10,3
İnsaniyet ve Önemseme (n=317) (%17,1)		Saygı, İtibar, Önemseme	Kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar	317	17,1
		Personel Davranışları	Hasta ve hasta yakınlarına karşı olumsuz tutumlar		
Hasta Hakları (n=21) (%1,2)		Suiistimal Etme	Hastanın fiziki, duygusal veya cinsel suiistimali	3	0,2
		Hasta hakları	Hasta haklarının ihlali	18	1,0
		Rıza- Onay	Hastanın onamının alınmaması veya onam alınırken baskı yapılması	0	0
		Ayrımcılık yapma	Hastalara karşı ayrımcılık yapma	0	0
TOPLAM				1856	100

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Ölçeklerin öncelikle Cronbah Alfa katsayısı kullanılarak güvenilirlikleri test edilmiştir. Ölçeklerin yapısal geçerlilik analizi için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmış olup faktörler belirlenmiş, ardından da ayırt edici geçerlilik için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

4.2.1. Güvenilirlik Analizi Bulguları

Verilerin güvenilirliğini değerlendirmesinde anketteki bütün maddeler için yapılan güvenilirlik testinde, Cronbach Alpha değeri 0,973 bulunmuştur. Anketteki ölçekler ve alt boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise; Algılanan Hizmet Kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,968 bulunmuş olup, alt boyutlarının değerleri ise şu şekildedir: Elle Tutulabilen Özellikler 0,887, Güvenilirlik 0,876, Cevaplandırma 0,903, Güven 0,873, Nezaket 0,962, Kişisel Önem 0,883'dür. Kuruma Güven ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,969 olup alt boyutları olan Kurumda Güvenilirlik 0,924, Kurumda Uzmanlık 0,957 bulunmuştur. Şikayet Yönetimi ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,969 bulunmuş olup alt boyutları olan Prosedür Adaleti 0,970, Dağıtım Adaleti 0,971, Etkileşim Adaleti değeri 0,892 bulunmuştur. Müşteri memnuniyeti ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,920 bulunmuştur. Davranışsal Niyet ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,919 bulunmuş olup alt boyutlarının değerleri şu şekildedir: Sadakat 0,948, Değiştirme 0,996, Daha Fazla Ödeme 0,991 ve Dışsal Yanıt 0,816 bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin bu aşamada güvenilirliği test edilmiş olup sonraki aşamada geçerliliği test edilmiştir.

4.2.2. Ölçeklerin Geçerlilik Analizi Bulguları

Anket formundaki her bir ölçeğin geçerliliği için ayrı ayrı ilk olarak açıklayıcı faktör analizi ardından da doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

4.2.2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları

34 soru ve altı alt boyuttan oluşan algılanan hizmet kalitesi anket verilerine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değerinin 0,918 olduğu bulunmuştur bu değer mükemmel olarak yorumlanmakta olup araştırmadaki örneklem büyüklüğü faktör analizi için yeterlidir. Barlett testi sonucu $p < 0,01$ anlamlılık düzeyine sahip, veriler çoklu normal dağılım

varsayımını sağlamakta olup veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-25).

Tablo 4-25: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		,918
Bartlett testi	Yaklaşık Ki- kare değeri	10692,615
	Serbestlik derecesi (df)	276
	Anlamlılık (Sig.)	,000

Tablo 26’da görüldüğü üzere hizmet kalitesi ölçeği değişkenleri öz değeri 1’den büyük olan ve toplam varyansın %75,32’sini açıklayan beş faktör altında toplanmıştır. AFA’da tüm faktörlerin açıkladıkları toplam varyansın tek boyutlu ölçeklerde en az %30, çok boyutlu ölçeklerde ise en az %50 olması gerektiği önerilmektedir. Rotasyon işleminden sonra birinci faktör %24,73, ikinci faktör %12,62, üçüncü faktör %13,54, dördüncü faktör %12,62 ve beşinci faktör %10,84 oranında toplam varyansı açıklamaktadır. Rotasyon işlemi sırasında 11 soru ölçekten (güvenilirlik 10- güvenilirlik 11- güvenilirlik 12- elletutulabilen 7- cevaplandırma 14- cevaplandırma 16- cevaplandırma 17- cevaplandırma 18- nezaket 28- güven 23- güven 26) dışlanmış ve ölçeğin son halinde 23 soru kalmıştır. 7 sorudan oluşan Faktör 1 “empati” olarak, 4 sorudan oluşan Faktör 2 “cevaplandırma” olarak, 4 sorudan oluşan Faktör 3 “fiziki imkânlar”, 4 sorudan oluşan Faktör 4 “güven” olarak, 4 sorudan oluşan Faktör 5 ise “mekân özellikleri” olarak isimlendirilmiştir (Tablo 4-26).

Tablo 4-26: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Değişkenler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
Bu hastanede hemşirelerin hastalara karşı davranışları son derece kibar ve naziktir.	,872				
Bu hastanede çalışan hemşirelerin hastalara karşı olan davranışı son derece neşeli ve güler yüzlüdür.	,871				
Bu hastaneye hasta ziyaretine gelen hasta yakınlarına son derece iyi davranılmaktadır.	,852				
Bu hastanede hastane yönetimi hastalara karşı son derece nazik davranmaktadır.	,833				
Bu hastanenin hemşireleri hastalarına kişisel önem ve ilgi göstermektedir.	,790				
Bu hastanede yatan hastalar hemşirelerin yeterli derecede bilgi sahibi olduğuna güvenir.	,726				
Bu hastane, taburcu olan hastalarına kişisel önem veren çalışanlara sahiptir.	,685				
Bu hastanenin çalışanları hastanın herhangi bir prosedürle ilgili soruları karşısında hastaya her türlü gereken açıklamayı yaparlar.		,802			
Bu hastanenin çalışanları taburcu olacak hastanın taburculuk işlemleriyle ilgili olarak hastanın ailesinin sorularını tatmin edecek uygun cevapları verir.		,796			
Bu hastanenin çalışanları taburcu olacak hastanın taburculuk işlemleriyle ilgili soruları karşısında uygun cevaplar verir.		,775			
Bu hastanenin doktor ve hemşireleri hastanın tedavisiyle ilgili soruları karşısında gerekli olan açıklamayı yaparlar.		,713			
Bu hastanede yemeklerin sıcaklığı uygundur.			,778		
Bu hastanede fiziki imkânlar görsel olarak çekicidir.			,771		
Bu hastanede kullanılan teçhizat son derece modernidir.			,766		
Bu hastanede yemekler lezzetli ve iştah açıcıdır.			,750		
Bu hastaneden taburcu olacak hasta hastane ücretinin doğruluğundan emindir.				,813	
Bu hastaneden taburcu olacak hasta hastalığının iyileştiğinden emin olarak hastaneden ayrılır.				,794	
Bu hastanede hastane ücretleri doğru olarak belirlenir.				,666	
Bu hastaneden taburcu olacak hastanın taburculuk işlemleri son derece hızlı olarak yerine getirilir.				,578	
Bu hastanede odalar son derece sessizdir.					,764
Bu hastanede uygun park alanları vardır.					,712
Bu hastanede odalar son derece temizdir.					,642
Bu hastanede tuvaletler son derece temizdir.					,607
Özdeğerler (Eigenvalues)	12,025	2,340	1,473	1,204	1,047
Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	24,737	13,626	13,545	12,620	10,844
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	75,372				

4.2.2.2. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları

Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değerinin 0,901 olduğu bulunmuştur. Bu değer mükemmel olarak yorumlanmakta olup araştırmadaki örneklem büyüklüğü ve faktör analizi için yeterlidir. Barlett testi sonucu $p=0,000<0,01$ anlamlılık düzeyine sahip veriler çoklu normal dağılım varsayımını sağlamakta olup veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-27).

Tablo 4-27: Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		,901
Bartlett testi	Yaklaşık Ki- kare değeri	6161,456
	Serbestlik derecesi (df)	28
	Anlamlılık (Sig.)	,000

Tablo 4-28’de görüldüğü üzere kuruma güven ölçeğine ait değişkenler %81,38 ile toplam varyans açıklama yüzdesine sahip olarak tek faktör altında toplanmıştır. Bu tek faktörlü yapı kuruma güven olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 4-28: Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Değişkenler	Faktör
	1
Bu kurumun iddiaları doğrudur.	,963
Bu kurum dürüsttür.	,959
Bu kurum yaptıkları konusunda yeteneklidir.	,956
Bu kurum büyük bir deneyime sahiptir.	,953
Bu kuruma güvenirim.	,951
Bu kurum alanında uzmandır.	,937
Bu kurumun bana söylediklerine inanmam.	,813
Bu kurumun verdiği hizmetler çok pahalı değildir.	,631
Özdeğerler (Eigenvalues)	6,510
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	81,38

4.2.2.3. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları

Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değerinin 0,901 olduğu bulunmuştur. Bu değer mükemmel olarak yorumlanmakta olup araştırmadaki örneklem büyüklüğü ve faktör analizi için yeterlidir. Barlett testi sonucu $p=0,000<0,01$

anlamlılık düzeyine sahip veriler çoklu normal dağılım varsayımını sağlamakta olup veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-29).

Tablo 4-29: Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		,935
Bartlett testi	Yaklaşık Ki- kare değeri	13093,917
	Serbestlik derecesi (df)	153
	Anlamlılık (Sig.)	,000

Tablo 4-30’da şikayet yönetimi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları yer almakta olup değişkenler öz değeri 1’den büyük olan ve toplam varyansın %81,73’ünü açıklayan iki faktör altında toplanmıştır. Birinci faktör toplam varyansın %69,05’ini ikinci faktör ise toplam varyansın %12,58’ini açıklamaktadır. AFA rotasyon işlemi sırasında bir maddenin (etkileşim adaleti 9) faktör yükü 0,40 olduğu için dışlanmıştır. 16 sorudan oluşan Faktör 1 “prosedür ve dağıtım adaleti” olarak isimlendirilirken, 2 sorudan oluşan Faktör 2 “etkileşim adaleti” olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 4-30: Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi
Sonuçları

Değişkenler	Faktör	
	1	2
Kurumun problemin ele alınmasında adil politika ve uygulamalarının olduğunu düşünüyorum.	,945	
Kurum bu politika ve prosedürlere uyarak, probleme adil bir tutum gösterdi.	,942	
Kurumdan aldığım nihai sonuç zaman ve sıkıntı yaratmasına rağmen adildi.	,942	
Problemin çözümü olarak yapılan hizmet iyileştirme fazlasıyla adildi.	,939	
Kurum çalışanı problemimi çözerken dürüst ve etik bir şekilde ilgilendi.	,932	
Problemin yarattığı rahatsızlık göz önüne alındığında, kurumdan alınan sonuç adil olmuştur.	,930	
Çalışanların problemi çözerken ki iletişim ve tutumları uygundu ve kabul edilebilirdi	,925	
Kurum problemimi çözmeye çalışırken yeterli esnekliği gösterdi.	,919	
Problemimi çözmek için çaba sarf ederken, kurum çalışanı gerçekten adil bir şekilde davranmaya çalıştığını gösterdi.	,884	
Kurum çalışanı benim sorunumu çözmeye çalışırken, benim görüşlerimi dikkate aldı.	,877	
Kurum çalışanı problemimi ele almadan önce benden bilgi aldı.	,866	
Kurumun problemimi zamanında yanıtladığını düşünüyorum.	,834	
Yaşamış olduğum olay bende problemlere neden olsa da, kurumun bunu düzeltme çabası bende olumlu sonuçlar yarattı.	,830	
Problemin neden olduğu güçlere rağmen, kurum şikayetimi hızlı ve adil bir şekilde yanıtladı.	,828	
Kurumun problemimi çözmesi, gerektiğinden uzun sürdü.	,827	
Kurum çalışanları problemimi çözerken müşteriyi önemsediklerini gösterdiler.	,600	
Çalışanlar söylediklerimi nazik bir şekilde dinlediler.		,967
Problemimle ilgilenirken, kurum personeli bana karşı nazik bir tutum sergiledi.		,965
Özdeğerler (Eigenvalues)	12,903	1,808
Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	69,051	12,580
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	81,731	

4.2.2.4. Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizinin Bulguları

Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değerinin 0,808 olduğu bulunmuştur bu değer mükemmel olarak yorumlanmakta olup araştırmadaki örneklem büyüklüğü ve faktör analizi için yeterlidir. Barlett testi sonucu $p=0,000<0,01$ anlamlılık düzeyine sahip veriler çoklu normal dağılım varsayımını sağlamakta olup veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-31).

Tablo 4-31: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		,808
Bartlett testi	Yaklaşık Ki- kare değeri	2753,689
	Serbestlik derecesi (df)	6
	Anlamlılık (Sig.)	,000

Tablo 4-32’de görüldüğü üzere müşteri memnuniyeti ölçeğine ait değişkenler %85,12 ile toplam varyans açıklama yüzdesine sahip olarak tek faktör altında toplanmıştır. Bu tek faktörlü yapı müşteri memnuniyeti olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 4-32: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Değişkenler	Faktör
	1
Genel olarak, bu hastanenin hizmetlerinden memnun olacağına inanıyorum.	,975
Eğer ihtiyacım olursa bu hastanenin hizmetlerinden memnun kalacağıma inanıyorum.	,973
Bu hastaneden aldığım hizmetlerin genellikle tatmin edici bir deneyim olduğuna inanıyorum.	,947
Bu hastanenin hizmetlerine yönelik hislerim olumludur.	,780
Özdeğerler (Eigenvalues)	3,405
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	85,123

4.2.2.5. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Faktör Analizinin Bulguları

Yapılan analiz sonucunda KMO örneklem yeterlilik ölçümü değerinin 0,878 olduğu bulunmuştur bu değer mükemmel olarak yorumlanmakta olup araştırmadaki örneklem büyüklüğü ve faktör analizi için yeterlidir. Barlett testi sonucu $p=0,000<0,01$

anlamlılık düzeyine sahip veriler çoklu normal dağılım varsayımını sağlamakta olup veri setinin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-33).

Tablo 4-33: Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Küresellik Testi Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		,878
Bartlett testi	Yaklaşık Ki- kare değeri	10391,019
	Serbestlik derecesi (df)	78
	Anlamlılık (Sig.)	,000

Tablo 4-34’de davranışsal niyet ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları yer almakta olup değişkenler öz değeri 1’den büyük olan ve toplam varyansın %81,09’unu açıklayan iki faktör altında toplanmıştır. Birinci faktör toplam varyansın %59,14’ünü ikinci faktör ise toplam varyansın %22,95’ini açıklamaktadır. AFA rotasyon işlemi sırasında herhangi bir madde atılmamıştır. 9 maddeden oluşan Faktör 1 “olumlu davranışsal niyetler”, 4 maddeden oluşan Faktör 2 de “olumsuz davranışsal niyetler” olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 4-34: Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör	
	1	2
Benden tavsiye isteyenlere bu hastaneyi öneririm.	,967	
Arkadaşlarımı ve yakınlarımı bu hastaneye gitmeleri konusunda teşvik ederim.	,967	
Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneye daha fazla gelirim.	,964	
Bu hastane hakkında diğer insanlara pozitif şeyler söylerim.	,962	
Bu hizmetleri daha iyi fiyata sunan başka hastaneye giderim.	,922	
Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneye daha az gelmeye düşünüyorum.	,919	
Bu hastanede verilen hizmetlerin ücretleri artsa da buraya gelmeye devam ederim.	,901	
Bu hastaneden alacağım faydalar için rakip hastanelere göre daha yüksek ücret öderim.	,895	
Sağlık hizmeti almak için ilk tercihim bu hastanedir.	,710	
Eğer bu hastanenin hizmetleri ile ilgili sorun yaşarsam diğer hastalara bu durumu şikayet ederim.		,942
Eğer bu hastanenin hizmetleri ilgili bir sorun yaşarsam, daha üst kurumlara şikayet ederim.		,935

Eğer bu hastaneyle ilgili bir problem yaşarsam, bu hastanenin çalışanlarına şikayetimi iletirim.		,875
Eğer bu hastanenin hizmetleri ile ilgili sorun yaşarsam, başka hastaneye giderim.		,666
Özdeğerler (Eigenvalues)	7,703	59,252
Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	59,146	22,950
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	82,097	

4.2.2.6. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörler ve ölçeğin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Literatürde model uyumunun testinde uyum iyiliği istatistiklerinden hangilerinin tercih edileceği konusunda tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bu çalışmada da model ile veri arasındaki uyum değerlendirilirken yani model uyumu (model fit) için, X^2/df , GFI, CFI, IFI, RMR ve RMSEA değerleri kullanılacaktır.

Tablo 4-35’de modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde;

$X^2/df=3,763 \leq 5$, $RMR=0,070 \leq 0,08$, $0,85 \leq GFI = 0,861$, $0,90 \leq IFI=0,941$, $0,95 \leq CFI = 0,940$, $0,078 = RMSEA \leq 0,08$ değerleri ile kabul edilebilir uyum gösterirken, AGFI=0,825 ile uyum göstermemektedir. Bu sonuçlar açıklayıcı faktör analizi ile bulunun algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin geçerliliğinin doğrulayıcı faktör analizi ile teyit edildiğini göstermektedir.

Tablo 4-35: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Analiz sonuçları
CMIN/DF (X^2/df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	3,763
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$	,070
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	,861
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	,825
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	,940
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	,941
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,078

Tablo 4-36’da gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri açıklama düzeyleri verilmiştir. Tabloda *** ile belirtilen her bir ilişki için p değerleri 0,01’den küçük olduğudur. Bu da gözlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkinin anlamlı

olduğunu belirtmekte olup faktör yüklenimlerinin önemli olduğu ile açıklanmaktadır. Sonuç olarak gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri iyi bir şekilde açıkladığı söylenebilir.

Tablo 4-36: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

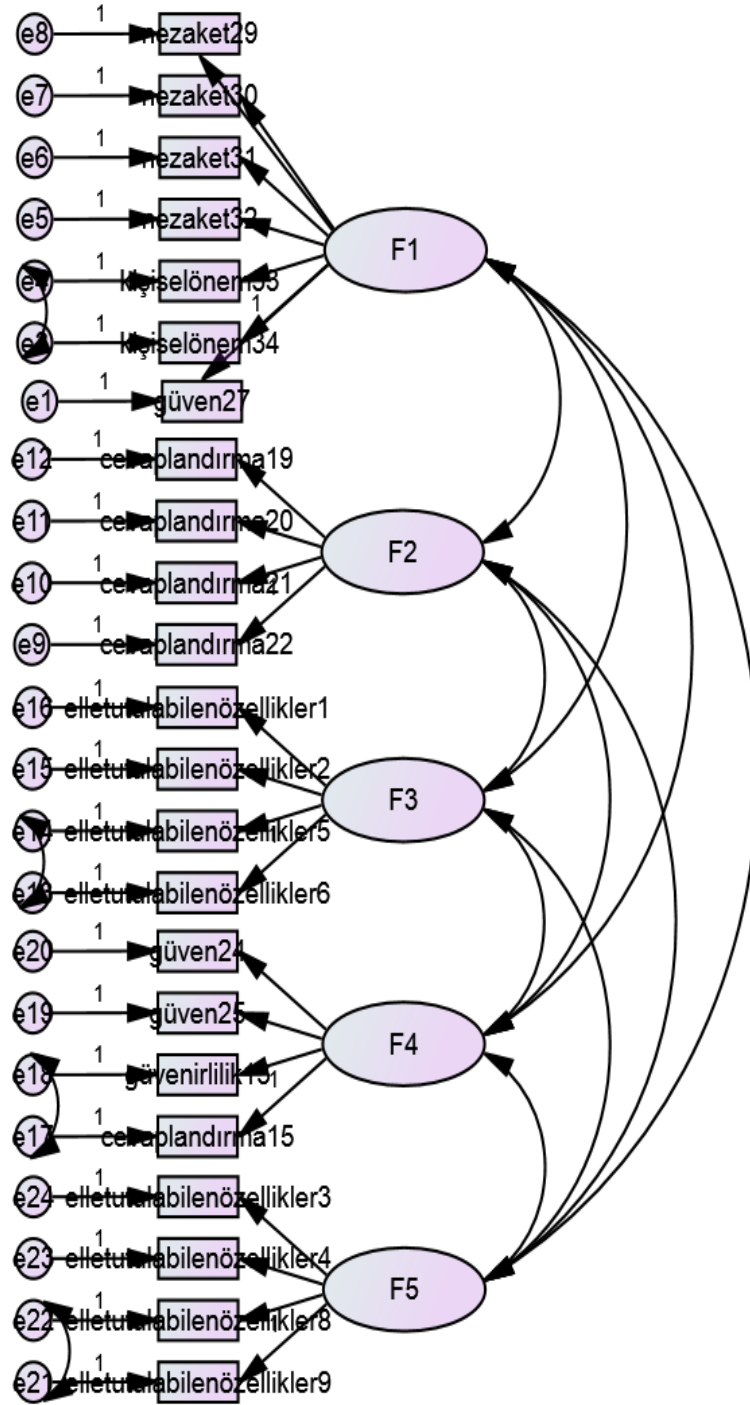
Gizli ve Gözlenen Değişkenler			Tahmini	Standart Hata	t değeri	p
güven27	<---	F1	1,000			
kişiselönem34	<---	F1	1,083	,048	22,356	***
kişiselönem33	<---	F1	1,027	,058	17,783	***
nezaket32	<---	F1	1,162	,045	25,802	***
nezaket31	<---	F1	1,191	,043	27,643	***
nezaket30	<---	F1	1,185	,044	27,011	***
nezaket29	<---	F1	1,113	,048	23,214	***
cevaplandırma22	<---	F2	1,000			
cevaplandırma21	<---	F2	1,074	,078	13,761	***
cevaplandırma20	<---	F2	1,013	,022	45,485	***
cevaplandırma19	<---	F2	,936	,031	29,896	***
elletutulabilenözellikler6	<---	F3	1,000			
elletutulabilenözellikler5	<---	F3	,939	,072	13,054	***
elletutulabilenözellikler2	<---	F3	2,018	,183	11,034	***
elletutulabilenözellikler1	<---	F3	2,088	,189	11,039	***
cevaplandırma15	<---	F4	1,000			
güvenirlilik13	<---	F4	,970	,070	13,762	***
güven25	<---	F4	1,537	,100	15,315	***
güven24	<---	F4	1,591	,101	15,767	***
elletutulabilenözellikler9	<---	F5	1,000			
elletutulabilenözellikler8	<---	F5	1,060	,064	16,629	***
elletutulabilenözellikler4	<---	F5	1,575	,121	13,012	***
elletutulabilenözellikler3	<---	F5	1,501	,117	12,833	***

Tablo 4-37’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri ne ölçüde açıkladığını gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları diğer bir ifade ile de faktör yükleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere empati (F1) faktörünün gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,988 ile 0,735 aralığında yüklenme yapmaktadır. Cevaplandırma (F2) faktörünün gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,975- 0,561, fiziki imkânlar (F3) faktörünün gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,974-0,464, güven (F4) faktörünün gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,963-0,599, mekân özellikleri (F5) faktörünün gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,948-0,552 aralığında yüklenmişlerdir.

Tablo 4-37: Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları			Tahmin
güven27	<---	F1	,802
kişiselönem34	<---	F1	,866
kişiselönem33	<---	F1	,735
nezaket32	<---	F1	,948
nezaket31	<---	F1	,988
nezaket30	<---	F1	,974
nezaket29	<---	F1	,887
cevaplendirma22	<---	F2	,943
cevaplendirma21	<---	F2	,561
cevaplendirma20	<---	F2	,975
cevaplendirma19	<---	F2	,858
elletutulabilenözellikler6	<---	F3	,473
elletutulabilenözellikler5	<---	F3	,464
elletutulabilenözellikler2	<---	F3	,958
elletutulabilenözellikler1	<---	F3	,974
cevaplendirma15	<---	F4	,632
güvenirlilik13	<---	F4	,599
güven25	<---	F4	,878
güven24	<---	F4	,963
elletutulabilenözellikler9	<---	F5	,552
elletutulabilenözellikler8	<---	F5	,625
elletutulabilenözellikler4	<---	F5	,948
elletutulabilenözellikler3	<---	F5	,896

Algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uygun modelin diyagramı aşağıda Şekil 4.1.'de verilmiştir.



Şekil 4.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

4.2.2.7. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4-38’de modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde; $\chi^2/df=3,176 \leq 5$ ve $0,69=RMSEA \leq 0,08$ değerleri kabul edilebilir uyum gösterirken, $RMR=0,42 \leq 0,05$, $0,90 \leq GFI=0,979$, $0,90 \leq AGFI=0,941$, $0,97 \leq CFI=0,996$, $0,95 \leq IFI=0,996$ uyum

indeksleri iyi uyum göstermektedir. Sonuçlar açıklayıcı faktör analizi geçerliliği yapılan kuruma güven ölçeğinin geçerliliğinin doğrulayıcı faktör analizi ile de teyit edildiğini göstermektedir.

Tablo 4-38: Kuruma Güven Ölçeğin Uyum İyiliği İndeks Sonuçları

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Analiz sonuçları
CMIN/DF (χ^2/df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	3,176
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$	,042
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	,979
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	,941
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	,996
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	,996
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,069

Tablo 4-39’da gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri açıklama düzeyleri verilmiştir. Tabloda *** ile belirtilen her bir ilişki için p değerleri 0,01’den küçük olduğudur. Bu da gözlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmekte olup faktör yüklenimlerinin önemli olduğu ile açıklanmaktadır. Sonuç olarak gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri iyi bir şekilde açıkladığı söylenebilir.

Tablo 4-39: Kuruma Güven Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

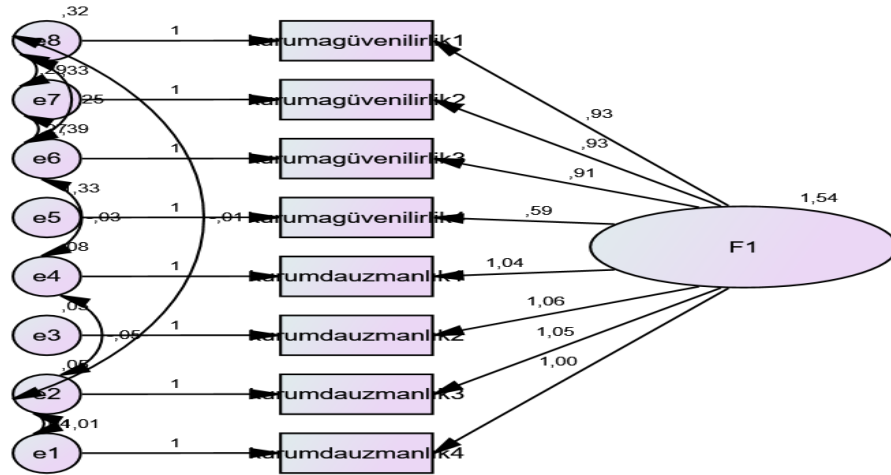
Gizli ve Gözlenen Değişkenler			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p
kurumdauzmanlık4	<---	F1	1,000			
kurumdauzmanlık3	<---	F1	1,053	,040	26,525	***
kurumdauzmanlık2	<---	F1	1,061	,042	25,479	***
kurumdauzmanlık1	<---	F1	1,044	,042	25,082	***
kurumagüvenilirlik4	<---	F1	,594	,049	12,020	***
kurumagüvenilirlik3	<---	F1	,906	,042	21,505	***
kurumagüvenilirlik2	<---	F1	,933	,042	22,161	***
kurumagüvenilirlik1	<---	F1	,929	,042	22,219	***

Tablo 4-40’da gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri ne ölçüde açıkladığını gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları diğer bir ifade ile de faktör yükleri verilmiştir. Kuruma güven faktörünün (F1) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,987-0,539 aralığında yüklenmişlerdir.

Tablo 4-40: Kuruma Güven Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları			Tahmin
kurumdauzmanlık4	<---	F1	,777
kurumdauzmanlık3	<---	F1	,986
kurumdauzmanlık2	<---	F1	,987
kurumdauzmanlık1	<---	F1	,977
kurumagüvenilirlik4	<---	F1	,539
kurumagüvenilirlik3	<---	F1	,875
kurumagüvenilirlik2	<---	F1	,895
kurumagüvenilirlik1	<---	F1	,896

Kuruma güven ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uygun modelin diyagramı aşağıda Şeki 4.2’de verilmiştir.



Şekil 4.2. Kuruma Güven Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

4.2.2.8. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4-41’de modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde; $X^2/df=4,826 \leq 5$, $0,058=RMR \leq 0,08$, $0,85 \leq GFI=0,871$, $0,95 \leq CFI=0,969$ değerleri ile kabul edilebilir

uyum gösterirken, $0,95 \leq IFI = 0,969$ ile iyi uyum göstermektedir. AGFI ve RMSEA değerleri ise uyum göstermemektedir. Sonuç olarak açıklayıcı faktör analizi ile bulunan şikayet yönetimi ölçeğinin geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi ile de teyit edilmiştir.

Tablo 4-41: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeks Sonuçları

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Analiz sonuçları
CMIN/DF (χ^2/df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	4,826
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$	,058
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	,871
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	,815
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	,969
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	,969
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,092

Tablo 4-42’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri açıklama düzeyleri verilmiştir. Tabloda *** ile belirtilen her bir ilişki için p değerleri 0,01’den küçük olduğudur. Bu da gözlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmekte olup faktör yüklenimlerinin önemli olduğu ile açıklanmaktadır. Sonuç olarak gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri iyi bir şekilde açıklandığı söylenebilir

Tablo 4-42: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

Gizli ve Gözlenen Değişkenler		Tahmin	Standart Hata	t değeri	p
etkileşimadaleti15	<--- F1	1,000			
etkileşimadaleti14	<--- F1	1,006	,011	89,365	***
etkileşimladaleti13	<--- F1	,902	,068	13,210	***
etkileşimadaleti12	<--- F1	,806	,028	28,701	***
etkileşimadaleti11	<--- F1	,798	,029	27,697	***
etkileşimadaleti10	<--- F1	,941	,027	34,275	***
dağıtımdaleti19	<--- F1	,979	,023	41,806	***
dağıtımdaleti18	<--- F1	,942	,024	39,308	***
dağıtımdaleti17	<--- F1	,951	,022	43,580	***
dağıtımdaleti16	<--- F1	,933	,033	27,868	***
prosedüradaleti6	<--- F1	,956	,025	38,551	***

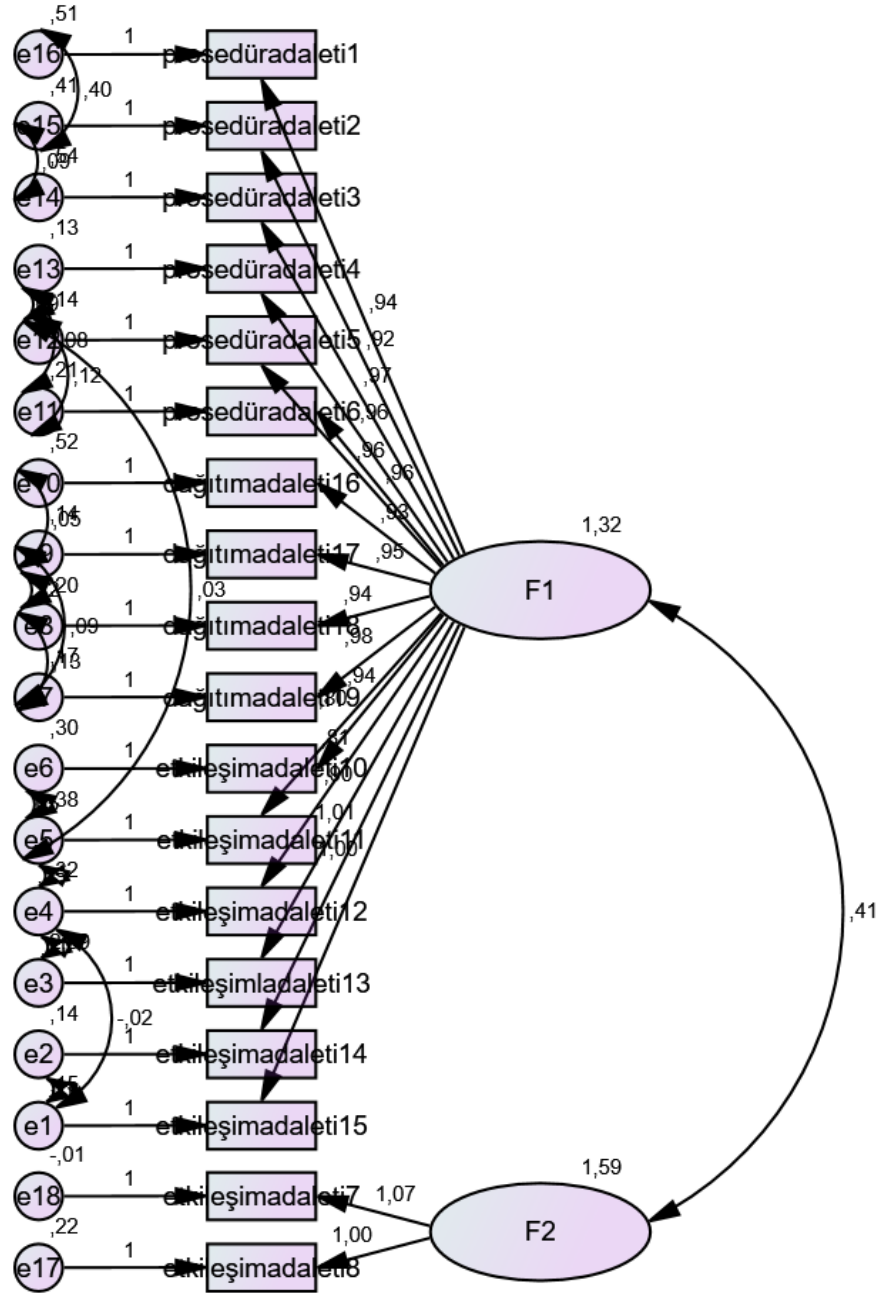
Gizli ve Gözlenen Değişkenler		Tahmin	Standart Hata	t değeri	p
prosedüradaleti5	<--- F1	,961	,022	43,706	***
prosedüradaleti4	<--- F1	,956	,022	44,207	***
prosedüradaleti3	<--- F1	,973	,034	28,399	***
prosedüradaleti2	<--- F1	,923	,030	30,266	***
prosedüradaleti1	<--- F1	,944	,033	28,214	***
etkileşimadaleti8	<--- F2	1,000			
etkileşimadaleti7	<--- F2	1,075	,066	16,238	***

Tablo 4-43’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri ne ölçüde açıkladığını gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları diğer bir ifade ile faktör yükleri verilmiştir. Prosedür ve dağıtım adaleti faktörünün (F1) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,953-0,542 aralığında yüklenmişlerdir. Etkileşim adaleti faktörünün (F2) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 1,002-0,936 aralığında yüklenmişlerdir.

Tablo 4-43: Şikayet Yönetimi Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	Tahmin
etkileşimadaleti15	<--- F1 ,947
etkileşimadaleti14	<--- F1 ,953
etkileşimadaleti13	<--- F1 ,542
etkileşimadaleti12	<--- F1 ,853
etkileşimadaleti11	<--- F1 ,829
etkileşimadaleti10	<--- F1 ,892
dağıtımdaleti19	<--- F1 ,939
dağıtımdaleti18	<--- F1 ,926
dağıtımdaleti17	<--- F1 ,948
dağıtımdaleti16	<--- F1 ,831
prosedüradaleti6	<--- F1 ,922
prosedüradaleti5	<--- F1 ,949
prosedüradaleti4	<--- F1 ,951
prosedüradaleti3	<--- F1 ,837
prosedüradaleti2	<--- F1 ,856
prosedüradaleti1	<--- F1 ,835
etkileşimadaleti8	<--- F2 ,936
etkileşimadaleti7	<--- F2 1,002

Şikayet yönetimi ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uygun modelin diyagramı aşağıda Şekil 4.3’te verilmiştir.



Şekil 4.3. Şikayet Yönetimi Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

4.2.2.9. Müşteri Memnuiyeti Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4-44’de verilen modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde; $X^2/df=1,180 \leq 3$, $0,019 = RMR \leq 0,05$, $0,90 \leq GFI = 0,997$, $0,90 \leq AGFI = 0,987$, $0,97 \leq CFI = 1,000$, $0,95 \leq IFI = 1,000$, $0,020 = RMSEA \leq 0,05$ uyum değerleri iyi uyum göstermektedir.

Sonuç olarak açıklayıcı faktör analizi ile bulunan müşteri memnuniyeti ölçeğinin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile de teyit edilmiştir.

Tablo 4-44 Müşteri Memnuniyeti Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Analiz sonuçları
CMIN/DF (χ^2/df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	1,180
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$	,019
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	,997
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	,987
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	1,000
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	1,000
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,020

Tablo 4-45’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri açıklama düzeyleri verilmiştir. Tabloda *** ile belirtilen her bir ilişki için p değerleri 0,01’den küçük olduğudur. Bu da gözlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmekte olup faktör yüklenimlerinin önemli olduğu ile açıklanmaktadır. Sonuç olarak gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri iyi bir şekilde açıklandığı söylenebilir.

Tablo 4-45: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

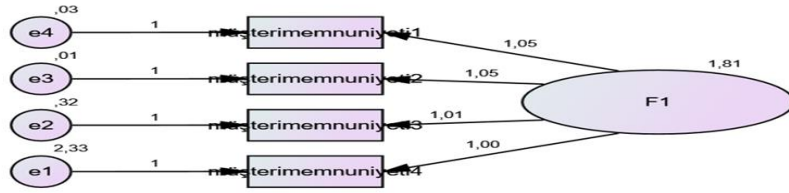
Gizli ve Gözlenen Değişkenler	Tahmin	Standart Hata	t değeri	p
müşterimemnuniyeti4 <--- F1	1,000			
müşterimemnuniyeti3 <--- F1	1,006	,057	17,518	***
müşterimemnuniyeti2 <--- F1	1,049	,056	18,612	***
müşterimemnuniyeti1 <--- F1	1,047	,056	18,546	***

Tablo 4-46’da gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri ne ölçüde açıkladığını gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları diğer bir ifade ile faktör yükleri verilmiştir. Müşteri memnuniyeti faktörünün (F1) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,997-0,661 aralığında yükleme yapmıştır.

Tablo 4-46: Müşteri Memnuniyeti Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları		Tahmin
müşterimemnuniyeti4	<--- F1	,661
müşterimemnuniyeti3	<--- F1	,922
müşterimemnuniyeti2	<--- F1	,997
müşterimemnuniyeti1	<--- F1	,991

Müşteri Memnuniyeti ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uygun modelin diyagramı aşağıda Şekil 4.4.'te verilmiştir.



Şekil 4.4. Müşteri Memnuniyetine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

4.2.2.10. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4-47'de modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde; $X^2/df=4,664 \leq 5$, $0,85 \leq AGFI=0,868$ kabul edilebilir uyum, $0,90 \leq GFI=0,919$, $0,97 \leq CFI=0,980$, $0,95 \leq IFI=0,980$ değerleri iyi uyum gösterirken, RMSEA ve RMR değerleri uyum göstermemektedir. Sonuç olarak açıklayıcı faktör analizi ile bulunan davranışsal niyet ölçeğinin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile de teyit edilmiştir.

Tablo 4-47: Davranışsal Niyet Ölçeği Uyum İyiliği İndeks Sonuçları

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Analiz sonuçları
CMIN/DF (X^2/df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	4,664
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$	,202
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	,919
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	,868
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	,980
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	,980
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,090

Tablo 4-48’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri açıklama düzeyleri verilmiştir. Tabloda *** ile belirtilen her bir ilişki için p değerleri 0,01’den küçük olduğudur. Bu da gözlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmekte olup faktör yüklenimlerinin önemli olduğu ile açıklanmaktadır. Sonuç olarak gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri iyi bir şekilde açıklandığı söylenebilir.

Tablo 4-48: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

Gizli ve Gözlenen Değişkenler	Tahmin	Standart Hata	t değeri	P
dahafazlaödeme9 <--- F1	1,000			
dahafazlaödeme8 <--- F1	1,014	,011	92,309	***
değiştirme7 <--- F1	1,257	,051	24,666	***
değiştirme6 <--- F1	1,248	,051	24,358	***
sadakat5 <--- F1	1,093	,037	29,410	***
sadakat4 <--- F1	1,073	,067	16,125	***
sadakat3 <--- F1	1,133	,035	32,381	***
sadakat2 <--- F1	1,144	,036	32,154	***
sadakat1 <--- F1	1,128	,036	31,279	***
içselyanıt13 <--- F2	1,000			
dışsalyanıt12 <--- F2	1,064	,040	26,697	***
dışsalyanıt11 <--- F2	1,084	,041	26,742	***
dışsalyanıt10 <--- F2	,744	,064	11,545	***

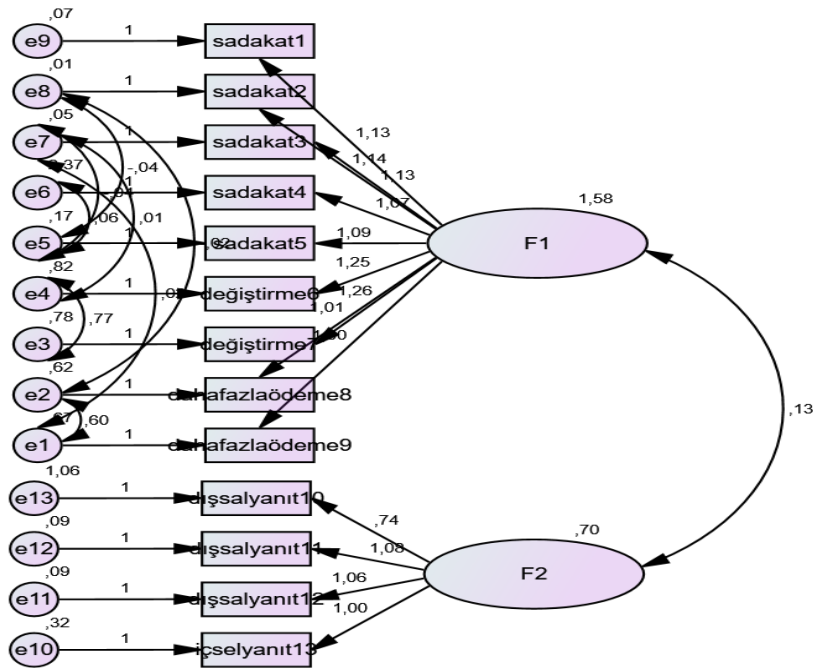
Tablo 4-49’de gözlenen değişkenlerin gizli değişkenleri ne ölçüde açıkladığını gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları diğer bir ifade ile faktör yükleri verilmiştir. Olumlu davranışsal niyetler faktörünün (F1) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,996-0,659 aralığında, olumsuz davranışsal niyetler faktörünün (F2) gizli değişkenine gözlenen değişkenler 0,949-0,516 aralığında yüklenmişlerdir.

Tablo 4-49: Davranışsal Niyet Ölçeğinin Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları	Tahmin
dahafazlaödeme9 <--- F1	,837
dahafazlaödeme8 <--- F1	,851
değiştirme7 <--- F1	,873
değiştirme6 <--- F1	,866

Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları			Tahmin
sadakat5	<---	F1	,959
sadakat4	<---	F1	,659
sadakat3	<---	F1	,987
sadakat2	<---	F1	,996
sadakat1	<---	F1	,984
içselyanıt13	<---	F2	,827
dışselyanıt12	<---	F2	,948
dışselyanıt11	<---	F2	,949
dışselyanıt10	<---	F2	,516

Davranışsal Niyet ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uygun modelin diyagramı aşağıdaki Şekil 4.5.'te verilmiştir.



Şekil 4.5. Davranışsal Niyet Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

4.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

Çalışmanın değişkenleri olan algılanan hizmet kalitesi, kuruma güven, şikayet yönetimi, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet ölçekleri ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, standart hata, minimum ve maksimum değerleri değerlendirilmiş olup, bulgular aşağıda sunulmuştur.

Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistik sonuçları değerlendirildiğinde; katılımcıların algılanan hizmet kalitesinden aldıkları toplam puan ortalaması $73,18 \pm 22,18$ olup ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise empati alt boyutu $25,67 \pm 8,71$, cevaplandırma alt boyutu $13,58 \pm 5,26$, fiziki imkânlar alt boyutu $9,59 \pm 4,68$, güven alt boyutu $11,65 \pm 4,79$, mekân özellikleri alt boyutu $12,73 \pm 5,03$ 'dür. Katılımcıların kuruma güven ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $25,74 \pm 9,74$ 'dür. Katılımcıların şikayet yönetimi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $33,44 \pm 19,25$ olup, prosedür ve dağıtım adaleti boyutundan aldıkları puan ortalaması $26,76 \pm 18,27$, etkileşim adaleti boyutundan aldıkları puan ortalaması $6,67 \pm 2,79$ 'dur. Katılımcıların müşteri memnuniyeti ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $11,99 \pm 5,78$ 'dir. Katılımcıların davranışsal niyet ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları $44,47 \pm 13,54$ olup, olumlu davranışsal niyetlere ait puan ortalamaları $26,70 \pm 13,06$, olumsuz davranışsal niyetlere ait puan ortalamaları ise $17,78 \pm 3,48$ 'dir (Tablo 4-50).

Tablo 4-50: Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Ölçekler	Madde Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Min	Max
<i>Algılanan Hizmet Kalitesi</i>	23	73,18	22,18	1,07	23	115
Empati	7	25,67	8,71	0,36	7	35
Cevaplandırma	4	13,58	5,26	0,24	4	20
Fiziki imkânlar	4	9,59	4,68	0,22	4	20
Güven	4	11,65	4,79	0,22	4	20
Mekân özellikleri	4	12,73	5,03	0,23	4	20
<i>Kuruma Güven</i>	8	25,74	9,74	0,46	8	40
<i>Şikayet Yönetimi</i>	18	33,44	19,25	0,95	18	90
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	16	26,76	18,27	0,90	16	80
Etkileşim Adaleti	2	6,67	2,79	0,13	2	10
<i>Müşteri Memnuniyeti</i>	4	11,99	5,78	0,27	4	20
<i>Davranışsal Niyet</i>	13	44,47	13,54	0,63	13	73
Olumlu Davranışsal Niyetler	9	26,70	13,06	0,61	9	45
Olumsuz Davranışsal Niyetler	4	17,78	3,48	0,16	4	20

4.4. Path Analizi Bulguları

Çalışmada önerilen model bir yapısal eşitlik modellemesi olan Path Analizi ile test edilmiş olup bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.4.1. Önerilen Modelin Uyum İndeksleri ve Standart İndeks Değerleri

Tablo 4-51’de görüldüğü üzere önerilen modelin ölçüm sonuçları incelendiğinde;

$3,200=\chi^2/sd \leq 5$, $0,903=TLI > 0,90$, $0,90 \leq IFI = 0,908$, $0,070=RMSEA \leq 0,08$ uyum indeksleri ile kabul edilebilir uyum gösterirken, $CFI=0,908$ ile uyum göstermemektedir. Bu bulgular doğrultusunda önerilen yapısal modelin veri ile uyumlu kabul edilebilir olduğu görülmektedir.

Tablo 4-51: Önerilen Modelin Uyum İndeksleri ve Standart İndeks Değerleri

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Önerilen Model
CMIN/DF (χ^2 /df)	$\chi^2/sd \leq 3$	$\chi^2/sd \leq 5$	3,200
TLI	$TLI > 0,95$	$TLI > 0,90$	,903
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,95 \leq CFI$	,908
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$	,908
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	,070

4.4.2. Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayıları

Araştırma modeline ait hipotezlerin 0,05 anlamlılık düzeyindeki test bulgularına göre, $H1_A$, $H1_B$, $H1_C$, $H1_D$, $H2_{A1}$, $H2_{A2}$, $H2_{C1}$, $H2_{D1}$, $H3_B$, $H4_A$, $H5_A$, $H6_{A2}$, $H6_{B2}$, $H7_A$, $H8_{A1}$, $H8_{A2}$, $H8_{B1}$, $H8_{E2}$, $H8_{C1}$, $H9$ hipotezleri kabul edilmiştir. Ayrıca modelden çıkartma işlemi ile tespit edilen en uygun modele ulaşılırken; $H1_E$, $H2_{B1}$, $H2_{B2}$, $H2_{C2}$, $H2_{D2}$, $H2_{E1}$, $H2_{E2}$, $H3_A$, $H4_B$, $H5_B$, $H6_{A1}$, $H6_{B1}$, $H7_B$, $H8_{B2}$, $H8_{C2}$, $H8_{D1}$, $H8_{D2}$ hipotezleri ise reddedilmiştir (Tablo 4-52).

Tablo 4-52: Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayıları

			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p	Hipotezler
Etkileşim Adaleti	←	Empati	,253	,063	3,999	***	H2 _{A2}
Etkileşim Adaleti	←	Kuruma Güven	,257	,048	5,364	***	H3 _B
Müşteri Memnuniyeti	←	Empati	-,081	,040	-2,000	,045	H1 _A
Müşteri Memnuniyeti	←	Cevaplandırma	,263	,032	8,181	***	H1 _B
Müşteri Memnuniyeti	←	Fiziki İmkânlar	,298	,063	4,729	***	H1 _C
Müşteri Memnuniyeti	←	Güven	,127	,030	4,311	***	H1 _D
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Empati	-,118	,049	-2,408	,016	H2 _{A1}
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Fiziki İmkânlar	,438	,081	5,387	***	H2 _{C1}
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Güven	,278	,038	7,375	***	H2 _{D1}
Müşteri Memnuniyeti	←	Etkileşim Adaleti	,060	,030	1,997	,046	H5 _B
Müşteri Memnuniyeti	←	Kuruma Güven	,588	,038	15,584	***	H9
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Empati	,256	,041	6,262	***	H8 _{A2}
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Mekân Özellikleri	,092	,045	2,054	,040	H8 _{E2}
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Empati	-,067	,021	-3,182	,001	H8 _{A1}
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Cevaplandırma	,049	,018	2,718	,007	H8 _{B1}
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Fiziki İmkânlar	,099	,032	3,068	,002	H8 _{C1}
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	-,248	,036	-6,891	***	H6 _{A2}
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Etkileşim Adaleti	,087	,028	3,050	,002	H6 _{B2}
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Müşteri Memnuniyeti	,738	,037	20,150	***	H7 _A
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Kuruma Güven	,107	,022	4,785	***	H4 _A
gvn27	←	Empati	1,000				
kö34	←	Empati	1,084	,049	22,101	***	

			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p	Hipotezler
kö33	←	Empati	1,026	,058	17,596	***	
nez32	←	Empati	1,165	,046	25,510	***	
nez31	←	Empati	1,198	,044	27,394	***	
nez30	←	Empati	1,191	,045	26,760	***	
nez29	←	Empati	1,116	,049	22,976	***	
cev22	←	Cevaplandırma	1,000				
cev21	←	Cevaplandırma	1,077	,078	13,724	***	
cev20	←	Cevaplandırma	1,020	,023	44,432	***	
cev19	←	Cevaplandırma	,938	,032	29,628	***	
etö6	←	Fiziki İmkânlar	1,000				
etö5	←	Fiziki İmkânlar	,942	,073	12,967	***	
etö2	←	Fiziki İmkânlar	2,037	,187	10,891	***	
etö1	←	Fiziki İmkânlar	2,101	,194	10,856	***	
gvn25	←	Güven	1,000				
gvn24	←	Güven	1,082	,044	24,730	***	
cev15	←	Güven	,637	,044	14,653	***	
gvmk13	←	Güven	,616	,045	13,579	***	
etö9	←	Mekân Özellikleri	1,000				
etö8	←	Mekân Özellikleri	1,059	,065	16,248	***	
etö4	←	Mekân Özellikleri	1,674	,139	12,041	***	
etö3	←	Mekân Özellikleri	1,522	,123	12,336	***	
pa1	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,000				
pa2	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,980	,015	66,081	***	
pa3	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,034	,046	22,260	***	
pa4	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,015	,036	28,002	***	

			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p	Hipotezler
pa5	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,021	,037	27,868	***	
pa6	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,016	,039	26,364	***	
ea10	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,999	,040	24,764	***	
ea11	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,848	,039	21,902	***	
ea12	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,854	,038	22,566	***	
ea13	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,966	,078	12,403	***	
ea14	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,066	,038	28,011	***	
ea15	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,057	,038	27,518	***	
da16	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,991	,045	21,995	***	
da17	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,009	,036	27,794	***	
da18	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,001	,038	26,589	***	
da19	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	1,039	,038	27,330	***	
ea7	←	Etkileşim Adaleti	1,000				
ea8	←	Etkileşim Adaleti	,939	,048	19,437	***	
mm1	←	Müşteri Memnuniyeti	1,000				
mm2	←	Müşteri Memnuniyeti	,999	,009	106,596	***	
mm3	←	Müşteri Memnuniyeti	,961	,024	40,478	***	
mm4	←	Müşteri Memnuniyeti	,955	,062	15,407	***	

			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p	Hipotezler
iy13	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	1,000				
dy12	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	1,064	,039	27,297	***	
dy11	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	1,086	,040	27,415	***	
dy10	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,746	,063	11,820	***	
dö9	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,000				
dö8	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,006	,013	78,925	***	
değ7	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,260	,060	20,870	***	
değ6	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,253	,061	20,642	***	
sad5	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,080	,044	24,298	***	
sad4	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,082	,079	13,772	***	
sad3	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,135	,043	26,643	***	
sad2	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,143	,042	26,988	***	
sad1	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	1,133	,043	26,590	***	
ku4	←	Kuruma Güven	1,000				
ku3	←	Kuruma Güven	1,038	,039	26,483	***	
ku2	←	Kuruma Güven	1,046	,039	26,609	***	
ku1	←	Kuruma Güven	1,028	,039	26,053	***	
kg4	←	Kuruma Güven	,584	,048	12,095	***	

			Tahmin	Standart Hata	t değeri	p	Hipotezler
kg3	←	Kuruma Güven	,888	,040	22,026	***	
kg2	←	Kuruma Güven	,922	,039	23,847	***	
kg1	←	Kuruma Güven	,914	,040	22,844	***	

p değerinin *** şeklinde gösterimi 0,001 düzeyinde ölçüldüğünü göstermektedir.

4.4.3. Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

Oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı boyut ve yolları tespit edildikten sonra, standardize edilmiş regresyon katsayıları yardımı ile değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Empati boyutundan olumsuz davranışsal niyetler boyutuna 0,286'lık bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Empati boyutundan etkileşim adaleti boyutuna 0,183'lük bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Empati boyutundan prosedür ve dağıtım adaleti boyutuna -0,105'lik bir katsayı ile negatif yönlü bir etki görülmektedir. Empati boyutundan olumlu davranışsal niyetler boyutuna -0,060'lık bir katsayı ile negatif yönlü bir etki bulunmaktadır. Empati boyutundan müşteri memnuniyetine -0,066'lık bir katsayı ile negatif yönlü bir etki görülmektedir. Cevaplandırma boyutundan müşteri memnuniyetine 0,268'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Cevaplandırma boyutundan olumlu davranışsal niyetler boyutuna 0,055'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Fiziki imkânlar boyutundan müşteri memnuniyetine 0,170'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Fiziki imkânlar boyutundan prosedür ve dağıtım adaleti boyutuna 0,274'lük bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Fiziki imkânlar boyutundan olumlu davranışsal niyetler boyutuna 0,062'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Güven boyutundan müşteri memnuniyetine 0,141'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Güven boyutundan prosedür ve dağıtım adaleti boyutuna 0,336'lık bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Mekân özellikleri boyutundan olumsuz davranışsal niyetler boyutuna 0,090'lık bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Etkileşim adaleti boyutundan müşteri memnuniyetine 0,068'lik bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Kuruma güvenden müşteri memnuniyetine 0,634'lük bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Kuruma güvenden etkileşim adaleti boyutuna 0,246'lık bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Kuruma güvenden olumlu davranışsal niyetler boyutuna 0,126'lık bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Prosedür ve dağıtım adaleti boyutundan olumsuz davranışsal niyetler boyutuna -0,312'lik bir katsayı ile negatif yönlü bir etki

bulunmaktadır. Etkileşim adaleti boyutundan olumsuz davranışsal niyetler boyutuna 0,134'lük bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır. Müşteri memnuniyetinden olumlu davranışsal niyetlere 0,810'luk bir katsayı ile pozitif yönlü bir etki vardır (Tablo 4-53).

Tablo 4-53: Araştırma Modeline Ait Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

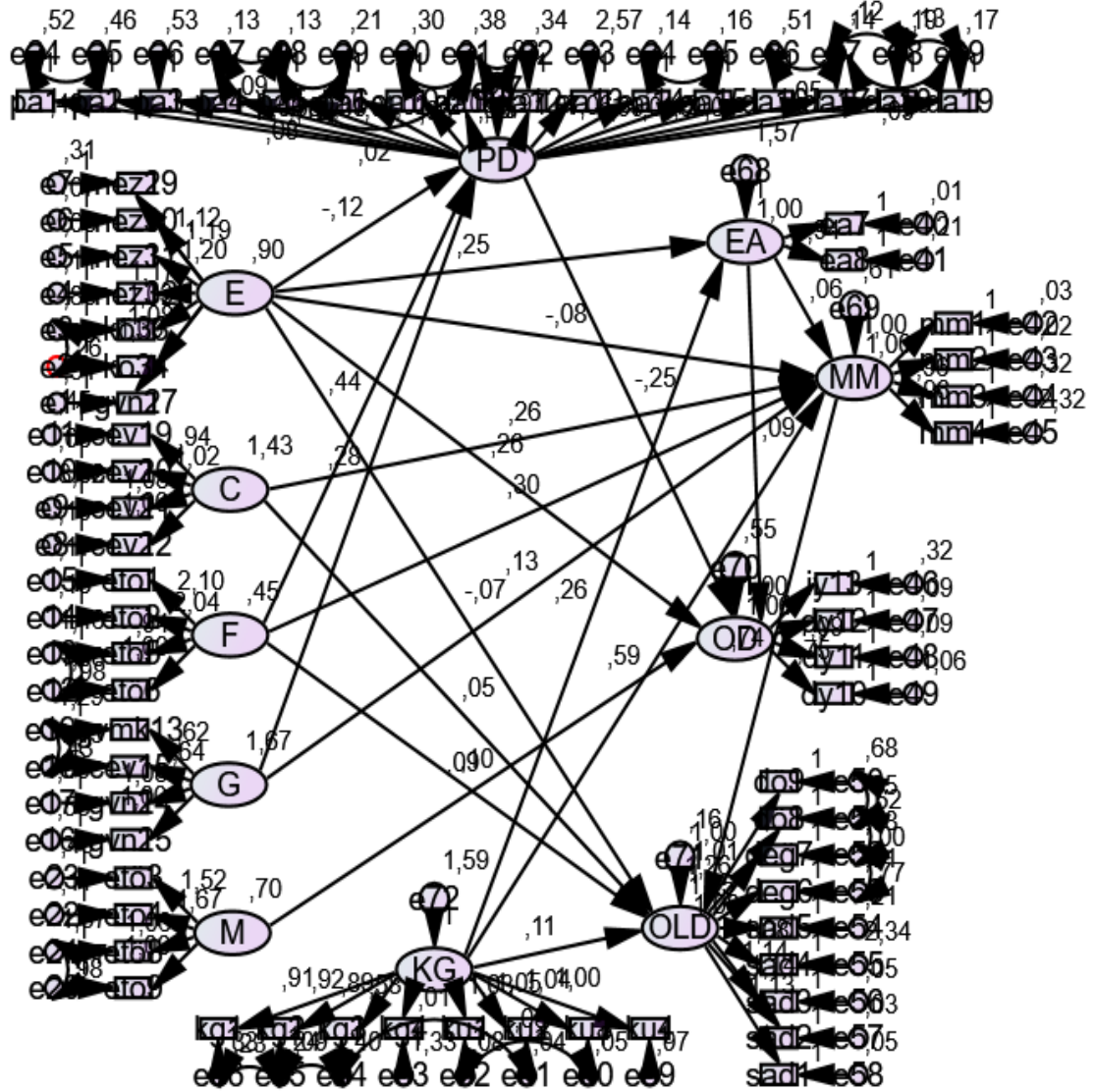
			Tahmin
Etkileşim Adaleti	←	Empati	,183
Etkileşim Adaleti	←	Kuruma Güven	,246
Müşteri Memnuniyeti	←	Empati	-,066
Müşteri Memnuniyeti	←	Cevaplandırma	,268
Müşteri Memnuniyeti	←	Fiziki İmkânlar	,170
Müşteri Memnuniyeti	←	Güven	,141
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Empati	-,105
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Fiziki İmkânlar	,274
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	←	Güven	,336
Müşteri Memnuniyeti	←	Etkileşim Adaleti	,068
Müşteri Memnuniyeti	←	Kuruma Güven	,634
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Empati	,286
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Mekân Özellikleri	,090
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Empati	-,060
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Cevaplandırma	,055
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Fiziki imkânlar	,062
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	-,312
Olumsuz Davranışsal Niyetler	←	Etkileşim Adaleti	,134
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Müşteri Memnuniyeti	,810
Olumlu Davranışsal Niyetler	←	Kuruma Güven	,126
gyn27	←	Empati	,798
kö34	←	Empati	,863
kö33	←	Empati	,731
nez32	←	Empati	,947
nez31	←	Empati	,989
nez30	←	Empati	,975
nez29	←	Empati	,886

			Tahmin
cev22	←	Cevaplandırma	,939
cev21	←	Cevaplandırma	,560
cev20	←	Cevaplandırma	,979
cev19	←	Cevaplandırma	,858
etö6	←	Fiziki İmkânlar	,469
etö5	←	Fiziki İmkânlar	,462
etö2	←	Fiziki İmkânlar	,960
etö1	←	Fiziki İmkânlar	,972
gvn25	←	Güven	,862
gvn24	←	Güven	,987
cev15	←	Güven	,608
gvmk13	←	Güven	,574
etö9	←	Mekân Özellikleri	,533
etö8	←	Mekân Özellikleri	,603
etö4	←	Mekân Özellikleri	,974
etö3	←	Mekân Özellikleri	,878
pa1	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,830
pa2	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,838
pa3	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,835
pa4	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,950
pa5	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,948
pa6	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,921
ea10	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,889
ea11	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,826
ea12	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,842
ea13	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,541
ea14	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,950
ea15	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,942
da16	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,828
da17	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,946
da18	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,925
da19	←	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	,938
ea7	←	Etkileşim Adaleti	,997

			Tahmin
ea8	←	Etkileşim Adaleti	,938
mm1	←	Müşteri Memnuniyeti	,989
mm2	←	Müşteri Memnuniyeti	,993
mm3	←	Müşteri Memnuniyeti	,894
mm4	←	Müşteri Memnuniyeti	,591
iy13	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,832
dy12	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,949
dy11	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,952
dy10	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,525
dö9	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	,792
dö8	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,799
değ7	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	,836
değ6	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,829
sad5	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	,928
sad4	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,602
sad3	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	,983
sad2	←	Olumsuz Davranışsal Niyetler	,991
sad1	←	Olumlu Davranışsal Niyetler	,982
ku4	←	Kuruma Güven	,788
ku3	←	Kuruma Güven	,986
ku2	←	Kuruma Güven	,987
ku1	←	Kuruma Güven	,976
kg4	←	Kuruma Güven	,537
kg3	←	Kuruma Güven	,871
kg2	←	Kuruma Güven	,920
kg1	←	Kuruma Güven	,894

4.4.4. Önerilen Araştırma Modelinin Path Diyagramı

Şekil 4.6.'da kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünde önerilen araştırma modeline değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkileri gösteren Path diyagramı yer almaktadır.



Şekil 4.6. Araştırma Modelinin Path Diyagramı

4.4.5. Desteklenen Hipotezlerdeki Direkt Etki, Dolaylı Etki ve Toplam Etkilerin Standartize Edilmiş Değerleri

Yapılan Path Analizi sonucunda desteklenen hipotezlerin anlamlı çıkan etkilerinin standartize edilmiş toplam, direkt ve indirekt etkileri belirlenmiş olup Tablo 4-54'de yer almaktadır.

Toplam etkilere ait standartize edilmiş değerler incelendiğinde; empatinin etkileşim adaletini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,183 birim, empatinin müşteri

memnuniyetini toplam etkileme (yordama) gücünün -0,054 birim, empatinin olumsuz davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,343 birim, empatinin olumlu davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün -0,103 birim, empatinin prosedür ve dağıtım adaletini toplam etkileme (yordama) gücünün -0,105 birim olduğu görülmektedir. Cevaplandırmanın müşteri memnuniyetini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,268 birim, cevaplandırmanın olumlu davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,272 birim olduğu görülmektedir. Fiziki imkânların olumlu davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,200 birim, fiziki imkânların müşteri memnuniyetini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,170 birim, fiziki imkânların prosedür ve dağıtım adaletini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,274 birim olduğu görülmektedir. Güvenin müşteri memnuniyetini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,141 birim, güvenin prosedür ve dağıtım adaletini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,336 birim olduğu görülmektedir. Mekân özelliklerinin olumsuz davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,090 birim olduğu görülmektedir. Kuruma güvenin etkileşim adaleti toplam etkileme (yordama) gücünün 0,246 birim, kuruma güvenin olumlu davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,653 birim, kuruma güvenin müşteri memnuniyetini toplam etkileme (yordama) gücünün 0,651 birim olduğu görülmektedir. Etkileşim adaletinin müşteri memnuniyeti toplam etkileme (yordama) gücünün 0,068 birim, etkileşim adaletinin olumsuz davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,134 birim olduğu görülmektedir. Prosedür ve dağıtım adaletinin olumsuz davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün -0,312 olduğu görülmektedir. Müşteri memnuniyetinin olumlu davranışsal niyetleri toplam etkileme (yordama) gücünün 0,810 olduğu görülmektedir.

Direkt etkilere ait standardize edilmiş değerler incelendiğinde; empatinin etkileşim adaletini direkt etkileme gücünün 0,183 birim, prosedür ve dağıtım adaletini direkt etkileme gücünün ise -0,105 birim olduğu görülmektedir. Cevaplandırmanın müşteri memnuniyetini direkt etkileme gücünün 0,268 birim olduğu görülmektedir. Fiziki imkânların müşteri memnuniyetini direkt etkileme gücünün 0,170 birim, prosedür ve dağıtım adaletini ise direkt etkileme gücünün 0,274 birim olduğu görülmektedir. Güvenin müşteri memnuniyetini direkt etkileme gücünün 0,141 birim, prosedür ve dağıtım adaletini direkt etkileme gücünün 0,336 birim olduğu görülmektedir. Mekân özelliklerinin olumsuz davranışsal niyetleri direkt etkileme gücünün 0,090 birim olduğu

görülmektedir. Kuruma güvenin etkileşim adaletini direkt etkileme gücünün 0,246 birim olduğu görülmektedir. Etkileşim adaletinin müşteri memnuniyetini direkt etkileme gücünün 0,068 birim, olumsuz davranışsal niyetleri ise direkt etkileme gücünün 0,134 birim olduğu görülmektedir. Prosedür ve dağıtım adaletinin olumsuz davranışsal niyetleri direkt etkileme gücünün -0,312 birim olduğu görülmektedir. Müşteri memnuniyetinin olumlu davranışsal niyetleri direkt etkileme gücünün 0,810 birim olduğu görülmektedir.

Dolaylı etkilere ait standardize edilmiş değerler incelendiğinde; empatinin, müşteri memnuniyetini dolaylı etkileme gücünün 0,012 birim olduğu görülmektedir. Bu durum empatinin müşteri memnuniyeti üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani empatinin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık etkisi vardır. Empatinin, olumsuz davranışsal niyetleri dolaylı etkileme gücünün 0,057 birim olduğu görülmektedir. Bu durum empatinin olumsuz davranışsal niyetleri üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani empatinin olumsuz davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır. Empatinin olumlu davranışsal niyeti dolaylı etkileme gücünün -0,043 birim olduğu görülmektedir. Bu durum empatinin olumlu davranışsal niyetler üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani empatinin olumlu davranışsal niyeti üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır. Cevaplandırmanın olumlu davranışsal niyetleri dolaylı etkileme gücünün 0,217 birim olduğu görülmektedir. Bu durum cevaplandırmanın olumlu davranışsal niyetler üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani cevaplandırmanın olumlu davranışsal niyetler üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık etkisi vardır. Fiziki imkânların olumlu davranışsal niyetleri dolaylı etkileme gücünün 0,138 birim olduğu görülmektedir. Bu durum fiziki imkânların olumlu davranışsal niyetler üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani fiziki imkânların olumlu davranışsal niyetler üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır. Kuruma güvenin olumlu davranışsal niyetleri dolaylı etkileme gücünün 0,527 birim olduğu görülmektedir. Bu durum kuruma güvenin olumlu davranışsal niyetler üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu

göstermektedir. Yani kuruma güvenin olumlu davranışsal niyetler üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır. Kuruma güvenin müşteri memnuniyetini dolaylı etkileme gücünün 0,017 birim olduğu görülmektedir. Bu durum kuruma güvenin müşteri memnuniyeti üzerinde hem doğrudan hem de şikayet yönetimi aracılığı ile dolaylı etkisinin var olduğunu göstermektedir. Yani kuruma güvenin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır (Tablo 4-54).

Tablo 4-54: Desteklenen Hipotezlerdeki Direkt Etki, Dolaylı Etki ve Toplam Etkilerin Standardize Edilmiş Değerleri

			Direkt etki	Dolaylı etki (İndirekt etki)	Toplam etki
Empati	→	Etkileşim Adaleti	0,183	0,000	0,183
Empati	→	Müşteri Memnuniyeti	-0,066	0,012	-0,054
Empati	→	Olumsuz Davranışsal Niyetler	0,286	0,057	0,343
Empati	→	Olumlu Davranışsal Niyetler	-0,060	-0,043	-0,103
Empati	→	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	-0,105	0,000	-0,105
Cevaplandırma	→	Müşteri Memnuniyeti	0,268	0,000	0,268
Cevaplandırma	→	Olumlu Davranışsal Niyetler	0,055	0,217	0,272
Fiziki imkânlar	→	Olumlu Davranışsal Niyetler	0,062	0,138	0,200
Fiziki İmkânlar	→	Müşteri Memnuniyeti	0,170	0,000	0,170
Fiziki İmkânlar	→	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	0,274	0,000	0,274
Güven	→	Müşteri Memnuniyeti	0,141	0,000	0,141
Güven	→	Prosedür ve Dağıtım Adaleti	0,336	0,000	0,336
Mekân Özellikleri	→	Olumsuz Davranışsal Niyetler	0,090	0,000	0,090
Kuruma Güven	→	Etkileşim Adaleti	0,246	0,000	0,246
Kuruma Güven	→	Olumlu Davranışsal Niyetler	0,126	0,527	0,653
Kuruma Güven	→	Müşteri Memnuniyeti	0,634	0,017	0,651
Etkileşim Adaleti	→	Müşteri Memnuniyeti	0,068	0,000	0,068
Etkileşim Adaleti	→	Olumsuz Davranışsal Niyetler	0,134	0,000	0,134
Prosedür ve Dağıtım Adaleti	→	Olumsuz Davranışsal Niyetler	-0,312	0,000	-0,312
Müşteri Memnuniyeti	→	Olumlu Davranışsal Niyetler	0,810	0,000	0,810

5. TARTIŞMA

Çalışmanın sonuçlarının tartışılmasına; beş yıllık hasta şikayetlerinin incelenmesi ile kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesi model önerisi amaçlarına bağlı olarak iki aşamada yer verilmiştir.

5.1. Hasta Şikayetleri ile İlgili Sonuçlar

Retrospektif olarak beş yıllık hasta şikayetlerinin incelendiği çalışmada, 1912 şikayete ulaşılmış ve doküman taraması ile şikayetlerin içerik analizi yapılmıştır. Şikayetlerin %23,8'i 2017 yılına aittir.

Yapılan analiz sonucunda şikayetçilerin; %34,9'unun 19-30 yaş aralığında, %34,0'nın lise mezunu olduğu saptanmıştır. Şikayetçilerin %78,2'sinin ilk kez şikayet başvurusu olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda şikayetçilerin yaş aralığı incelendiğinde; Anderson ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında; şikayetçilerin % 32'sinin 60 yaş ve üzeri, Natangelo'nun (2007) çalışmasında; şikayetçilerin %49'unun 30-64 yaş aralığında, Zengin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; şikayetçilerin %61'inin 21-40 yaş aralığında, Bouwman ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında; şikayetçilerin %61'inin 40-64 yaş aralığında, Siyambalapitiya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; şikayetçilerin %54'ünün 70 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bizim bulgularımızla karşılaştırıldığında, diğer ülkelerde şikayetçilerin yaşı daha yüksektir. Bu da Avrupa ülkerine göre, bizim ülkemizin daha genç nüfusa sahip olmamızla açıklanabilir.

Şikayetlerin %60,7'si dilekçe yani hastane tarafından hazırlanan şikayet formu aracılığı ile iletilmiştir. Taylor ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında şikayetlerin; %63,1'i, Ebrahimipour'un (2013) çalışmasında %31,3'ü, Rangraz Jeddi ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında ise %33,3'ü dilekçe aracılığı ile iletilmiştir.

Şikayetlerin %56,1'i hasta yakınları tarafından iletilmiştir. Çalışma bulgumuza paralel olarak Karaağaç ve arkadaşlarının (2018) ve Natangelo'nun (2007) çalışmalarında da, şikayetlerin çoğunluğu hasta yakınları tarafından yapılırken, Anderson ve arkadaşlarının (2001), Wofford ve arkadaşlarının (2004) ve Taylor ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında ise, şikayetlerin çoğunluğu hastaların kendisi

tarafından yapılmıştır. Şikayetlerin %73,6'sı tıbbi hizmetlerle ilgili olup, %60,9'u da ayaktan hasta hizmetleri ile ilgilidir. Uludağ'ın (2011) çalışmasında da şikayetlerin %40'ı poliklinik hizmetleri ile ilgilidir.

Şikayetlerin %54,0'ı dahili, %33,0'ı cerrahi tıp alanları ile ilgilidir. Bütün şikayetler içerisinde en çok şikayet edilen ilk üç bölüm sırasıyla; %14,9'u İç Hastalıkları ve ilgili bilim dalları, % 12,9'u Radyoloji, %8,8'i Çocuk Hastalıkları ve ilgili bilim dallarıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda en çok şikayet edilen anabilim dalları incelendiğinde; Bark ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında şikayetlerin çoğu genel cerrahi, Kline ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında acil servis, Giugliani ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cerrahi ve kadın doğum ve Veneau ve Chariot'un (2013) çalışmasında ise acil servis ile ilgili olduğu bildirilmiştir.

Şikayet edilenlerin mesleklere göre dağılımları incelendiğinde en çok şikayet edilen ilk üç grup sırasıyla; %24,0 ile araştırma görevlisi hekimler, %8,5 ile sekreterler ve %8,2 ile öğretim üyesi hekimlerdir. Bark ve arkadaşlarının (1994), Anderson ve arkadaşlarının (2001), Kuosmanen ve arkadaşlarının (2008), Uludağ'ın (2011), Kırgın Toprak ve Şahin'in (2012), Zengin ve arkadaşlarının (2012), Jabbari ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında da hekimler ilk sırada şikayet edilen meslek grubudur. Hekimlerin ilk sırada şikayet edilmelerinin nedenleri arasında diğer personellere göre tanı ve tedavi işlemlerinde hastalarla birebir iletişim içinde olmaları ve primer sorumlu olmaları, kurumdaki hekim sayısının az olmasından dolayı yoğun nöbetler ve çalışma koşulları yer alabilir.

Şikayetler nedenlerine göre incelendiğinde, hastaların ifade ve iddialarına dayanan toplamda 61 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler içerisinde en çok şikayet edilen ilk üç alan; %10,0 ile olumsuz iletişim, %9,2 ile kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar ve %7,9 ile ilgisizliktir. Literatürde benzer şekilde hasta şikayetlerini ele alan çalışmalar incelendiğinde; Anderson ve arkadaşları (2001) Avustralya'da yapmış oldukları çalışmalarında en çok şikayet edilen ilk üç konuyu; iletişim, tedavi ve erişim olarak, Wofford ve arkadaşları (2004) Amerika'da yapmış oldukları çalışmalarında; saygısızlık, bakım beklentilerinin karşılanmaması ve yetersiz bilgilendirme olarak saptamışlardır. Taylor'un (2004) Avustralya'da yapmış olduğu çalışmada en çok şikayet edilen konular sırasıyla; iletişim, sağlık hizmetlerine erişim ve tedavidir. Siyambalapitiya ve arkadaşlarının (2007) İngiltere NHS sağlık sisteminde yürütmüş

oldukları çalışmalarında, en çok şikayet edilen konular; zayıf iletişim, hemşirelik hizmetleri ve çalışan tutumları olarak; Kline ve arkadaşlarının (2008) Kanada’da yapmış oldukları çalışmalarında bakım kalitesi, bekleme süreleri ve tutum/davranışlar olarak; Montini ve arkadaşlarının (2008) Amerika’da yapmış oldukları çalışmalarında; profesyonel olmayan davranış, kötü iletişim ve hizmet almak için bekleme olarak saptamışlardır. Kırgın Toprak ve Şahin’in (2012) ülkemizde yapmış oldukları çalışmalarında, en çok şikayet edilen konular; hizmetten faydalanamama, saygınlık ve rahatlık görmeme olarak, Ebrahimipour ve arkadaşlarının (2013) İran’da yapmış oldukları çalışmalarında en çok şikayet edilen konular; sağlık personellerine erişim, iletişim becerileri ve sunulan bakımdan memnuniyetsizlik olarak, Bouwman ve arkadaşlarının (2015) Almanya’da yapmış oldukları çalışmalarında ise kişiler arası davranışlar, medikal tedavi, bilgilendirme ve eğitim olarak saptamışlardır. Literatürde diğer ülkelerde yapılmış olan çalışmalar da değerlendirildiğinde, çalışma bulgumuza paralel şekilde genel olarak şikayetlerin iletişim ve çalışan davranış ve tutumları kaynaklı geliştiği ve hizmete erişim ile bekleme sürelerinin de şikayet nedenlerinde önemli yer tuttuğu söylenebilir.

Şikayet nedenleri meslek gruplarına göre incelendiğinde; öğretim üyeleri hakkındaki şikayetlerin %19’u tıbbi hata iddiası, araştırma görevlileri hakkındaki şikayetlerin %18,2’si olumsuz iletişim, hemşireler hakkındaki şikayetlerin %29,2’si olumsuz iletişim, teknikerler hakkındaki şikayetlerin %25,6’sı kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar, idari personeller hakkındaki şikayetlerin %29,4’ü dosya kaybı, sekreterler hakkındaki şikayetlerin %24,2’si kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar hakkındadır. Diyetisyenler hakkında, 1’i ilgisizlik, 1’i kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar ve 1’i randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi olmak üzere toplamda 3 şikayet alınmıştır. Aynı şekilde psikologlar hakkında 1’i kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar, 1’i randevulu hastanın muayene olmak için beklemesi ve 1’i ilgili anabilim dalının olmaması üzere toplamda 3 adet şikayet alınmıştır. Hasta bakıcılar hakkındaki 4 şikayet görev ihmal, temizlik personelleri hakkındaki 8 şikayet hasta odaları ve servis temizliğinin yetersizliği, güvenlik personelleri hakkındaki 14 şikayet olumsuz iletişim, yemekhane personelleri hakkındaki 3 şikayet otopark, kantin personelleri ile ilgili 2 şikayet olumsuz iletişim konuları ile ilgilidir.

Şikayetlerin sonuçlandırılma süreçleri değerlendirildiğinde ise; şikayetçilerin %94,6'sına mektupla geri dönüş yapılmış ve geri dönüş içeriklerinin %99,4'ünde de açıklama yer almaktadır. Geri dönüş içerikleri incelendiğinde ise, %24,2'sinde bölüm çalışanları ve ilgili kişiler uyarılmıştır ifadesi yer almaktadır. Şikayetlerin %41,0'ı 16-30 gün içerisinde sonuçlandırılmıştır. Siyambalapitiya ve arkadaşlarının (2007) İngiltere'de yapmış oldukları çalışmalarında, şikayetlerin %66'sı 20 gün içinde kapatılmıştır. Ebrahimipour ve arkadaşlarının (2012) İran'da yapmış oldukları çalışmalarında, ortalama yanıt süresi yaklaşık 6-7 gün, Lawrance ve arkadaşlarının (2018) Avustralya'da yapmış oldukları çalışmalarında ise ortalama yanıt süresi 14 gün, Veneau ve Chariot'un (2013) Fransa'da yapmış oldukları çalışmada ise bu süre 23 gün olarak saptanmıştır. Bizim bulgumuzdaki sürenin hem yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hem de BİMER, SABİM ve CİMER prosedürlerine göre şikayetlerin en fazla 30 gün içerisinde çözümlenmesi gerekliliği düşünüldüğünde, şikayetlerin uzun sürede sonuçlandırıldığı söylenebilir. Bu da şikayette bulunanların kurumun şikayet yönetimi sürecindeki prosedür adaletine yönelik algılarını olumsuz yönde etkileyen bir unsur olarak yorumlanabilir.

Şikayetlerin %1,7'sinde, İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'nca hak ihlali tespit edilmiş olup, bunların da %84,5'i saygınlık görme hakkının ihlali ile ilgili bulunmuştur. Uludağ'ın (2011) çalışmasında şikayetlerin %13,6'sında hak ihlali tespit edilmiştir. Çalışmamızda toplamda 4 adet şikayet adli vaka durumunda olup, dosyalama sistemleri değerlendirildiğinde ise şikayet evraklarının %22,5'inde eksik evrak bulunmaktadır.

Şikayetler, Reader ve arkadaşlarının (2014), hasta şikayetleri taksonomisi kullanılarak sınıflandırıldığında ise; hasta ve yakınlarının en çok şikayet ettikleri alanların %45,6 ile yönetim, %31,1 ile ilişkiler ve %23,4 ile klinik olduğu saptanmıştır. En çok şikayette bulunan ilk üç konunun sırasıyla; %11,6 ile hizmetlere ve personellere erişimde, hasta kabulünde ve randevudaki sorunlarla ilgili, %10,7 ile hasta güvenliğini tehdit eden komplikasyonlar ya da olaylar ve hasta ölümü ile ilgili ve %10,3 ile hastayı dinlememe, karar alma süreçlerinde hastaya açıklama yapmama ve iletişim bozukluğu ile ilgilidir. Literatürde benzer şekilde aynı taksonomi kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde en çok şikayet edilen alanların sırasıyla; Reader ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yönetim (%35,1), klinik (%33,7) ve ilişkiler

(%29,1); Harrison ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında klinik (%68), yönetim (%19) ve ilişkiler (%13); Mattarozzi ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında yönetim (%68,1), ilişkiler (%52,8) ve klinik (%36,8); Karaağaç ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yönetim (%35,0), klinik (%33,3) ve ilişkiler (%31,6) olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularında bizim bulgumuza paralel olarak yönetim alanının, en çok şikayet edilen alan olduğu söylenebilir.

5.2. Araştırma Modeline Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesi modelinde kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve modelin test sonuçları yer almaktadır.

5.2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirliliği

Araştırmanın ikinci amacına yönelik olarak; şikayet yönetimi, algılanan hizmet kalitesi, kuruma güven, davranışsal niyet ve müşteri memnuniyeti değişkenleri arasındaki etkiler ve şikayet yönetiminin aracılık etkisi incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda, 5 yıllık süreçte şikayetlerini ileten 1912 kişiden 450'sine ulaşılarak, telefonda anket yöntemi ile veri seti oluşturulmuştur. Araştırmada kullanılan her bir ölçek, ileri istatistiksel analizlere tabi tutulmadan önce, güvenilirlikleri daha sonra ise, geçerlilikleri test edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach Alfa katsayı ile incelenmiş olup, geçerliliklerinde ise ilk olarak açıklayıcı faktör analizi sonrasında ise, doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi uygulamasında her bir ölçek için faktör yapısını bozan ve/veya faktör yükü 0,40'dan küçük olan değişkenler tespit edilerek silinmiştir. 34 sorudan oluşan algılanan hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrası, ölçekten 11 madde silinmiş olup 23 soru ve 5 alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Kuruma güven ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrasında, 8 madde tek alt boyut altında toplanmıştır. Şikayet yönetimi ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrasında 1 madde silinmiş olup, 18 soru ve 2 alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Müşteri memnuniyeti ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrasında, 4 madde tek faktör altında toplanmıştır. Davranışsal niyet ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi sonrasında, 13 madde ve 2 alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Araştırma modelini

oluşturan 5 değişkene ilişkin ölçeklere, açıklayıcı faktör analizinden sonra doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak, belirlenen yapının geçerliliği test edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde ise; CMIN/DF (X^2/df), RMR, GFI, AGFI, CFI, IFI ve RMSEA uyum kriterleri kullanılarak, model uyumları değerlendirilmiş olup, ölçek yapılarına ilişkin modeller iyi uyum ve kabul edilebilir uyum göstermiştir. Sonuç olarak, araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

5.2.2. Veri Toplama Aracında Yer Alan Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçlarının Tartışılması

Bu bölümde, hastaneye şikayetlerini iletmış katılımcıların algılanan hizmet kalitesi, şikayet yönetimi, kuruma güven, müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet değişkenlerine ilişkin değerlendirmeleri, literatür ışığında tartışılmıştır.

Algılanan hizmet kalitesi ölçeği SERVPERF yapıda olup, katılımcıların hizmeti aldıktan sonra tek bir ölçümle algıları ölçülmektedir. Ölçek 5'li Likert tipte olup, 23 sorudan ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Katılımcıların algılanan hizmet kalitesi ölçeği toplamından almış oldukları puan ortalaması $73,18 \pm 22,18$ 'dir. Katılımcıların empati alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $25,67 \pm 8,71$, cevaplandırma alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $13,58 \pm 5,26$, fiziki imkanlar alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $9,59 \pm 4,68$, güven alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $11,65 \pm 4,79$, mekan özellikleri alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $12,73 \pm 5,03$ 'tür. Katılımcıların algılanan hizmet kalitesi algılarının ortalamasının üzerinde olduğu, alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde ise katılımcıların empati algılarının yüksek, cevaplandırma, güven ve mekan özellikleri algılarının ortalamasının üzerinde, fiziki imkanlar algılarının ise ortalama puana sahip oldukları görülmektedir. Hastane örnekleminde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Deveci ve Aksaraylı (2003) ve Rahman ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında, genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerinin karşılanmadığı saptanmıştır. Korkmaz ve Çuhadar'ın (2017) çalışmasında ise, hizmet kalitesi iyi olarak değerlendirilmektedir.

Katılımcıların; kuruma güven ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $25,74 \pm 9,74$ 'dür ve kuruma güven algılarının, ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların şikayet yönetimi ölçeğinden aldıkları toplam puan $33,44 \pm 19,25$ 'tir. Prosedür ve dağıtım adaleti alt boyutuna ilişkin almış oldukları puan ortalaması $26,76 \pm 18,27$, etkileşim adaleti alt boyutuna ilişkin almış oldukları puan ortalamaları

6,67±2,79'dur. Katılımcıların şikayet yönetimi ve prosedür ve dağıtım adeti alt boyutuna ilişkin algıları, ortalamanın altındadır. Etkileşim adaletine ilişkin algılarının ise, ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların müşteri memnuniyeti ölçeğine vermiş oldukları puan ortalamaları 11,99±5,78'dir. Katılımcıların müşteri memnuniyetlerinin, ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Literatürde sağlık sektörü örnekleminde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Sünter ve arkadaşları (2003), Dölek ve arkadaşları (2005), Çelikkalp ve arkadaşları (2011) genel olarak hastaların aldıkları hizmetten memnun olduklarını saptarken, Engin ve Sevinç (2005) memnuniyet düzeyini düşük, Taşlıyan ve Akyüz (2010) ise, memnuniyet düzeyini yüksek olarak saptamıştır. Katılımcıların davranışsal niyet ölçeğinden aldıkları toplam puan 44,47±13,54'tür. Katılımcıların olumlu davranışsal niyetler alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları 26,70±13,06 iken, olumsuz davranışsal niyetler alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları 17,78±3,48'dir. Katılımcıların davranışsal niyetlerinin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde ise, olumsuz davranışsal niyetlerinin yüksek, olumlu davranışsal niyetlerinin ise, ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır.

5.2.3. Araştırma Modelinin Test Edilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma modeli, Yapısal Eşitlik Modellemesi olan Path Analizi ile test edilmiştir. Aşağıda kabul edilen araştırma hipotezlerine ait sonuçlar Tablo 5.1 verilmiş olup, hipotezler ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmada algılanan hizmet kalitesinin cevaplandırma, fiziki imkanlar ve güven boyutlarının müşteri memnuniyetine pozitif yönde etkisi bulunmakta iken, empati boyutunun ise negatif yönde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Müşteri memnuniyeti algılanan hizmet kalitesi de dahil olmak üzere birçok faktör tarafından belirlenmektedir. Hizmet kalitesi müşteri memnuniyetinin önemli bir öncülüdür. Müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi, ürün kalitesi ve fiyatın değerlendirilmesinin fonksiyonu olarak açıklanmaktadır. Sağlık sektöründe de, hastanın sağlık kurumundan aldığı hizmet kalitesine ilişkin beklentileri ve gereksinimleri karşılandığında, hasta memnuniyeti sağlanmış olmaktadır (Parasuraman, Zeithaml vd. 1985; Değermen, 2006, s.27). Çalışma bulgumuza paralel olarak, literatürde hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cronin Jr ve Taylor 1992; Anderson, Fornell vd., 1994; Zeithaml, Berry vd., 1996; Oh, 1999; Baker ve Crompton

2000; Choi, Cho vd., 2004; González ve vd., 2007; Naidu, 2009; Ramez, 2012; Amin ve Zahora Nasharuddin, 2013).

Algılanan hizmet kalitesi ve şikayet yönetimi arasındaki etkiler incelendiğinde ise, algılanan hizmet kalitesinin empati boyutunun, prosedür ve dağıtım adaletine negatif yönde, etkileşim adaletine ise pozitif yönde etkileri bulunmaktadır. Algılanan hizmet kalitesinin fiziki imkanlar ve güven boyutlarının, prosedür ve dağıtım adaleti boyutuna pozitif yönde etkisi vardır sonuçlarına ulaşılmıştır. Müşteriler ürün kalitesi (ürün ömrünün kısa olması, hatalı dizayn edilmesi vb.), hizmet kalitesi (para odaklı yaklaşım, umursamaz tavırlar vb.) ve beklentilerinin karşılanmaması gibi nedenlerle şikayette bulunmaktadırlar. Müşteri şikayetleri işletmelerin, sundukları hizmetlerdeki hata ve başarısızlıkları görmelerinde ve kalite iyileştirme çalışmalarında kullandıkları etkili bir geribildirim aracıdır (Çakıcı ve Güler, 2015, s. 226-227).

Araştırma bulgularına göre; algılanan hizmet kalitesinin empati boyutu, olumlu davranışsal niyetleri negatif yönde, olumsuz davranışsal niyetleri ise pozitif yönde etkilemektedir. Algılanan hizmet kalitesinin cevaplandırma ve fiziki imkanlar boyutlarının, olumlu davranışsal niyetler üzerinde pozitif yönde etkileri vardır. Algılanan hizmet kalitesinin mekan özellikleri boyutunun, olumsuz davranışsal niyetlere pozitif etkileri vardır. Literatürde hizmet kalitesi ile davranışsal niyet arasındaki ilişkileri gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte (Boulding vd., 1993; Zeithaml vd., 1996; Choi vd., 2004; Sarıışık, 2004); sağlık hizmetleri örneğinde kalite algısının hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkilerini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Reichheld ve Sasser, 1990; Headley ve Miller, 1993; Gooding, 1995).

Araştırma bulgularına göre kuruma güvenin; şikayet yönetiminin etkileşim adaleti boyutuna ve olumlu davranışsal niyetlere ve müşteri memnuniyetine pozitif yönde etkisi vardır sonucuna ulaşılmıştır. Gökdeniz ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da, kurum güvenilirliğinin etkileşime yönelik adalet ile müşteri memnuniyeti arasında olumlu ilişkileri olduğu tespit edilmiştir. Müşterilerin kuruma güven duymaları şikayet reaksiyonlarını olumlu yönde etkilemekte olup, işletmenin şikayetini etkili bir şekilde ele alacağı ve beklentilerini karşılayacak şekilde çözüme ulaştıracağını düşünmelerini sağlamaktadır (Murray ve Crilley 1999; Gökdeniz vd., 2011). Müşterilerin kuruma güven algıları kurumla ilişkileri artırmalarına ve güçlendirmelerine neden olacaktır (Lafferty ve Goldsmith, 1999; Goldsmith vd., 2000).

Kurumsal itibar ve güvenilirlik, müşteri ilişkilerinde müşteri sadakati ve müşteri memnuniyetini etkilemektedir. Müşteri memnuniyeti ve kurumsal güvenilirlik, müşterilerin işletmeye olan inancını güçlendirerek, iyi ilişkiler kurmalarında ve müşteri sadakatini geliştirmelerinde önemli rol oynamaktadır (Jin ve Yeo, 2011).

Araştırma bulgularına göre; şikayet yönetiminin etkileşim adaleti boyutunun, müşteri memnuniyetine pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır. Literatürde şikayet yönetimi ile müşteri memnuniyeti arasındaki olumlu ilişkileri gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gilly ve Gelb, 1982; Stauss, 2002; Gökdeniz vd., 2011). Şikayet yönetim süreci adalet teorisi ile ele alındığında yani bulgumuzu destekler nitelikte etkileşim adaletinin müşteri memnuniyetini etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Lloyd-Bostock ve Mulcahy, 1994; Maxham III ve Netemeyer, 2002; Severt, 2002; Homburg ve Fürst, 2005; Ambrose vd., 2007; Orsingher vd., 2010).

Araştırma bulgularına göre şikayet yönetiminin prosedür ve dağıtım adaleti boyutunun, olumsuz davranışsal niyetlere negatif yönde etkisi vardır ve etkileşim adaleti boyutunun olumsuz davranışsal niyetlere pozitif yönde etkisi vardır sonuçlarına ulaşılmıştır. Müşteri şikayetlerinin işletme tarafından etkili bir şekilde ele alınarak bu süreçte istek ve beklentilerinin karşılanması müşterilerin olumlu davranışlar sergilemelerini sağlamaktadır. Şikayetlerinin etkili bir şekilde ele alınmadığını düşünen ve sorunları tatmin edici bir şekilde çözülmeyen müşterilerin ise işletme ile olan ilişkileri zayıflamaktadır (Parasuraman vd., 1991; Bolton ve Drew, 1992; Jones ve Sasser, 1995; Keskin, 2016).

Bir diğer araştırma bulgumuz, müşteri memnuniyetinin, olumlu davranışsal niyetlere pozitif yönde etkisi olduğudur. Müşteri memnuniyeti davranışsal niyetin bir öncülü olarak kabul edilmekte olup, literatürde çalışma bulgumuzu destekler nitelikte müşteri memnuniyetinin, davranışsal niyetler üzerinde etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Anderson ve Sullivan, 1993; Baker ve Crompton, 2000; Cronin Jr, Brady vd., 2000; Choi vd., 2004; Dursun ve Çerçi, 2004; González ve ark., 2007; Amin ve Nasharuddin, 2013; Wang, 2017).

Bu tez çalışmasının başlıca amaçlarından biri, kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde, şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesiydi. Bu amaca yönelik olarak yapılan Path analizinde bütün değişkenler faktör analizi sonucu belirlenen alt

boyutları ile değerlendirmeye alınmış olup, H10 olarak belirlenen hipotez kısmen kabul edilmiştir. Sonuç olarak da empatinin müşteri memnuniyeti, olumsuz davranışsal niyetler ve olumlu davranışsal niyetlere etkilerinde şikayet yönetiminin aracılık rolü bulunmaktadır. Cevaplandırmanın ve fiziki imkanların olumlu davranışsal niyetler üzerindeki etkilerinde şikayet yönetiminin aracılık rolü bulunmaktadır. Kuruma güvenin olumlu davranışsal niyetler ve müşteri memnuniyeti üzerinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır sonuçlarına ulaşılmıştır. Aşağıda tablo 5-1’de araştırma hipotezleri ve sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5-1: Araştırma Hipotezleri ve Sonuçlar

Hipotezler	Sonuç
H1 _A : Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H1 _B : Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H1 _C : Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkanlar” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H1 _D : Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H2 _{A1} : Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H2 _{A2} : Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H2 _{C1} : Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkanlar” boyutunun, şikayet yönetimin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H2 _{D1} : Algılanan hizmet kalitesinin “güven” boyutunun şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H3 _B : Kuruma güvenin, şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H4 _A : Kuruma güvenin, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL

H5B: Şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutunun, müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H6 _{A2} : Şikayet yönetiminin “prosedür ve dağıtım adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H6 _{B2} : Şikayet yönetiminin “etkileşim adaleti” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H7 _A : Müşteri memnuniyetinin, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H8 _{A1} : Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H8 _{A2} : Algılanan hizmet kalitesinin “empati” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H8 _{B1} : Algılanan hizmet kalitesinin “cevaplandırma” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H8 _{C1} : Algılanan hizmet kalitesinin “fiziki imkanlar” boyutunun, davranışsal niyetin “olumlu davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H8 _{E2} : Algılanan hizmet kalitesinin “mekan özellikleri” boyutunun, davranışsal niyetin “olumsuz davranışsal niyetler” boyutuna etkisi vardır.	KABUL
H9: Kuruma güvenin müşteri memnuniyetine etkisi vardır.	KABUL
H10: Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolü vardır.	KISMEN KABUL

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde hasta şikayetleri, kalite ve hasta güvenliği açısından önemli bir geri bildirim mekanizmasıdır. Hasta şikayetleri; sağlık hizmetlerindeki sorunların öngörülmesine, tespit edilmesine ve hizmet iyileştirmelerinin yapılmasına imkan sağlamaktadır. Etkili şikayet yönetim sistemlerinin kurulması, sağlık hizmetlerinde güvenli hizmet sunum ortamları yaratarak hataların en aza indirgenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık kurumlarının şikayetleri etkili bir şekilde değerlendirip yönetmesi, müşteri tatminini yaratarak, müşterileri ile olan ilişkilerini güçlendirmelerini ve müşterilerin sadakat gibi olumlu davranışsal niyetler geliştirmelerini sağlamaktadır.

Bu tez çalışmasında, bir üniversite hastanesine iletilen beş yıllık şikayetlerin doküman taraması yoluyla içerik analizinin yapılması ve kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete olan etkilerinin ölçülmesinde şikayet yönetiminin aracılık rolünün belirlenmesi amaçlanmış olup, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Üniversite hastanesinin hasta hakları birimine beş yılda BİMER, SABİM, CİMER, dilekçe ve web sayfası aracılığı ile iletilen toplamda 1912 şikayet incelenmiş olup yıllık ortalama 382 şikayet alındığı tespit edilmiştir. Şikayetlerin büyük çoğunluğu hastane prosedürü gereği dilekçeler aracılığıyla alınmıştır. Şikayetçiler, şikayetlerini iletmekte farklı kanallara, tekrarlı başvurma hakkına sahiptir. Bu da hastane, çalışanlar ve genelde sistem açısından ekstra iş yükü ve maliyet yaratmaktadır. Bu çalışmada, şikayetçilerin büyük çoğunluğu ilk kez şikayet başvurusunda bulunmuşlardır.

Şikayetlerin yarısından fazlası hasta yakınları tarafından yapılmış olup, şikayet edenlerin özellikleri incelendiğinde çoğu 19-30 yaş grubunda ve lise mezunudur.

Şikayetlerin içerikleri incelendiğinde; çoğunluğu tıbbi hizmetler ve ayaktan hasta hizmetleri ile ilgilidir. Şikayetlerin yarıdan fazlası dahili tıp alanları ile ilgili olup, en çok şikayet edilen ilk üç alan iç hastalıkları, radyoloji ve çocuk hastalıklarıdır. Meslek grupları açısından en çok şikayet edilenler ise hekimlerdir.

Şikayetler nedenlerine göre incelendiğinde ise, en çok şikayet edilen konular; olumsuz iletişim, kaba saygısız ve duyarsız davranışlar ile hastane personelinin ilgisizliğidir. Burada görüldüğü üzere, hastalarda en çok memnuniyetsizlik yaratan ve

şikayetle sonuçlanan konuların kişiler arası etkileşimlerden kaynaklanan iletişim, davranış ve tutumlardan kaynaklandığı söylenebilir.

Şikayetlerin büyük çoğunluğunda hak ihlali tespit edilmemiş olup, tespit edilen şikayetlerdeki hak ihlali türü de, genellikle saygınlık görme hakkının ihlalidir. Şikayetlerin sadece dört tanesi adli vaka durumundadır.

Şikayetlerin yönetilme ve sonuçlandırılma süreci ele alındığında ise; şikayetlerin yaklaşık yarısına yakını, 16-30 gün içerisinde sonuçlandırılmış olup, büyük çoğunluğuna açıklama yapılmış ve şikayet sonucu mektupla iletilmiştir. Açıklama ifadeleri değerlendirildiğinde ise, yaklaşık olarak üçte birinde bölüm çalışanları ve ilgili kişiler uyarıldı ifadesi yer almaktadır.

Şikayetlerin yaklaşık üçte birinde eksik evrak tespit edilmiştir, şikayetlerin dosyalanmasında düzensizlikler mevcuttur. Doküman analizi yapılırken, bazı şikayetlerin başvuru evraklarının, bazılarının soruşturma evraklarının ve bazılarında ise sonuçlandırma evraklarının olmadığı tespit edilmiştir. Bu da hastane arşiviyle ilgili sorunlar olduğunu göstermekte ve kurumsal itibar ile gizliliğin korunması açısından tehdit yaratmakta olup, olumsuz bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada şikayetlerin sınıflandırılmasında Reader'ın hasta şikayetleri taksonomisi kullanılmış olup, en çok şikayet edilen alanların sırasıyla yönetim, ilişkiler ve klinik alanlar olduğu sonucuna varılmıştır. En çok şikayet edilen konular ise; kaba, saygısız ve duyarsız davranışlar, hizmetlere ve personellere erişimde, hasta kabulünde ve randevudaki sorunlar ve hastayı dinlememe, karar alma süreçlerinde hastaya açıklama yapmama ve iletişim bozukluğudur.

Şikayette bulunan hasta ve hasta yakınları, algılanan hizmet kalitesini ortalamanın üzerinde olarak değerlendirmekte, algılanan hizmet kalitesi boyutlarından empatiyi yüksek düzeyde cevaplandırma, güven ve mekan özelliklerini ortalamanın üzerinde, fiziki imkanları ise ortalama düzeyde değerlendirmektedirler.

Şikayette bulunan hasta ve hasta yakınlarının kuruma güven algıları ortalamanın üzerindedir.

Şikayette bulunanlar, kurumun şikayet yönetimini ortalamanın altında değerlendirmekte olup, kurumun bu süreçteki prosedür ve dağıtım adaletini de ortalamanın altında, etkileşim adaletini ise ortalamanın üzerinde değerlendirmektedirler.

Şikayette bulunanların genel olarak; müşteri memnuniyetleri ortalamanın üzerindedir.

Şikayette bulunanların gelecekte işletme ile olan ilişkilerini belirleyen davranışsal niyetleri, ortalamanın üzerinde saptanmış, alt boyutları olan olumlu davranışsal niyetler ortalamanın üzerinde, olumsuz davranışsal niyetler ise yüksek düzeyde saptanmıştır.

Araştırma modelinin test edilmesi sonucu; algılanan hizmet kalitesi boyutlarından empati, cevaplandırma, fiziki imkanlar ve güven müşteri memnuniyetini etkilemektedir. Empati, fiziki imkanlar ve güven; şikayet yönetiminin prosedür ve dağıtım adaleti boyutunu etkilemektedir. Empati, cevaplandırma ve fiziki imkanlar; olumlu davranışsal niyetleri etkilemektedir. Empati ve mekan özellikleri, olumsuz davranışsal niyetleri etkilemektedir.

Kuruma güven, şikayet yönetim sürecindeki etkileşim adaletini, müşteri memnuniyetini ve olumlu davranışsal niyetleri etkilemektedir.

Şikayet yönetim sürecinde ki müşterilerin prosedür ve dağıtım adaletine ait algıları ile etkileşim adaletine yönelik algıları olumsuz davranışsal niyetlerini etkilemektedir. Ayrıca şikayetçilerin etkileşim adaletine yönelik algıları müşteri memnuniyetini etkilemektedir.

Müşteri memnuniyeti, olumlu davranışsal niyetleri etkilemektedir.

Kuruma güven ve algılanan hizmet kalitesinde müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyete etkilerinin ölçülmesinde, şikayet yönetiminin aracılık etkisi bulunmaktadır.

Bu tez çalışması bulguları doğrultusunda, yukarıda belirtilen sonuçlardan hareketle bazı öneriler geliştirilmiş ve aşağıda sunulmuştur:

- Öncelikle şikayetleri öğrenme ve hizmet iyileştirmeye olanak sağlayan birer fırsat olarak gören bir kurum kültürü yaratmak,
- Şikayetlerin ele alınmasında raporlama ve hesap verebilirlik kültürünün geliştirilmesi,
- Standart bir şikayet yönetim süreci geliştirilmesi, bilgi toplama, sorunları takip etme, soruşturmaların izlenmesi, şikayetlerin çözümlenme basamaklarını, süreler

aşıldığında veya aynı çalışan ya da aynı konu hakkında şikayetler artmaya başladığında uyarılar veren aynı zamanda şikayet sahibinin de süreci takip edebildiği web tabanlı bir yazılım sistemi geliştirilmesi ve kullanılması,

- Şikayetlerin değerlendirilmesinde yurt içi ve yurt dışında geçerli ve güvenilir bir taksonomi kullanılması ve düzenli aralıklarla sonuçların tüm sağlık yöneticileri ile paylaşılması,
- Şikayet sayılarında artış olan personellerin, şikayet edilen konulardaki becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,
- Şikayetlerden diğer çalışanların da öğrenme sağlaması için, şikayetleri senaryolaştırıp tüm çalışanlarla toplantılar aracılığı ile paylaşılması,
- Şikayetler hakkında ilgili anabilim dalı başkanları ve kurum yöneticileri ile düzenli toplantılar yapılarak rapor verilmesi,
- Araştırmanın yapıldığı kurum için şikayetlerin çoğunun poliklinik hizmetleri, hekimler ve hizmetlere erişememe, randevu sistemindeki sorunlar ve bekleme ile ilgili olduğu göz önüne alındığında; etkili bir randevu sisteminin geliştirilmesi, üniversite hastanesindeki hekimlerin iş yükü göz önünde bulundurularak hastaların da hizmete erişimlerini aksatmayacak ve bekleme sürelerini azaltacak iyileştirmeler yapılması,
- Şikayetler aracılığı ile olan sorunların tespitinin yanı sıra, ses çıkarmayan memnuniyetsiz müşterilere ulaşmak için, tüketici memnuniyet anketleri veya hasta ve yakınları ile planlı görüşmeler yapılması,
- Tetkik ve görüntüleme hizmetlerindeki şikayetlerin yoğunluğu göz önüne alındığında dış hizmet satın alımı ile sorunların çözüme kavuşturulması,
- Hastalar taburcu olduktan sonra, telefonla aranarak geri bildirimlerinin alınması,
- Şikayetlerin çözümlenmesinde sistemsel sorunların farkına varılması, bunun içinde özellikle poliklinik hizmetlerinin aksamamasına neden olan hekim sayısının yeterli düzeye getirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin kullanılması için sevk zincirinin aktif bir şekilde hayata geçirilmesi aracılığıyla ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması,

- Ülkemiz de sağlık sistemi genelinde hasta şikayetleri farklı platformlardan alınmakta ve tekrarlı şikayetler kurumların iş yükünü artırmakta, bu yüzden sağlık sektöründe standart ve tek bir şikayet yönetim sistemi kullanılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. *Advances In Experimental Social Psychology*, 2, 267-299.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K. vd. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, 2-12.
- Akgül, N., Palteki, T., Şimşek, E. E., Bayram, M., Erkan, I., Ulutin H. C. (2016). Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-7.
- Al-Assaf, A. (1996). Healthcare outcomes management and quality improvement. *Journal of the Royal Society of Health*, 116(4), 245-252.
- Albayrak, A. (2013). Restoran işletmelerinde müşteri şikâyetleri ve şikayete ilişkin davranışlar. *Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 9 (2), 24-51.
- Altunışık, R. (2008). Anketlerde Veri Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Öntest (Pilot Test) Yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2, 1-17.
- Altuntas S, Dereli T, Yılmaz M. K. (2012). Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: A case study from Turkey. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(11-12), 1379–1395.
- Ambrose, M., Hess, R. H., Ganesan, S. (2007). The relationship between justice and attitudes: an examination of justice effects on event and system-related attitudes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 103, 21–36.
- Amin, M, Nasharuddin S. Z. (2013). Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*, 18(3), 238–54.
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359-1370.
- Anderson, E. W., Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1994). Customer satisfaction, market share, and profitability: Findings from Sweden. *The journal of marketing*, 53-66.

- Anderson, K., Allan, D., & Finucane, P. (2001). A 30-month study of patient complaints at a major Australian hospital. *Journal of quality in clinical practice*, **21(4)**, 109-111.
- Anderson, R. E. (1973). Consumer dissatisfaction: The effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *Journal of Marketing research*, 38-44.
- Andrew Smith, R., Biddle, S. J. (1999). Attitudes and exercise adherence: Test of the theories of reasoned action and planned behaviour. *Journal of Sports Sciences*, **17(4)**, 269-281.
- Argan, M. T. (2014). E-Şikâyetle İlgili Tanımlayıcı Bir Çalışma: Şikâyet Forumu Olarak Bir Web Sitesinin Sosyal Ağ Analizi. *İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi*, **(1)**, 49-66.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6)**, 55-71.
- Asri, İ., Bostan, S., Çorumluoğlu, Ö., Özlü, T., Çatal, H., Kalaycı, İ. (2011). 6, “Türkiye Geneli Sağlık Alanındaki Şikâyet Verilerinin Coğrafi Bilgi Sisteminde Analizi”, 13. *Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı*, 18-22.
- Ayaz, S., Torlak, Ö. (2011). Yüksek hızlı tren (YHT) ile seyahat eden yolcuların şikayet etme niyetini etkileyen faktörler. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi*, **3(2)**, 79-116.
- Aylan, S., Arpacı, Ö., Celiloğlu, F. K. (2016). Bir internet şikayet forumundaki termal otellere yönelik şikâyetlerin incelenmesi. *Journal of Institute of Social Sciences*, **7(1)**, 49-68.
- Babakus, E., Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, **26(6)**, 767.
- Babakus, E., Pedrick, D. L., Inhofe, M. (1993). *Empirical examination of a direct measure of perceived service quality using SERVQUAL items*. Paper presented at the American Marketing Association.
- Baker, D. A., Crompton, J. L. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of Tourism Research*, **27(3)**, 785-804.
- Bark, P., Vincent, C., Jones, A., Savory, J. (1994). Clinical complaints: a means of improving quality of care. *BMJ Quality & Safety*, **3(3)**, 123-132.

- Barlow, J., Moller, C. (2009). Her Şikayet Bir Armağandır (Çev. G. Günay). *İstanbul, RotaYayınları*.
- Barutçu, S. (2007). E-Mağazalardan Alış-Verişlerde E-Müşteri Tutumları ve E-Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **7(14)**, 219-238.
- Bayraktaroğlu, A. (1998). Toplam Kalite Yönetiminde Müşteri Memnuniyeti ve Çok Uluslu Bir Otomotiv Firmasında Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bilgin, Y., Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, **8(16)**, 151-176.
- Birdir, K., Bal, E. (2013). Turist Tatmini ve Şikayetleri İle Geri Dönme Eğilimleri Arasındaki ilişki: Antalya'ya Gelen Yabancı Turistler Üzerinde Bir Araştırma. *Cag University Journal of Social Sciences*, **10(2)**, 63-81.
- Birkeland, S., Damsbo, N., Kragstrup, J. (2013). Patient complaint cases in primary health care: what are the characteristics of general practitioners involved?, *BioMed research international*, 2013, 1-5.
- Bishop Gagliano, K., Hathcote, J. (1994). Customer expectations and perceptions of service quality in retail apparel specialty stores. *Journal of Services Marketing*, **8(1)**, 60-69.
- Bismark, M. M. (2006). Compensation and complaints in New Zealand. *BMJ: British Medical Journal*, **332(7549)**, 1095.
- Bismark, M. M., Spittal, M. J., Gurrin, L. C., Ward, M., Studdert, D. M. (2013). Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality & Safety*, **22(7)**, 532-540.
- Blodgett, J. G., Wakefield, K. L., Barnes, J. H. (1995). The effects of customer service on consumer complaining behavior. *Journal of Services Marketing*, **9(4)**, 31-42.
- Blodgett, J. G., Hill, D. J., Tax, S. S. (1997). The effects of distributive, procedural, and interactional justice on postcomplaint behavior. *Journal of retailing*, **73(2)**, 185-210.
- Bolting, C. P. (1989). How do customers express dissatisfaction and what can service marketers do about it? *Journal of Services Marketing*, **3(2)**, 5-23.

- Bolton, R. N., Drew, J. H. (1992). Mitigating the effect of service encounters. *Marketing Letters*, **3(1)**, 57-70.
- Bosch, V. G., Enriquez, F. T (2005). TQM and QFD: Exploiting a customer complaint management system. *Int. J. Quality Reliability Management*. **22(1)**, 30-37
- Bostan, S. (2006). Hasta Odaklı Sağlık Hizmetleri Sunumu, *Sağlık Hakkı Dergisi*, 20-27.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., Zeithaml, V. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, **30(1)**, 7-27.
- Bouman, M., Van der Wiele, T. (1992). Measuring service quality in the car service industry: building and testing an instrument. *International journal of service industry management*, **3(4)**, 4-16.
- Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P., Friele, R. (2016). Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *Health Expectations*, **19(2)**, 483-496.
- Bozacı, İ., Durukan, T., Gökdeniz, İ. (2012). Müşterinin Firmaya Şikâyet Etme Eğilimini Etkileyen Örgütsel Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma. 3. Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, **47(2)**, 30-46.
- Brock, C., Blut, M., Evanschitzky, H., Kenning, P. (2013). Satisfaction with complaint handling: A replication study on its determinants in a business-to-business context. *International Journal of Research in Marketing*, **30(3)**, 319-322.
- Brogowicz, A.A., Delene, L.M., Lyth, D. M. (1990). A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications. *International Journal of Service Industry Management*, **1(1)**, 27-45.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, **30(1)**, 8-32.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, **51(11)**, 1611-1625.
- Cardozo, R. N. (1965). Customer satisfaction: laboratory study and marketing action, *Journal of Marketing Research*, **2(3)**, 244-249.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions, *Journal of retailing*, **66(1)**, 33-55.

- Caruana, A., Money, A. H, Berthon, P. R. (2000). Service quality and satisfaction – the moderating role of value, *European Journal of Marketing*, **34(11/12)**, 1338-1353.
- Chen, C.-F., Chen, F.-S. (2010). Experience quality, perceived value, satisfaction and behavioral intentions for heritage tourists. *Tourism management*, **31(1)**, 29-35.
- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study. *Journal of Business Research*, **57(8)**, 913–927.
- Colwell, C.B., Pons, P.T., Pi R. (2003). Complaints against an EMS system. *The Journal of Emergency Medicine*, **25(4)**, 403–408.
- Conlon, D. E., Murray, N. M. (1996). Customer Perceptions of Corporate Responses to Product Complaints: The Role of Explanations. *Academy of Management Journal*, **39(4)**, 1040-1056.
- Crie, D. (2003). Consumers' complaint behaviour. Taxonomy, typology and determinants: Towards a unified ontology. *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, **11(1)**, 60-79.
- Cronin Jr, J. J., Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 55-68.
- Cronin Jr, J. J., Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The journal of marketing*, 125-131.
- Cronin Jr, J.J., Brady, M. K., Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, **76(2)**, 193-218.
- Cummings, L.L., Bromiley, P. (1996). The organizational trust inventory (OTI): development and validation. In R.M. Kramer and T.R. Tyler (Ed.), *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research* (s. 302–330) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Çakıcı, C., Güler, O. (2015). Şikayet Yönetimi. Burhan Kılıç, Zafer Öter. (Ed.), *Turizm Pazarlamasında Güncel Yaklaşımlar* içinde (s.217-254). Beta Yayıncılık, İstanbul.

- Çelikkalp, Ü., Temel, M., Saraçoğlu, G.V., Demir, M. (2011). Bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmet memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **6(17)**, 1-13.
- Çıraklı, Ü., Gözlü, M., Gözlü, K. (2014). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **7(1)**, 61-82.
- Çulha, O., Hacıoğlu, G., Kurt, G. (2009). Otel müşterilerinin e-şikayetlerine yönelik bir içerik çözümlemesi. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, **6(4)**, 42-49.
- Dabholkar, P. A. (1996). Consumer evaluations of new technology-based self-service operations:an investigation of alternative models. *International Journal of Research in Marketing*, **13(1)**, 29-51.
- Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of retailing*, **76(2)**, 139-173.
- Daniel, A. E., Burn, R. J., Horarik, S. (1999). Patients' complaints about medical practice. *The Medical Journal of Australia*, **170(12)**, 598-602.
- Davidow, M. (2000). The bottom line impact of organizational responses to customer complaints. *Journal of hospitality & tourism research*, **24(4)**, 473-490.
- Davidow, M. (2003). Organizational responses to customer complaints: What works and what doesn't. *Journal of service research*, **5(3)**, 225-250.
- Day, R. L. (1977). Toward a process model of consumer satisfaction. *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*, 153-183.
- Day, R. L., Grabicke, K., Schaetzle, T., Staubach, F. (1981). The hidden agenda of consumer complaining. *Journal of retailing*, **57(3)**, 86-106.
- Day, R. L. (1984). Modeling choices among alternative responses to dissatisfaction. *ACR North American Advances*, **11**, 496-499.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet ürünlerinde kalite, müşteri tatmini ve sadakati: (Hizmet kalitesi ile müşteri sadakatının sağlanması ve GSM sektöründe bir uygulama)*. Türkmen Kitabevi.
- Demirel, Y. (2007). *Müşteri ilişkileri yönetimi ve bilgi paylaşımı*. IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul.

- Demirer, Ö., Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, **47(2)**, 95-119.
- Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde servqual skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**, 38-54.
- Doig, G. (2004). Responding to formal complaints about the emergency department: Lessons from the service marketing literature. *Emergency Medicine*, **16(4)**, 353-360.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, **44(3)**, 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed?. *JAMA*, **260(12)**, 1743-1748.
- Dölek, M., Turaba, F., Akbınar, C., Sezgin, B., Aksu, H., Solak, İ. (2005). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **5(3)**, 122-7.
- Duman, T. (2003). Richard L. Oliver'in Tüketici Memnuniyeti (Consumer Satisfaction) ve Tüketici Değer Algısı (Consumer Value) Kavramları Hakkındaki Görüşleri: Teorik Bir Karşılaştırma, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(2)**, 45-56.
- Dursun, Y., Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **23**, Temmuz-Aralık, 1-16.
- Ebrahimipour, H., Vafae-Najar, A., Khanijahani, A., Pourtaleb, A., Saadati, Z., Molavi, Y., Kaffashi, S. (2013). Customers' complaints and its determinants: the case of a training educational hospital in Iran. *International journal of health policy and management*, **1(4)**, 273.
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., Wells, K. B. (2003). Does Satisfaction Reflect the Technical Quality of Mental Health Care?. *Health Services Research*, **38(2)**, 631-645.

- Ekiz, E., Araslı, H., Farivarsadri, G., Bavik, A. (2008). Algılanan Adalet Kavramı Perspektifinde Etkin Şikayet Yönetimi: KKTC Üniversiteleri Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, **19**, 43-57.
- Engin, O., Sevinç, A. (2005). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya’da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama, *Verimlilik Dergisi*, **3**, 145-159.
- Eroğlu, E. (2005). Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli, *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, **34(1)**, 7-25.
- Eroğlu Durkal, M., Korkmaz, H. (2017). Kamu Güveni İnşasında Kurumların Rolü: Bimer Örneği. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, **22(15)**, 2159-2181.
- Estelami, H. (2000). Competitive and procedural determinants of delight and disappointment in consumer complaint outcomes. *Journal of service research*, **2(3)**, 285-300.
- Eşkinat, A. (2009). Müşterinin Elde Tutulmasında Şikâyet Yönetiminin Önemi Ve Hizmet Sektörüne İlişkin Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Faezipoura, M., Ferreira, S. (2013). A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare, *Procedia Computer Science*, **16**, 148-156.
- Filip, A. (2013). Complaint management: A customer satisfaction learning process. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, **93**, 271-275.
- Folger, R., Konovsky, M. A. (1989). Effects of procedural and distributive justice on reactions to pay raise decisions. *Academy of management journal*, **32(1)**, 115-130.
- Fombrun, C., Van Riel, C. (1997). The Reputational Landscape. *Corp Reputation Rev* **1(2)**, 5-13.
- Fornell, C., Wernerfelt, B. (1987). Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis. *Journal of Marketing research*, 337-346.
- Fox, G.H, Storms, D. M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, **15(5)**, 557-564.
- Friele, R. D., Kruikemeier, S., Rademakers, J. J., Coppen, R. (2013). Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective. *Journal of forensic and legal medicine*, **20(4)**, 290-295.

- Friele, R., Reitsma, P., Jong, J. (2015). Complaint handling in healthcare: expectation gaps between physicians and the public; results of a survey study. *BMC research notes*, **8(1)**, 529.
- Friele, R. D., Sluijs, E. M. (2006). Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC health services research*, **6(1)**, 106.
- Friele, R. D., Sluijs, E. M., Legemaate, J. (2008). Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC health services research*, **8(1)**, 199.
- Frost, F. A., Kumar, M. (2000). INTSERVQUAL—an internal adaptation of the GAP model in a large service organisation. *Journal of Services Marketing*, **14(5)**, 358-377.
- Gal, D., Doron, I. (2007). Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *International Journal for Quality in Health Care*, **19(3)**, 158-163.
- Gelbrich, K., Roschk, H. (2011). A meta-analysis of organizational complaint handling and customer responses. *Journal of service research*, **14(1)**, 24-43.
- George, M.K., Joseph, R. (2009). Complaints procedures in the NHS: are they fair and valid?. *Clinical Governance: An International Journal*, **14 (3)**, 183-188.
- Ghobadian, A., Speller, S., Jones, M. (1994). Service quality: concepts and models. *International Journal of Quality Reliability Management*, **11(9)**, 43-66.
- Gilliland, S. V. (1993). The Perceived Feerness Of Selection Systems: An Organizational Justice Perspective. *Academy Of Management Review*, **18(4)**, 694-734.
- Gilly, M. C., Gelb, B. D. (1982). Post-purchase consumer processes and the complaining consumer. *Journal of Consumer Research*, **9(3)**, 323-328.
- Giugliani, C., Gault, N., Fares, V., Jegu, J., dit Trolli, S. E., Biga, J., Vidal-Trecan, G. (2009). Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights? *BMC health services research*, **9(1)**, 141.
- Goldsmith, R. E., Lafferty, B. A., Newell, S. J. (2000). The influence of corporate credibility on consumer attitudes and purchase intent. *Corporate Reputation Review*, **3(4)**, 304-318.

- González, M. E. A., Comesaña, L. R., Brea, J. A. F. (2007). Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction. *Journal of Business Research*, **60(2)**, 153-160.
- Gooding, S. K. S. (1995). Quality, Sacrifice and Value in Hospital Choice. *Journal of Health Care Marketing*, **15(4)**, 24-31.
- Goodman, J., Newman, S. (2003). Understand customer behavior and complaints. *Quality Progress*, **36(1)**, 51.
- Goodwin, C., Ross, I. (1992). Consumer responses to service failures: Influence of procedural and interactional fairness perceptions. *Journal of Business research*, **25(2)**, 149-163.
- Gökdeniz, I., Bozacı, I., Karakaya, E. (2011). Şikayet Yönetim Süreci Sonrası Memnuniyeti Etkileyen Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma/An Empirical Research on Factors Affecting Satisfaction After Complaint Management Process. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (**26**), 173-185.
- Gökdeniz, İ., Durukan, T., Bozacı, İ. (2012). Müşterinin Firmaya Şikayet Etme Eğilimini Etkileyen Bireysel Faktörler Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **4(1)**, 17-36.
- Gronholdt, L., Martensen, A., Kristensen, K. (2000). The relationship between customer satisfaction and loyalty: cross-industry differences. *Total quality management*, **11(4-6)**, 509-514.
- Grönroos, C. (1990). Service management: a management focus for service competition. *International journal of service industry management*, **1(1)**, 6-14.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, **18(4)**, 36-44.
- Gruber, T., Henneberg, S. C., Ashnai, B., Naudé, P., Reppel, A. (2010). Complaint resolution management expectations in an asymmetric business-to-business context. *Journal of Business & Industrial Marketing*, **25(5)**, 360-371.
- Gruber, T., Szmigin, I., Voss, R. (2006). The desired qualities of customer contact employees in complaint handling encounters. *Journal of Marketing Management*, **22(5-6)**, 619-642.

- Gruber, T., Szmigin, I., Voss, R. (2009). Handling customer complaints effectively: A comparison of the value maps of female and male complainants. *Managing Service Quality: An International Journal*, **19(6)**, 636-656.
- Gün, İ. (2016). *Hastanelerde örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri.* Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Güven, Ö. E., Sarıışık, M. (2014). Konaklama Hizmetlerinde Davranışsal Niyeti Etkileyen Hizmet Kalitesi Boyutları, *İşletme Bilimi Dergisi*, **2(2)**, 21-51.
- Harris, K. L., Thomas, L., Williams, J. A. (2013). Justice For Consumers Complaining Online Or Offline: Exploring Procedural, Distributive, And Interactional Justice, And The Issue Of Anonymity. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior*, **26**, 19-39.
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, **28(2)**, 240-245.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, No 23420, 1.08.1998. Erişim Tarihi: 18.07.2018.
- Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the short assessment of patient satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *J Clin Epi*, **67(5)**, 527-537.
- Haywood- Farmer, J. (1988). A Conceptual Model of Service Quality. *International Journal of Operations & Production Management*, **8(6)**, 19-29.
- Headley, D., Miller, S. (1993). Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *Journal of Health Care Marketing*, **13(4)**, 32-41.
- Hedvall, M. B., Paltschik, M. (1989). An investigation in, and generation of, service quality concepts. *Marketing Thought and Practices in the 1990s, European Marketing Academy, Athens*, 473-483.
- Hirschman, A. O. (1980). Exit, Voice, and Loyalty: Further Reflections and a Survey of Recent Contributions, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, **58 (3)**, 430-453.

- Homburg, C., Fürst, A. (2005). How organizational complaint handling drives customer loyalty: an analysis of the mechanistic and organic approach. *Journal of Marketing*, **69**(3), 95–114.
- Hsieh, S. Y. (2009). Factors hampering the use of patient complaints to improve quality: an exploratory study. *International journal of nursing practice*, **15**(6), 534-542.
- Hsieh, S. Y. (2011). A system for using patient complaints as a trigger to improve quality. *Quality Management in Healthcare*, **20**(4), 343-355.
- İlban, M. O., Bezirgan, M., Çolakoğlu, F. (2016). Termal Otellerde Algılanan Hizmet Kalitesi, Memnuniyet ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Edremit Örneği. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, **27**(2), 181-194.
- Istanbulluoglu, D. (2017). Complaint handling on social media: The impact of multiple response times on consumer satisfaction. *Computers in Human Behavior*, **74**, 72-82.
- Jabbari, A., Khorasani, E., Jazi, M. J., Mofid, M., Mardani, R. (2014). The profile of patients' complaints in a regional hospital. *International journal of health policy and management*, **2**(3), 131.
- Jaipaul, C. K., Rosenthal, G. E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?. *J Gen Intern Med*, **18**, 23-30.
- Jangland, E., Gunningberg, L., Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient education and counseling*, **75**(2), 199-204.
- Jin, C., Yeo, H. (2011). Satisfaction, corporate credibility, CEO reputation and leadership effects on public relationships. *Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing*, **19**(2), 127-140.
- Johnston, R. (2001). Linking complaint management to profit. *International journal of service industry management*, **12**(1), 60-69.
- Jones, G. R., George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *Academy of management review*, **23**(3), 531-546.
- Jones, T. O., Sasser, W. E. (1995). Why satisfied customers defect. *Harvard business review*, **73**(6), 88-99.

- Karaağaç, C., Erbay, E., Esatoğlu, A. E. (2018). Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikayetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **10(24)**, 287-304.
- Karaca, Y. (2010). *Tüketici satın alma karar sürecinde ağızdan ağıza pazarlama*. Beta Yayınevi.
- Karagöz, Y., Ağbektaş, A. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi; Sivas İli Örneği. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **7(13)**, 274-290.
- Karagöz, Y., Kınır, S., Güvendi, F. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **7(13)**, 140-158.
- Karatepe, O. M. (2006). Customer complaints and organizational responses: the effects of complainants' perceptions of justice on satisfaction and loyalty. *International Journal of Hospitality Management*, **25(1)**, 69-90.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Kayral, İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: "Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli". *Verimlilik Dergisi*, **(3)**, 65-81.
- Kayral, İ. H. (2015). *Beklenen-gerçekleşen-algılanan: Hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde çok boyutlu kalite*: Detay Yayıncılık.
- Keller, K., Aaker, D. (1998). The Impact of Corporate Marketing on a Company's Brand Extensions. *Corp Reputation Rev*, **1(4)**, 356-378.
- Kent, A. (2008). Dismissing the disgruntled: Swedish patient complaints management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **21(5)**, 487-494.
- Keskin, M. (2016). Müşteri sadakatini sağlamak için şikayet yönetimi ve eğitim sektörüne yönelik bir uygulama. *Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi*, **3(5)**, 91-108.
- Kessler, D. P., Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty?. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, **24(4)**, 266-273.
- Kılıç, B., Ok, S. (2012). Otel işletmelerinde müşteri şikayetleri ve şikayetlerin değerlendirilmesi. *Journal of Yasar University*, **25(7)**, 4189-4202.

- Kılıç, B., Serap, O., Sop, S. A. (2013). Otel İşletmelerinde Müşteri Şikayetlerinin Değerlendirilmesi ve Hizmet Kalitesi Algısının Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, **12(4)**, 817-836.
- Kılınç, U. (2011). *Şikâyet Yönetimi: Müşteri-İşgören Etkileşiminde Sözsüz İletişim*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Adnan Menderes Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Kılınç, U., Kılınç, O. (2013). Etkili Şikayet Yönetim Süreci. Şule AydınTükeltürk, Mustafa Boz. (Ed.) Turizmde güncel konu ve eğilimler içinde (s.289-302) Detay Yayıncılık.
- Kitapçı, H., Yıldırım, A., Çömlek, O. (2011). Grönross Modeline Göre Bankacılıkta Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti, Sadakati ve Davranışsal Niyete Etkisi. *Balikesir University Journal of Social Sciences Institute*, **14(26)**, 177-195.
- Kline, T., Willness, C., Ghali, W. (2008). Predicting patient complaints in hospital settings. *BMJ Quality & Safety*, **17(5)**, 346-350.
- Korkmaz, S., Çuhadar, U. (2017). Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **3(1)**, 72-87.
- Kotler, P. (2000). Pazarlama Yönetimi, Çev. *Nejat Muallimoğulları, Milenyum Baskı, Beta, Vize-Kırklareli*.
- Kotler, P., Hayes, T. J., Bloom P. N. (2002). *Marketing Professional Services: Forward-thinking Strategies for Boosting Your Business, Your Image, and Your Profits*, Prentice Hall.
- Kuosmanen, L., Kaltiala-Heino, R., Suominen, S., Kärkkäinen, J., Hätönen, H., Ranta, S., Välimäki, M. (2008). Patient complaints in Finland 2000–2004: a retrospective register study. *Journal of Medical Ethics*, **34(11)**, 788-792.
- Lafferty, B. A., Goldsmith, R. E. (1999). Corporate credibility's role in consumers' attitudes and purchase intentions when a high versus a low credibility endorser is used in the ad. *Journal of Business research*, **44(2)**, 109-116.
- Lam, S. S. K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Journal Total Quality Management*, **8(4)**, 145-152.

- Lawrence, P., Jarugula, R., Hazelwood, S., Fincher, G., Hay, K. (2018). Wait times are not the problem! Detailed analysis of unsolicited patient complaints from a metropolitan Australian emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, **30(5)**, 672-677.
- LeBlanc, G., Nguyen, N. (1988). Customers' perceptions of service quality in financial institutions. *International Journal of Bank Marketing*, **6(4)**, 7-18.
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R. (1982). *Service quality: a study of quality dimensions*: Service Management Institute, Helsinki.
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R. (1991). Two approaches to service quality dimensions. *Service Industries Journal*, **11(3)**, 287-303.
- Lewis, B. R. (1993). Service Quality Measurement, *Marketing Intelligence & Planning*, **11(4)**, 4-12.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction, *Social Science & Medicine*, **16(5)**, 577-582.
- Liu, R. R., McClure, P. (2001). Recognizing cross-cultural differences in consumer complaint behavior and intentions: an empirical examination. *Journal of consumer marketing*, **18(1)**, 54-75.
- Lloyd-Bostock, S., Mulcahy, L. (1994). The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law & Policy*, **16(2)**, 123-147.
- Lovelock, C. H. (2001). *Services marketing: people, technology, strategy*: Prentice Hall.
- Marangoz, M. (2016). Müşteri Tatmini, Müşteriyi Elde Tutma ve Sadakati, Özlem İpekçil Doğan, Mert Topayan (Ed.), *Toplam Kalite Yönetimi-Örgütsel Mükemmellik İçin-Toplam Kaliteye Giriş* içinde (s.96-112), Nobel Yayınevi, Ankara.
- Marşap, A. (2015). Sağlık İşletmelerinde Kalite, Beta Yayınları.
- Martinez-Tur, V., Peiro J. M., Ramos, J., Moliner, C. (2006). Justice Perceptions as Predictors of Customer Satisfaction: The Impact of Distributive, Procedural, and Interactional Justice. *Journal of Applied Psychology*, **36(1)**, 100-119.
- Mattarozzi, K., Sfrisi, F., Caniglia, F., De Palma, A., Martoni, M. (2016). What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. A qualitative research study. *International Journal for Quality in Health Care*, **29(1)**, 83-89.

- Mattsson, J. (1992). A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standard. *International Journal of Service Industry Management*, **3(3)**, 18-33.
- Matzler, K., Fuchs, M., Schubert, A. (2004). Employee satisfaction: does Kano's model apply? *Total Quality Management & Business Excellence*, **15(9-10)**, 1179-1198.
- Maxham III, J. G., Netemeyer, R. G. (2002). Modeling customer perceptions of complaint handling over time: the effects of perceived justice on satisfaction and intent. *Journal of retailing*, **78(4)**, 239-252.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, **20(3)**, 709-734.
- McAllister, D. J. (1995). Affect-and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of management journal*, **38(1)**, 24-59.
- McCole, P. (2004). Dealing with complaints in services. *International journal of contemporary hospitality management*, **16(6)**, 345-354.
- Meesala, A., Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, **40**, 261-269.
- Merry, M. D., Crago, M. G. (2001). The past, present and future of health care quality. *Physician Executive*, **27(5)**, 30-36.
- Miral Çavdırılı, Z. C. (2015). Kültürün turizmde şikayet davranışına etkisi: Sağlık turizminde bir uygulama. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Mishra, A. K. (1996). Organizational responses to crisis. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*, 261.
- Mishra, J., Morrissey, M. A. (1990). Trust in employee/employer relationships: A survey of West Michigan managers. *Public personnel management*, **19(4)**, 443-486.
- Mittal, V., Kumar, P., Tsiros, M. (1999). Attribute-Level Performance, Satisfaction, and Behavioral Intentions over Time: A Consumption-System Approach, *Journal of Marketing*, **63(2)**, 88-101.
- Montini, T., Noble, A. A., Stelfox, H. T. (2008). Content analysis of patient complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, **20(6)**, 412-420.

- Murray, D., Crilley, G. (1999). The relationships between service problems and perceptions of service quality, satisfaction, and behavioral intentions of Australian public sports and leisure center customers. *Journal of Park and Recreation Administration (USA)*, **17(20)**, 42-64.
- Naidu A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **22**, 366-381.
- Naktiyok, A., Küçük, O. (2003). İşgören (İç Müşteri) Ve Müşteri (Dış Müşteri) Tatmini, İşgören Tatmininin Müşteri Tatmini Üzerine Etkileri: Ampirik Bir Değerlendirme, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **17(1-2)**, 225-243.
- Natangelo, R. (2007). Clinicians' and managers' responses to patients' complaints: a survey in hospitals of the Milan area. *Clinical Governance: An International Journal*, **12(4)**, 260-266.
- Newell, S. J., Goldsmith, R. E. (2001). The development of a scale to measure perceived corporate credibility. *Journal of Business research*, **52(3)**, 235-247.
- Nimako, S. G., Mensah, A. F. (2012). Motivation for customer complaining and non-complaining behaviour towards mobile telecommunication services. *Asian Journal of Business Management*, **4(3)**, 310-320.
- Oğuzlar, A. (2007). Analitik hiyerarşi süreci ile müşteri şikayetlerinin analizi. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **(14)**, 122-134.
- Oh, H. (1999). Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective. *International Journal of Hospitality Management*, **18(1)**, 67-82.
- Oliver, R. L. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of retailing*, **57(3)**, 25-48.
- Oliver, R. L., Bearden, W. O. (1985). Crossover effects in the theory of reasoned action: A moderating influence attempt. *Journal of Consumer Research*, **12(3)**, 324-340.
- Oliver, R. L., DeSarbo, W. S. (1988). Response determinants in satisfaction judgments. *Journal of consumer research*, **14(4)**, 495-507.
- Oliver, R. L. (2015). *Satisfaction A Behavioral Perspective on the Consumer*, Taylor & Francis Group.
- Olshavsky, R. W., Miller, J. A. (1972). Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality. *Journal of Marketing Research*, **9**, 19-21.

- Onat, S. (2015). Sağlık İşletmelerinde Hasta Şikayetleri ve Hasta Sadakati Etkileşimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **3(20)**, 105-112.
- Orsingher, C., Valentini, S., de Angelis, M. (2010). A meta-analysis of satisfaction with complaint handling in services. *Journal of the Academy of Marketing science*, **38(2)**, 169-186.
- Oruç, S. (2008). *Dünyadaki Müşteri Memnuniyet Endeksleri Bağlamında Türkiye Müşteri Memnuniyeti Endeksinin Yeniden İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
- Osarenkhoe, A., Birungi Komunda, M., Mbiito Byarugaba, J. (2017). Service Quality as a Mediator of Customer Complaint Behaviour and Customer Loyalty. *International Review of Management and Marketing*, **7(1)**, 197-208.
- Örtenblad, A., Löfström, C. A., Sheaff, R. (2015). *Management Innovations for Healthcare Organizations: Adopt, Abandon Or Adapt?*: Routledge.
- Özdemir B., Yılmaz G., Çalışkan O. (2013). Bireysel ve davranışsal faktörlerin restoran müşterilerinin şikâyet etme niyetlerine etkisi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, **1(1)**, 1-19.
- Özer, L. S. (1999). Müşteri tatmini ve tatmin teorilerine yönelik literatürdeki kuramsal tartışmalar, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **17(2)**, 159-180.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan management review*, **32(3)**, 39-48.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The journal of marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, **64(1)**, 12.
- Paterson, R. (2002). The Patients Complaints System In New Zealand. *Health Affairs*, **3(21)**, 70-79.
- Patterson, P. G., Cowley, E., Prasongsukarn, K. (2006). Service Failure Recovery: The Moderating Impact Of Individual-Level Cultural Value Orientation On Perceptions Of Justice. *International Journal of Research in Marketing*, **23(3)**, 263-277.
- Philip, G., Hazlett, S. A. (1997). The measurement of service quality: a new PCP attributes model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, **14(3)**, 260-286.

- Powers, T. L., Bendall-Lyon, D. (2002). Using complaint behavior to improve quality through the structure and process of service delivery. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, **15**, 13-21.
- Rahman, S., Erdem, R., Deveci, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **9(3)**, 37-55.
- Ramez, W. (2012). Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain. *International Journal of Business and Social Science*, **3(18)**, 131-141.
- Rangraz Jeddi, F., Haj Mohammad Hosseini, A., Shaeri, M. (2016). A Study on Patient Complaint Management in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences and Approaches for Improvement. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, **4(3)**, 416-422.
- Rao Tummala, V. M., Tang, C. L. (1996). Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis, *International Journal of Quality Science merged into International Journal of Quality & Reliability Management*, **13(4)**, 8-38.
- Reader, T. W., Gillespie, A., Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf*, **23(8)**, 678-689.
- Reichheld, F. F., Sasser, J. W. (1990). Zero defections: Quality comes to services. *Harvard business review*, **68(5)**, 105-111.
- Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of personality*, **35(4)**, 651-665.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of management review*, **23(3)**, 393-404.
- Saleh, F., Ryan, C. (1991). Analysing service quality in the hospitality industry using the SERVQUAL model. *Service Industries Journal*, **11(3)**, 324-345.
- Sarıışık, M (2014). Konaklama Hizmetlerinde Davranışsal Niyeti Etkileyen Hizmet Kalitesi Boyutları. *İşletme Bilimi Dergisi*, **2(2)**, 21-51.

- Saunders, D. M. (1992). Introduction to research on Hirschman's Exit, Voice, and Loyalty model. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, **5(3)**, 187-190.
- Selvi, M. M. (2007). *İlişkisel Pazarlama*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Severt, D. E. (2002). The customer's path to loyalty: A partial test of the relationships of prior experience, justice, and customer satisfaction. (Ph.D. dissertation). Virginia Polytechnic Institute at Blacksburg.
- Seth, N., Deshmukh, S., Vrat, P. (2005). Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management*, **22(9)**, 913-949.
- Shaw, R. B. (1997). *Trust in the balance: Building successful organizations on results, integrity, and concern*: Jossey-Bass San Francisco, CA.
- Sheingold, B. H., Hahn, J. A. (2014). The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, **1**, 18-22.
- Shockley-Zalabak, P., Ellis, K., Winograd, G. (2000). Organizational trust: What it means, why it matters. *Organization Development Journal*, **18(4)**, 35.
- Singh, J. (1988). Consumer complaint intentions and behavior: definitional and taxonomical issues. *The journal of marketing*, 93-107.
- Singh, J. (1990). Identifying consumer dissatisfaction response styles: an agenda for future research. *European Journal of Marketing*, **24(6)**, 55-72.
- Singh, J., Pandya, S. (1991). Exploring the effects of consumers' dissatisfaction level on complaint behaviours. *European Journal of Marketing*, **25(9)**, 7-21.
- Singh, J., Widing, R. E. (1991). What occurs once consumers complain? A theoretical model for understanding satisfaction/dissatisfaction outcomes of complaint responses. *European Journal of Marketing*, **25(5)**, 30-46.
- Singh, J., Wilkes, R. E. (1996). When consumers complain: A path analysis of the key antecedents of consumer complaint response estimates. *Journal of the Academy of Marketing Science*, **24(4)**, 350.
- Siyambalapitiya, S., Caunt, J., Harrison, N., White, L., Weremczuk, D., Fernando, D. J. (2007). A 22 month study of patient complaints at a National Health Service hospital. *International journal of nursing practice*, **13(2)**, 107-110.
- Smith, A. K., Bolton, R. N. (1998). An experimental investigation of customer reactions to service failure and recovery encounters: paradox or peril? *Journal of service research*, **1(1)**, 65-81.

- Smith, A. K., Bolton, R. N., Wagner, J. (1999). A model of customer satisfaction with service encounters involving failure and recovery. *Journal of Marketing research*, 356-372.
- Smith, A. M. (1995). Measuring service quality: is SERVQUAL now redundant?. *Journal of Marketing Management*, **11(1-3)**, 257-276.
- Söylemez Sur, D., Eregez, H. (2013). Hasta Şikayetleri Yönetimi, Haydar Sur, Tuncay Palteki (Ed.) Hastane Yönetimi içinde (s.981-1009). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Söyük, S. (2007). *Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi Ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Spreng, R. A., Harrell, G. D., Mackoy, R. D. (1995). Service recovery: impact on satisfaction and intentions. *Journal of Services Marketing*, **9(1)**, 15-23.
- Spreng, R. A., Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of retailing*, **72(2)**, 201-214.
- Stauss, B. (2002). The dimensions of complaint satisfaction: process and outcome complaint satisfaction versus cold fact and warm act complaint satisfaction. *Managing Service Quality: An International Journal*, **12(3)**, 173-183.
- Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., Bates, D. W. (2006). The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *BMJ Quality & Safety*, **15(3)**, 174-178.
- Stephens, N., Gwinner, K. P. (1998). Why Don't Some People Complain? A Cognitive-Emotive Process Model of Consumer Complaint Behavior. *Journal of the Academy of Marketing Science*, **26**, 172–189.
- Sureshchandar, G., Rajendran, C., Anantharaman, R. (2002). The relationship between service quality and customer satisfaction—a factor specific approach. *Journal of Services Marketing*, **16(4)**, 363-379.
- Sussman, S. W., Siegal, W.S. (2003). Informational Influence in Organizations: An Integrated Approach to Knowledge Adoption. *Information Systems Research* **14(1)**, 47-65.
- Sünter, A.T., Canbaz, S., Tunçel, E.K., Çetinoğlu, E.Ç., Peşken Y. (2005). Bir Tıp Fakültesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. IX. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 474.

- Swan, J. E., Trawick, I. F. (1981). Disconfirmation of expectations and satisfaction with a retail service. *Journal of retailing*.
- Sweeney, J. C., Soutar, G. N., Johnson, L. W. (1997). Retail service quality and perceived value: A comparison of two models. *Journal of Retailing and Consumer Services*, **4(1)**, 39-48.
- Şahin, A., Şen, S. (2017). Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **10(52)**, 1176- 1184.
- Şahin, Ş. (2018). Konaklama işletmelerinde ilişkisel pazarlama uygulamaları ile müşteri şikayet davranışı ve tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi. (Yayımlanmış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Şakar, N.A. (2010). Örgütsel Güven, Derya Ergün Özler (Ed.) Örgütsel davranışta güncel konular içinde (s.21-36), Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Tag-Eldeen, A. (2018). Assessing the impact of complaints management system in hospitality organizations in Egypt: a customer-organization perspective. *Ottoman: Journal of Tourism and Management Research*, **3(2)**, 306-317.
- Tamer, İ. (2012). Kurumlarda bireylerarası güven: eğitim kurumlarında bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **11 (21)**, 337-352.
- Tarım, M. (2002). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: Servqual Modeli ve Bir Hastane Uygulaması. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, **52(2)**, 15.
- Tarım, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Ali Coşkun, Ahmet Akın (Ed.), Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi içinde (65-89), Seçkin Yayıncılık, İstanbul.
- Taşlıyan, M., Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **12(19)**, 61-66.
- Tax, S. S., Brown, S. W., Chandrashekar, M. (1998). Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. *The journal of marketing*, 60-76.
- Taylor, D. M., Wolfe, R., Cameron, P. A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine*, **14(1)**, 43-49.

- Taylor, D. M., Wolfe, R. S., Cameron, P. A. (2004). Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997-2001. *Medical Journal Of Australia*, **181**, 31-35.
- Taylor S, Cronin JJ. (1994). Modeling patient satisfaction and service quality. *J Health Care Marketing*, **14**, 34-44.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01)*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara.
- Teas, R. K. (1993). Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, **57(1)**, 18-34.
- Teas, R. K. (1994). Expectations: a comparison standard in measuring service quality:an assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, **58(1)**, 132-139.
- Teng, C., Ing, C. K., Chang H. Y., Chung, K. P. (2007). Development of Service Quality Scale for Surgical Hospitalization. *J Formos Med Assoc*, **106(6)**, 475-484.
- Timur, N., Sarıyer, N. (2004). Kayseri'deki otomobil bayilerinde müşteri tatmin aracı olarak şikâyet toplama yöntemlerine ilişkin bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **1(17)**, 9-32.
- Toprak, D. K., Şahin, B. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **3(1)**, 1-28.
- Tronvoll, B. (2007a). Complainer characteristics when exit is closed. *International journal of service industry management*, **18(1)**, 25-51.
- Tronvoll, B. (2007b). Customer complaint behaviour from the perspective of the service-dominant logic of marketing. *Managing Service Quality: An International Journal*, **17(6)**, 601-620.
- Tse, D. K., Wilton, P. C. (1988). Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension, *Journal of Marketing Research*, **25(2)**, 204-212.
- Türkyılmaz, A. (2007). *Müşteri Memnuniyet İndeks Modeli Önerisi Ve Model Tahmininde Kısmi En Küçük Kareler Ve Yapay Sinir Ağları Metodu Kullanımı*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi) İstanbul Teknik Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Tüzün, İ. K. (2007). Güven, örgütsel güven ve örgütsel güven modelleri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **2007(2)**, 93-118.
- Uludağ, A. (2011). Hastane hasta hakları kurullarının iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışı: Konya hastaneleri örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **31(3)**, 653-663.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım*, Dokuz Eylül Yayınları, 1.baskı, İzmir.
- Van Noort, G., Willemsen, L. M. (2012). Online damage control: The effects of proactive versus reactive webcare interventions in consumer-generated and brand-generated platforms. *Journal of Interactive Marketing*, **26(3)**, 131-140.
- Varinli, İ., Çatı, K. (2010). Güncel Pazarlama Yaklaşımlarından Seçmeler. *Detay Yayıncılık, Ankara*.
- Veneau, L., Chariot, P. (2013). How do hospitals handle patients complaints? An overview from the Paris area. *Journal of forensic and legal medicine*, **20(4)**, 242-247.
- Wang, Y. H. (2017). Expectation, service quality, satisfaction, and behavioral intention-evidence from taiwan's medical tourism industry. *Advances in Management and Applied Economics*, **7(1)**, 1- 16.
- Ware, Jr., J. E., Snyder, M. K., Russell, W.W., Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, **6(3-4)**, 247-263.
- Warshaw, P. R., Davis, F. D. (1985). Disentangling behavioral intention and behavioral expectation. *Journal of experimental social psychology*, **21(3)**, 213-228.
- WHO. (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu. Çeviri: TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.
- Wofford M. M, Wofford J. L, Bothra J, et al. (2004). Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med.*, **79(2)**, 134-138.
- Wolf, D. M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., Hoffman, L. (2008). Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality*, **23(4)**, 316-321.

- Woodside, A. G., Frey, L. L., Daly, R. T. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, And Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*, **9(4)**, 5-17.
- Wu, I. L. (2013). The antecedents of customer satisfaction and its link to complaint intentions in online shopping: An integration of justice, technology, and trust. *International Journal of Information Management*, **33(1)**, 166-176.
- Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi*, **7(2)**, 218-238.
- Yang, C. C. (2003). Improvement actions based on the customers' satisfaction survey. *Total Quality Management & Business Excellence*, **14(8)**, 919-930.
- Yılmaz, V. (2004). Lisrel ile yapısal eşitlik modelleri: Tüketici şikayetlerine uygulanması, *Sosyal Bilimler Dergisi*, **1**, 77-90.
- Yılmaz, V., Arı, E., Doğan, R. (2016). Online alışverişte müşteri şikayet niyetleri ve davranışlarının yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Journal of Yasar University*, **11(42)**, 102-112.
- Yılmaz, C., Varnali, K., Kasnakoglu, B. T. (2016). How do firms benefit from customer complaints? *Journal of Business research*, **69(2)**, 944-955.
- Zaheer, A., McEvily, B., Perrone, V. (1998). Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organization science*, **9(2)**, 141-159.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *The journal of marketing*, 31-46.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: Free Press.
- Zengin, B., Ulama, S. (2015). Müşteri İlişkileri Yönetimi. Burhan Kılıç, Zafer Öter. (Ed.), *Turizm Pazarlamasında Güncel Yaklaşımlar içinde* (s.395-426). Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Zengin, S., Al, B., Yavuz, E., Şen, C., Cindoruk, Ş., Yıldırım, C. (2012). Patient and relative complaints in a hospital emergency department: a 4-Year analysis. *Tr J Emerg Med*, **12**, 163-168.

<http://www.kalder.org/tmme> Erişim Tarihi: 18.08.2018.

<https://www.tse.org.tr/IcerikDetay?ID=87&ParentID=68> Erişim Tarihi: 10.07.2018.

<https://hastahaklari.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 03.05.2018.

<https://www.cimer.gov.tr/> Erişim Tarihi: 03.05.2018.

<http://www.acikkapi.gov.tr/> Erişim Tarihi: 03.05.2018.

<https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/contact-us/feedback-and-complaints#nhs-digital-complaints-process> Erişim Tarihi: 08.09.2018.

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs> Erişim Tarihi: 08.09.2018.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6362,2016-istatistikpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 12.09.2018.

<https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx> Erişim Tarihi: 24.07.2018.

<http://klinikkalite.saglik.gov.tr/yazdir?DF401BE10915680E8638FC8C622DA2F7> Erişim Tarihi: 24.07.2018.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c346eda083717.11845976 Erişim tarihi: 18.05.2018

HAM VERİLER

FORMLAR

Ek - 1

EK-5 HASTA HAKLARI BAŞVURU FORMU

BAŞVURUDA BULUNANIN			BAŞVURULAN PERSONEL VE KURUM BİLGİLERİ	
ADI			İL	
SOYADI				
EĞİTİM DURUMU			BİRİM	
MESLEĞİ			PERSONELİN ADI VE SOYADI	
CİNSİYET/YAŞ ADRESİ			PERSONELİN ÜNVANI	
TELEFONLAR	EV			
	CEP			
	İŞ			
FAX				
E-POSTA ADRESİ				
BAŞVURUYU YAPANIN ADI SOYADI / İMZASI			FORMU DOLDURANIN (*) ADI SOYADI / İMZASI	
BAŞVURUNUN İÇERİĞİ VE KONUSU (**)				

Ek- 2

Hasta,Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi						
Hasta Haklarında İyileştirme Raporları			01.06.2018-30.06.2018			
SAĞLIK TESİSİNİN ADI	SIRA	İLGİLİ KLİNİK/BİRİM	BAŞVURUNUN KAYNAĞI (Yerinde Çözülen Sorunlar- Kurul Başvuruları)	BAŞVURUNUN İÇERİĞİ*	PLANLANAN DÜZELTİCİ- ÖNLEYİCİ FAALİYET	PLANLANAN İYİLEŞTİRMENİN SONUCU
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6	Poliklinik	yerinde çözümler	madde:39		

BAŞVURUNUN İÇERİĞİ*

- Madde 6: Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama
 Madde 7: Bilgi İsteme, Bilgilendirilmeme
 Madde 9: Personel Tanıma Ve Seçme
 Madde10: Öncelik sırası
 Madde 15: Genel olarak Bilgi İsteme
 Madde21: Mahremiyete saygı gösterilmesi
 Madde22: Bilgilendirilmiş Rızasının Alınmaması
 Madde23: Bilgilerin Gizli Tutulması
 Madde 25: Tedaviyi Reddetme Durdurma
 Madde 37: Güvenliğin sağlanması
 Madde 38: Dini Vebcilerini Yerine Getirebilme Ve Dini Hizmetlerden Faydalanma
 Madde 39: İnsani Değerlere saygı Gösterilmesi ve Ziyaret
 Madde 40: Refakatçi Bulundurma
 Madde 42: Müracaat, Şikayet ve Dava hakkı

Not:Hasta Hakları Birimine gelip gerek kuruluşa görüşülen gerekse de yerinde çözümlerle ilgili yapılan faaliyetler yazılacak.

Ek-3

EK 6- HASTA HAKLARI İSTATİSTİK FORMU

	KURUL BAŞVURULARININ BİRİMLERE GÖRE DAĞILIMI								TOPLAM
	Poliklinik Hizmetleri	Klinik	Laboratuvar/Görüntüleme	Acil ve İlk Yardım	Yoğun Bakım	Ameliyathane	Otelcilik Hizmetleri	Diğer(Halkla İlişkiler, Sosyal Hizmetler)	
KURUL BAŞVURULARI	1	0	0	1	0	0	0	0	2
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR	53	7	8	7	0	0	0	7	82

	KURULA BAŞVURU NEDENLERİ										TOPLAM
	Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	Bilgilendirilmeme	Mahremiyete Uyulmaması	Sağlık Kuruluşunu /Hekim Seçememe-Değiştirme	Güvenliğin Sağlanamaması	Dini Vebcibelerini Yerine Getirememesi	Saygınlık ve Rahat Görememe	Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul Edememe	Başvuru ve Dava Edememe	Diğer	
KURUL BAŞVURULARI	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR	56	0	3	0	0	0	22	0	0	0	81

	KURUL BAŞVURUYA KONU OLAN MESLEK GRUBU								TOPLAM
	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire/Sağlık Memuru	Yardımcı Sağlık Personeli (Shu Psikolog, Fizyoterapist, Eczacı...)	Sekreter Temizlik Personeli Güvenlik Personeli	İdari Personel	Diğer	Sistem	
KURUL BAŞVURULARI	2	0	0	0	0	0	0	0	2
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR	46		11	2	13		4	5	81

	İhlat Var	İhlat Yok	Teknik İnceleme	Adli Olay	Kapsam Dışı	Diğer	Sistem	TOPLAM
KURUL BAŞVURULARI	0	2	0	0	0	0	0	2
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR	0	81	0	0	0	0	0	81

	HASTA HAKLARI EĞİTİMLERİ			TOPLAM
	Personle Yönelik Hizmet İç Eğitimler	Topluma Yönelik Hasta Hakları Eğitimi	Yatan Hasta Bilgilendirme	
KURUL BAŞVURULARI	0	0	0	0
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR	1785		20691	22476

	ŞİKAYET-TEŞEKKÜR-ÖNERİ KUTULARI		
	DİLEK	TEŞEKKÜR	ÖNERİ
		26	

Ek- 4

DOKÜMAN KODU		HASTA HAKLARI BAŞVURU FORMU	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.22-09			1/1
YAYIN TARİHİ			REV.TARİHİ/NO
ARALIK 2014			24/02/2015 /01

SAYI :

TARİH :

BAŞVURUDA BULUNANIN			HAKKINDA BAŞVURU YAPILAN PERSONEL VE KURUM BİLGİLERİ	
T.C NO :				
ADI			İL	
SOYADI			BİRİM	
EĞİTİM DURUMU			PERSONELİN	
MESLEĞİ			ADI VE SOYADI	
CİNSİYET/YAŞ			PERSONELİN	
ADRESİ			ÜNVANI	
TELEFONLAR				
EV				
CEP				
İŞ				
FAX				
E-POSTA ADRESİ				
BAŞVURUYU YAPANIN ADI SOYADI / İMZASI			HASTA İLETİŞİM BİRİM SORUMLUSU ADI SOYADI / İMZASI	
BAŞVURUNUN İÇERİĞİ VE KONUSU				

ETİK KURUL KARARI

GİZLİ

Tarih:07.06.2017 07:45
Sayı:60263016-050.06-
E.00000173436



BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 60263016-050.06 [2017/5]
Konu : Arş Gör. Nurperihan Tosun

Sayın; Arş.Gör.Nurperihan TOSUN

İlgi: 18/04/2017 tarih ve 149374 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ve ekleri, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulunca incelenmiştir. Kurulun 25/05/2017 tarih ve 4 no'lu toplantısında alınan 2 no'lu kararda: "Etik Kurulumuz tarafından incelenen Arş. Gör. Nurperihan TOSUN'un " Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi ve Şikayet Yönetimi: Sivas İlinde Bir Uygulama" konulu Doktora tezinin Hastane Başhekimliği tarafından Üniversitemiz Hastanesinde uygulanması Kurulumuza ulaşan 16/05/2017 tarih ve 164645 sayılı yazı ile uygun bulunmuş olup, Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" adlı doktora tez çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan bir sakınca olmadığı yönünde, Rektör olurlarına sunulmak üzere oybirliği ile Karar verildi." denilmekte olup, 25/05/2017 tarihli Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurul toplantısında alınan 2 no'lu karar, Rektörlük olurlarına sunulmuş ve Rektör oluru alınmıştır.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr.Mehmet ÇİMEN
Rektör Yardımcısı

GİZLİ

Tel:0 346 219 1010 Faks:0 346 219 1138 E-posta:



PATENT HAKKI İZNİ

KURUMA GÜVEN VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE DAVRANIŞSAL NİYETE ETKİLERİNİN ÖLÇÜLMESİNDE ŞİKAYET YÖNETİMİNİN ARACILIK ROLÜ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

ORIJINALLIK RAPORU

%7	%4	%3	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
2	AKKILIÇ, Mehmet Emin and VAROL, İlbey. "TURİSTLERİN HİZMET KALİTESİ ALGILARININ DAVRANIŞSAL NİYETLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ", Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016. Yayın	<%1
3	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
4	polen.itu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	aykancandemir.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nurperihan	Soyadı	Tosun
Doğ.Yeri	Sivas	Doğ.Tar.	1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	
Email	nkarabulut@cumhuriyet.edu.tr	Tel	03462191010

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi	2019
Yük.Lis.	Cumhuriyet Üniversitesi	2013
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2009
Lise	Talas Süper Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü	2011-7
2.	Hemşire	Sivas Numune Hastanesi	2010-1
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	63,75	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri: 2011 Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü 9. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Sivil Toplum Kuruluşu , TÜRKİYE

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kuruma Güven ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti ve Davranışsal Niyete Etkilerinin Ölçülmesinde Şikayet Yönetiminin Aracılık Rolü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Sayın katılımcı,

Bu çalışma araştırmacının doktora tezi için gerçekleştirilmekte olup katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, isim belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bu çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmanın tüm süreçlerinde kişisel ve kurumsal bilgilerin gizliliği tamamen korunacaktır.

Çalışmamıza verdiğiniz değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Nurperihan TOSUN

**1=Kesinlikle karşı fikirdeyim 2=Karşı fikirdeyim 3=Nötr 4=Aynı fikirdeyim
5=Tamamen aynı fikirdeyim**

	Algılanan Hizmet Kalitesi					
1	Bu hastanede kullanılan teçhizat son derece modernidir.	1	2	3	4	5
2	Bu hastanede fiziki imkanlar görsel olarak çekicidir.	1	2	3	4	5
3	Bu hastanede tuvaletler son derece temizdir.	1	2	3	4	5
4	Bu hastanede odalar son derece temizdir.	1	2	3	4	5
5	Bu hastanede yemekler lezzetli ve iştah açıcıdır.	1	2	3	4	5
6	Bu hastanede yemeklerin sıcaklığı uygundur.	1	2	3	4	5
7	Bu hastanede hemşireler hasta mahremiyetine saygılıdır.	1	2	3	4	5
8	Bu hastanede odalar son derece sessizdir.	1	2	3	4	5
9	Bu hastanede uygun park alanları vardır.	1	2	3	4	5
10	Bu hastanede yemekler belirtilen zamanlar içinde hastaya verilir.	1	2	3	4	5
11	Bu hastanedeki personel hasta ile ilgili olarak belirlenen işleri daha önce belirlenen zamanlar içinde yerine getirir.	1	2	3	4	5
12	Bu hastanede, hasta ile ilgili tüm kayıtlar hatasız olarak tutulmaktadır.	1	2	3	4	5
13	Bu hastanede hastane ücretleri doğru olarak belirlenir.	1	2	3	4	5
14	Bu hastanenin çalışanlarından, hastaya verilen hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleştirileceğini söylemeleri beklenir.	1	2	3	4	5
15	Bu hastaneden taburcu olacak hastanın taburculuk işlemleri son derece hızlı olarak yerine getirilir.	1	2	3	4	5
16	Bu hastanede hemşireler hastaya tedavi esnasında son derece hızlı bir şekilde hizmet verir.	1	2	3	4	5
17	Bu hastanede hastaneye gelen hastaların kabul işlemleri hızlı bir şekilde gerçekleştirilir.	1	2	3	4	5
18	Bu hastanenin tüm çalışanları yatmakta olan hastalara yardımcı olmak için son derece isteklidir.	1	2	3	4	5
19	Bu hastanenin çalışanları taburcu olacak hastanın tahliye işlemleriyle ilgili soruları karşısında uygun cevaplar verir.	1	2	3	4	5
20	Bu hastanenin çalışanları hastanın herhangi bir prosedürle ilgili soruları karşısında hastaya her türlü gereken açıklamayı yaparlar.	1	2	3	4	5
21	Bu hastanenin doktor ve hemşireleri hastanın tedavisiyle ilgili soruları karşısında gerekli olan açıklamayı yaparlar.	1	2	3	4	5
22	Bu hastanenin çalışanları taburcu olacak hastanın taburculuk işlemleriyle ilgili olarak hastanın ailesinin sorularını tatmin edecek uygun cevapları verir.	1	2	3	4	5
23	Bu hastanenin hemşirelerinin davranışları hastaya itimat telkin eder.	1	2	3	4	5

24	Bu hastaneden taburcu olacak hasta hastalığının iyileştiğinden emin olarak hastaneden ayrılır.	1	2	3	4	5
25	Bu hastaneden taburcu olacak hasta hastane ücretinin doğruluğundan emindir.	1	2	3	4	5
26	Hastalar bu hastane çalışanlarının kendi işlerini doğru bir şekilde yerine getirdiğinden emindir.	1	2	3	4	5
27	Bu hastanede yatan hastalar hemşirelerin yeterli derecede bilgi sahibi olduğuna güvenir.	1	2	3	4	5
28	Bu hastanede hastaların hastaneye kabul işlemlerinin yapılması esnasında hastane personeli hastaya son derece nazik davranmaktadır.	1	2	3	4	5
29	Bu hastanede hastane yönetimi hastalara karşı son derece nazik davranmaktadır.	1	2	3	4	5
30	Bu hastanede hemşirelerin hastalara karşı davranışları son derece kibar ve naziktir.	1	2	3	4	5
31	Bu hastanede çalışan hemşirelerin hastalara karşı olan davranışı son derece neşeli ve güler yüzlüdür.	1	2	3	4	5
32	Bu hastaneye hasta ziyaretine gelen hasta yakınlarına son derece iyi davranılmaktadır.	1	2	3	4	5
33	Bu hastane, taburcu olan hastalarına kişisel önem veren çalışanlara sahiptir.	1	2	3	4	5
34	Bu hastanenin hemşireleri hastalarına kişisel önem ve ilgi göstermektedir.	1	2	3	4	5

Kuruma Güven

1	Bu kurum büyük bir deneyime sahiptir.	1	2	3	4	5
2	Bu kurum yaptıkları konusunda yeteneklidir.	1	2	3	4	5
3	Bu kurum alanında uzmandır.	1	2	3	4	5
4	Bu kurumun verdiği hizmetler çok pahalı değildir.	1	2	3	4	5
5	Bu kuruma güvenirim	1	2	3	4	5
6	Bu kurumun iddiaları doğrudur.	1	2	3	4	5
7	Bu kurum dürüsttür.	1	2	3	4	5
8	Bu kurumun bana söylediklerine inanmam.	1	2	3	4	5

Şikayet Yönetimi

1.	Problemin neden olduğu güçlere rağmen, kurum şikayetimi hızlı ve adil bir şekilde yanıtladı.	1	2	3	4	5
2.	Kurumun problemimi zamanında yanıtladığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3.	Kurum problemimi çözmek için gerektiğinden uzun sürdü.	1	2	3	4	5
4.	Kurumun problemin ele alınmasında adil politika ve uygulamalarının olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5.	Kurum bu politika ve prosedürlere uyarak, probleme adil bir tutum gösterdi.	1	2	3	4	5
6.	Kurum problemimi çözmeye çalışırken yeterli esnekliği gösterdi.	1	2	3	4	5
7.	Problemimle ilgilenirken, kurum personeli bana karşı nazik bir tutum sergiledi.	1	2	3	4	5
8.	Çalışanlar söylediklerimi nazik bir şekilde dinlediler.	1	2	3	4	5
9.	Çalışanlar problemimi çözmek için yeterli çabayı göstermedi.	1	2	3	4	5
10.	Problemimi çözmek için çaba sarf ederken, kurum çalışanı gerçekten	1	2	3	4	5

	adil bir şekilde davranmaya çalıştığını gösterdi.					
11.	Kurum çalışanı problemimi ele almadan önce benden bilgi aldı.	1	2	3	4	5
12.	Kurum çalışanı benim sorunu çözmeye çalışırken, benim görüşlerimi dikkate aldı.	1	2	3	4	5
13.	Kurum çalışanı problemimi çözerken müşteriye önemsediklerini gösterdiler.	1	2	3	4	5
14.	Kurum çalışanı problemimi çözerken dürüst ve etik bir şekilde ilgilendi.	1	2	3	4	5
15.	Çalışanların problemi çözerken ki iletişim ve tutumları uygundu ve kabul edilebilirdi.	1	2	3	4	5
16.	Yaşamış olduğum olay bende problemlere neden olsa da, kurumun bunu düzeltme çabası bende olumlu sonuçlar yarattı.	1	2	3	4	5
17.	Kurumdan aldığım nihai sonuç zaman ve sıkıntı yaratmasına rağmen adildi.	1	2	3	4	5
18.	Problemin yarattığı rahatsızlık göz önüne alındığında, kurumdan alınan sonuç adil olmuştur.	1	2	3	4	5
19.	Problemin çözümü olarak yapılan hizmet iyileştirme fazlasıyla adildi.	1	2	3	4	5

Müşteri Memnuniyeti

1	Eğer ihtiyacım olursa bu hastanenin hizmetlerinden memnun kalacağıma inanıyorum.	1	2	3	4	5
2	Genel olarak, bu hastanenin hizmetlerinden memnun olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
3	Bu hastaneden aldığım hizmetlerin genellikle tatmin edici bir deneyim olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
4	Bu hastanenin hizmetlerine yönelik hislerim olumludur.	1	2	3	4	5

Davranışsal Niyet

1	Bu hastane hakkında diğer insanlara pozitif şeyler söylerim.	1	2	3	4	5
2	Benden tavsiye isteyenlere bu hastaneyi öneririm.	1	2	3	4	5
3	Arkadaşlarıma ve yakınlarıma bu hastaneye gitmeleri konusunda teşvik ederim.	1	2	3	4	5
4	Sağlık hizmeti almak için ilk tercihim bu hastanedir.	1	2	3	4	5
5	Önümüzde ki birkaç yıl içinde bu hastaneye daha fazla gelirim.	1	2	3	4	5
6	Önümüzdeki birkaç yıl içinde bu hastaneye daha az gelmeye düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7	Bu hizmetleri daha iyi fiyata sunan başka hastaneye giderim.	1	2	3	4	5
8	Bu hastanede verilen hizmetlerin ücretleri artsa da buraya gelmeye devam ederim.	1	2	3	4	5
9	Bu hastaneden alacağım faydalar için rakip hastanelere göre daha yüksek ücret öderim.	1	2	3	4	5
10	Eğer bu hastanenin hizmetleri ile ilgili sorun yaşarsam, başka hastaneye giderim.	1	2	3	4	5
11	Eğer bu hastanenin hizmetleri ile ilgili sorun yaşarsam diğer hastalara bu durumu şikayet ederim.	1	2	3	4	5
12	Eğer bu hastanenin hizmetleri ilgili bir sorun yaşarsam, daha üst kurumlara şikayet ederim.	1	2	3	4	5
13	Eğer bu hastaneyle ilgili bir problem yaşarsam, bu hastanenin çalışanlarına şikayetimi iletirim.	1	2	3	4	5

Anketimiz bitmiştir. Katıldığınız için teşekkür ederiz.