

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**HASTA ŞİKÂYET SÜRECİNDE ALGILANAN
ADALET İLE SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE
BİR TAKSONOMİ ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

**Emel YILMAZ
ORCID: 0000-0002-2331-1894**

**Enstitü Anabilim Dalı: İşletme
Enstitü Bilim Dalı : Üretim Yönetimi ve Pazarlama**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Remzi ALTUNIŞIK
ORCID: 0000-0001-7934-1841**

ŞUBAT - 2024

Emel YILMAZ tarafından hazırlanan “Hasta Şikâyet Sürecinde Algılanan Adalet ile Sonuçları Arasındaki İlişki ve Bir Taksonomi Çalışması” başlıklı bu tez, 29/01/2024 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğilim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Remzi ALTUNIŞIK

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Sima NART

Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Ersin ESKİLER

Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Doç. Dr. Metin SAYGILI

Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	İŞLETME ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	Emel YILMAZ	
Öğrenci Numarası	:	D156004109	
Enstitü Anabilim Dalı	:	İşletme	
Enstitü Bilim Dalı	:	Üretim yönetimi ve Pazarlama	
Programı	:	☐ YÜKSEK LİSANS ☒ DOKTORA	
Tezin Başlığı	:	Hasta Şikayet Sürecinde Algılanan Adalet İle Sonuçları Arasındaki İlişki ve Bir Taksonomi Çalışması	
Benzerlik Oranı	:	% 5	
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.			
		 / / 20.... İmza Öğrenci	
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim.			
		 / / 20.... İmza Danışman	
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı:			
Tarih:		 / / 20....	
İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	
EYK Tarih ve No:			

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim süresince yardımlarını ve bilgisini esirgemeyen, her zaman fikirlerini paylaşan, kendisinden bilgisi ve hayata dair tecrübesiyle çok şey öğrendiğim, birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim değerli danışman hocam Prof. Dr. Remzi ALTUNIŞIK'a; Tez izleme jürimde ve savunma jürimde bulunarak öneri ve eleştirileri ile çalışmama her daim katkı sağlayan, akademik kimliğimin gelişmesinde örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Sima NART ve Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a; Önerileriyle tezimin daha iyi hale gelmesine katkıda bulunan değerli arkadaşım ve hocam Doç.Dr. Metin SAYGILI'ya ve değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün SARIKAYA ve Doç. Dr. Ersin ESKİLER'e; Sağlık hizmetlerindeki çalışma hayatıma ek olarak devam ettiğim doktora sürecimde beni pes etmemem için her zaman motive eden ve zor anlarımda desteğini hep hissettiğim değerli dostum Dr. Eda KUTLU'ya; Her zaman yanımda olan ve bu süreçte de başarılı olacağıma inanan, bana her zaman güvenen ve her zaman kendimi çok şanslı hissetmemi sağlayan değerli annem Emine YILMAZ'a ve değerli babam rahmetli İbrahim YILMAZ'a; Babamı kaybettiğimiz yılda ailemize dahil olan ve bizi iyileştiren, hayatımıza anlam katan yeğenim Meryem YILMAZ'a ve değerli kardeşim Turgut YILMAZ'a; Sağlık hizmetlerindeki tüm deneyimlerini bana aktaran, bu süreçteki destekleriyle ve fikirleriyle her zaman yanımda olan başta Başhekim Yardımcımız Dr. Mehmet DURMUŞ'a ve Birim Sorumlum Aliye ENGİN'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma; Son olarak da "Hayatın anlamı nedir ya da amacı nedir?" sorusunu bana tekrar tekrar hatırlatan, farklı duygular yaşatan, dinlediğimiz tüm hasta ve hasta yakınlarına ayrı ayrı tüm kalbimle teşekkür eder, minnet duygularıyla şükranlarımı sunarım.

Canım Anneme...

Emel YILMAZ

29.01.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	v
TABLolar.....	vi
ŞEKİLLER	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİKÂyet YÖNETİMİ VE HASTA HAKLARI UYGULAMALARI.....	11
---	----

1.1. Şikâyet Yönetimi.....	11
----------------------------	----

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Yönetimi.....	17
---	----

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Kavramı ve Hasta Şikâyetlerinin Karakteristik Özellikleri.....	22
--	----

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Davranışı ve Başvuru Kanalları	24
--	----

1.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Davranışı	24
---	----

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin İletildiği Başvuru Kanalları	31
---	----

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Kaydedilip Raporlanması	33
--	----

1.2.3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları	34
---	----

1.2.3.2. Reader'ın Hasta Şikâyet Taksonomisi ve Değerlendirilmesi	42
---	----

BÖLÜM 2. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI VE KURAMSAL ÇERÇEVESİ	48
--	----

2.1. Şikâyet Yönetiminde Memnuniyet.....	48
--	----

2.2. Hizmet Telifisi	49
----------------------------	----

2.3. Hizmet Telifisinin Değerlendirilmesine İlişkin Teorik Çerçeve.....	53
---	----

2.3.1. Atıf Teorisi (Attribution Theory).....	54
---	----

2.3.2. Algılanan Adalet ve Adalet Teorisi (Justice Theory)	56
--	----

2.4. Duygu Kavramı ve Duygu Teorileri.....	58
--	----

2.4.1. Darwin'in Evrimsel Teorisi.....	59
--	----

2.4.2. James-Lange Teorisi.....	61
---------------------------------	----

2.4.3. Cannon-Bard Teorisi	61
2.4.4. Schachter-Singer Teorisi	62
2.4.5. Yüzsöl Geribildirim Teorisi.....	62
2.4.6. Bilişsel Değerleme Teorisi	63
2.5. Duyguların Sınıflandırılması.....	67
2.5.1. Temel/ Ayrik Duygu Modeli.....	67
2.5.2. Boyutsal Duygu Modeli	68
2.6. Hizmet Telfafisi Memnuniyeti.....	69
2.7. Hasta Sadakati.....	71
2.8. Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	73
2.9. Hasta Memnuniyeti	75
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	77
3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi.....	77
3.2. Araştırmanın Soruları, Modeli ve Hipotezleri.....	80
3.2.1. Araştırma Soruları	80
3.2.2. Araştırma Modeli	82
3.2.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	83
3.2.3.1. Algılanan Adaletin Hasta Sadakatine Etkisi.....	83
3.2.3.2. Algılanan Adaletin Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişime Etkisi	84
3.2.3.3. Algılanan Adaletin Telfafiden Doğan Memnuniyet ve Hasta Memnuniyete Etkileri	85
3.2.3.4. Algılanan Adaletin Duygulara Etkisi	86
3.2.3.5. Olumsuz Duyguların Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri	88
3.2.3.6. Olumlu Duyguların Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri	89
3.2.3.7. Hizmet Telfafisinden Doğan Memnuniyetin Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri.....	90
3.2.3.8. Aracılık İlişkileri	90
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	92
3.4. Veri Toplama Aracı.....	96
3.5. Veri Toplama Yöntemi	100
3.6. Pilot Çalışma	100

3.7. Hasta Hakları Uygulamaları İçin Bir Hasta Şikâyetleri Taksonomisi Araştırması	100
3.7.1. Hasta Şikâyetleri Taksonomisinin Geliştirilme Süreci.....	100
3.7.2. Hasta Şikâyetleri Taksonomisinde Belirlenen Temaların Açıklanması	104
3.7.2.1. Tıbbi Malpraktis.....	104
3.7.2.2. Destek ve Kalite Hizmetleri.....	105
3.7.2.3. İdari ve Mali İşler Hizmetleri.....	106
3.7.2.4. Teknik İşler Hizmetleri.....	107
3.7.2.5. Sağlık Hizmetlerinde İletişim	108
3.7.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Sistemsel Sorunlar	108
BÖLÜM 4. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ VE BULGULARI	110
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	110
4.1.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri.....	111
4.1.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastanenin Hizmetlerinden Kaç Yıldır Yararlandığına İlişkin Bilgiler	112
4.1.3. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastanenin Hizmetlerinden Ne Sıklıkla Yararlandığına İlişkin Bilgiler	113
4.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Deneyimine İlişkin Bilgiler.....	113
4.2.1. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneden Hizmet Almak İçin Ne Şekilde Başvurduğuna İlişkin Bilgiler	114
4.2.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Hastaya Olan Yakınlık Derecesi	114
4.2.3. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Konusu	115
4.2.4. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Konu Olan Meslek Grubu	115
4.3. Katılımcıların Sağlık Hizmetlerindeki Problemlere İlişkin Algı ve Tutumları.....	116
4.3.1. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında En Sık Sorun Yaşadığını Düşündüğü Meslek Grubu	116
4.3.2. Katılımcıların Şikâyet Davranışlarına İlişkin Bilgiler	117
4.3.3. Katılımcıların Hasta Hak ve Sorumlulukları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Oranları	118
4.3.4. Katılımcıların En Sık Başvurduğu Sağlık Kurumundaki Hasta Hakları Biriminin Yerini Bilme Oranları	118

4.3.5. Katılımcıların Otelcilik ve Malpraktise Yönelik Şikâyet Davranışlarının Karşılaştırılması	119
4.4. Araştırma Modelindeki Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.	120
4.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	123
4.5.1. Keşfedici Faktör Analizi Bulguları	124
4.5.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Bulguları	128
4.6. Yapısal Eşitlik Modeli Testi ve Bulguları.....	131
4.6.1. Prosedürel Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi	136
4.6.2. Etkileşimsel Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi	136
4.6.3. Dağıtımsal Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi	136
4.6.4. Olumsuz Duyguların Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi	137
4.6.5. Olumlu Duyguların Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi	137
4.6.6. Hizmet Telfi Memnuniyetinin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi.....	137
4.6.7. Olumsuz Duyguların Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi	139
4.6.8. Olumlu Duyguların Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi	139
4.6.9. Hizmet Telfisi Memnuniyetinin Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi	140
4.7. Hasta Hakları Uygulamaları İçin Bir Hasta Şikâyetleri Taksonomisi ve Şikâyet Kayıt ve Takip Süreci Önerisi	141
4.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Kayıt ve Takip Süreci İçin Öneriler	142
4.7.2. Şikâyetlerin Kodlanması İçin Taksonomi Önerisi	151
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	159
KAYNAKÇA.....	174
EKLER.....	174
ÖZGEÇMİŞ.....	216

KISALTMALAR

AV	: Açıklanan Varyans
AVE	: Average Variance Extracted (Çıkarılan Ortalama Varyans)
BMS	: Bağlam-Mekanizma-Sonuç
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
CR	: Composite Reliability (Bileşik Güvenilirlik)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
HBBS	: Hasta Başvuru Bildirim Sistemi
HMEM	: Hasta Memnuniyeti
HSAD	: Hasta Sadakati
HTM	: Hizmet Telafisi Memnuniyeti
HTMT	: Heterotrait-Monotrait Ratio
KFA	: Keşfedici Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
OAAI	: Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim
OMU	: Olumlu Duygular
OMZ	: Olumsuz Duygular
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SMART PLS	: Smart Partial Least Squares (Kısmi En Küçük Kareler)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual (Standardize Edilmiş Kalıntıların Ortalama Karekökü)
VHKİ	: Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni
VIF	: Variance inflation factor (Varyans Artış Faktörü)
YÇSD	: Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi

TABLÖLAR

Tablo 1: Şikâyet Yönetimi ve Hizmet Telifisi	13
Tablo 2: Müşteri Şikâyet Davranışları Modelleri.....	26
Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin İl Sağlık Müdürlüğüne Raporlanması	40
Tablo 4: Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Hastane İdaresi ve Kalite Birimine Raporlanması	41
Tablo 5: Reader'ın Taksonomisi	43
Tablo 6: Hasta Odaklı Şikâyetlerin Ele Alınması ve Sistem Çapında Kalite İyileştirme İçin 12 Bağlam-Mekanizma-Sonuç (BMS).....	46
Tablo 7: Şikâyet Başvurusunda Bulunanların Demografik Özellikleri.....	93
Tablo 8: Şikâyetlerin Başvuruya Konu Olan Birimlere Göre Dağılımı	94
Tablo 9: Şikâyetlerin Başvuruya Konu Olan Meslek Grubuna Göre Dağılımı	94
Tablo 10: Şikâyetlerin Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı	95
Tablo 11: Araştırmada Kullanılan Ölçekler	99
Tablo 12: Katılımcılar	102
Tablo 13: Tıbbi Malpraktis Konusundaki Şikâyetler (A Grubu Hizmetler) ..	105
Tablo 14: Destek ve Kalite Hizmetleri Konusundaki Şikâyetler (B Grubu Hizmetler)	106
Tablo 15: İdari ve Mali İşler Konusundaki Şikâyetler (C Grubu Hizmetler)	107
Tablo 16: Teknik İşler Konusundaki Şikâyetler (D Grubu Hizmetler)	107
Tablo 17: İletişim Sorunları (E Grubu Hizmetler)	108
Tablo 18: Sistemsel Sorunları (SIS Grubu Hizmetler).....	109
Tablo 19: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	111
Tablo 20: Katılımcıların Hastanenin Hizmetlerinden Kaç Yıldır Yararlandığına İlişkin Bilgiler	112
Tablo 21: Katılımcıların Hastanenin Hizmetlerinden Ne sıklıkla Yararlanıldığına İlişkin Bilgiler	113
Tablo 22: Katılımcıların Hizmet Almak İçin Hastaneye Başvuru Şekli	114
Tablo 23: Katılımcıların Hastaya Olan Yakınlık Derecesi	114
Tablo 24: Şikâyet Konu Olan Birim.....	115
Tablo 25: Şikâyet Konu Meslek Grubu	116
Tablo 26: Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında En Sık Sorun Yaşadığını Düşündüğü Meslek Grubu	117
Tablo 27: Katılımcıların Şikâyetler İçin Davranışları	117

TABLÖLAR DEVAMI

Tablo 28: Katılımcıların Hasta Hak ve Sorumlulukları Konusunda Yeterlilik Algıları	118
Tablo 29: Katılımcıların Hasta Hakları Biriminin Yerini Bilme Oranları.....	118
Tablo 30: Otelcilik ve Malpraktise Yönelik Şikâyet Davranışlarının Karşılaştırılması	119
Tablo 31: Presedürel Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler	120
Tablo 32: Dağıtımsal Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler.....	120
Tablo 33: Etkileşimsel Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler.....	121
Tablo 34: Olumsuz Duygular Değişkenine İlişkin İstatistikler.....	121
Tablo 35: Olumlu Duygular Değişkenine İlişkin İstatistikler	121
Tablo 36: Hizmet Telafisi Memnuniyeti Değişkenine İlişkin İstatistikler	122
Tablo 37: Hasta Sadakati Değişkenine İlişkin İstatistikler	122
Tablo 38: Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkenine İlişkin İstatistikler	122
Tablo 39: Hasta Memnuniyeti Değişkenine İlişkin İstatistikler.....	123
Tablo 40: Algılanan Adalet Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri.....	124
Tablo 41: Algılanan Adalet Değişkenine Ait Faktör Yükleri	124
Tablo 42: Olumlu ve Olumsuz Duygular Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri	125
Tablo 43: Olumlu ve Olumsuz Duygular Değişkenine Ait Faktör Yükleri	125
Tablo 44: Hizmet Telafisi Memnuniyeti Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri	126
Tablo 45: Hizmet Telafisi Memnuniyeti Değişkenine Ait Faktör Yükleri	126
Tablo 46: Hasta Sadakati Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri	126
Tablo 47: Hasta Sadakati Değişkenine Ait Faktör Yükleri	126
Tablo 48: Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri	127
Tablo 49: Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkenine Ait Faktör Yükleri	127
Tablo 50: Hasta Memnuniyeti Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri.....	127
Tablo 51: Hasta Memnuniyeti Değişkenine Ait Faktör Yükleri	127
Tablo 52: Model Uyum İndeksleri	128

TABLÖLAR DEVAMI

Tablo 53: Ölçüm Modeli Sonuçları.....	129
Tablo 54: Ayrışma Geçerliği Bulguları.....	130
Tablo 55: Ayrışma Geçerliği Sonuçları (HTMT Kriteri)	131
Tablo 56: Araştırma Modeli Katsayıları	132
Tablo 57: Araştırma Modeli Doğrudan Etki Katsayıları.....	135
Tablo 58: Araştırma Modeli Dolaylı Etki Katsayıları.....	138
Tablo 59: Çok Faktörlü Şikâyetlerin Kaydedilmesi.....	144
Tablo 60: Şikâyetlerin Kaydedilmesinde Başvuru Sahibini Tanımlama.....	146
Tablo 61: Şikâyetlerin Kaydedilmesinde Başvuru Kanalı İçin Kodlama Önerisi	146
Tablo 62: Şikâyetlerde Hasta Hakları İçin Kodlama Önerisi.....	147
Tablo 63: Şikâyet Konu Olan Birim İçin Kodlama Önerisi	148
Tablo 64: Şikâyet Konu Olan Meslek Grubu İçin Kodlama Önerisi	149
Tablo 65: Şikâyetlerde Yönetim İçin Kodlama Önerisi	150
Tablo 66: Hasta Şikâyetleri Taksonomi Önerisi.....	151
Tablo 67: Hasta Şikâyetleri Taksonomisi Örneği.....	152
Tablo 68: Şikâyet Konu Olan Birim İçin Kodlama Sonuçları.....	154
Tablo 69: Şikâyet Konu Olan Meslek Grubu İçin Kodlama Sonuçları.....	155
Tablo 70: Örnek 1 Poliklinik Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetler	156
Tablo 71: Örnek 2 Yatan Hasta Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetler	157
Tablo 72: Örnek 2 Acil Servis Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetler	158

ŞEKİLLER

Şekil 1: Şikâyet Yönetim Süreci.....	17
Şekil 2: Sağlık Hizmetlerindeki Şikâyet Yönetim Süreci	21
Şekil 3: Şikâyet Başvurusu Kanal Seçimi	29
Şekil 4: Hasta Şikâyet Başvurusu Kanal Seçimi	30
Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Kaydedilmesi	34
Şekil 6: Stres ve Başa Çıkma Süreci Modeli.....	66
Şekil 7: Araştırmanın Modeli	82
Şekil 8: Araştırmanın Hipotezlerinin Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile Test Edilmesi.....	134
Şekil 9: Sağlık Hizmetlerindeki Şikâyetleri İşleme Akış Diyagramı Önerisi.	145

ÖZET

Yılmaz, E. (2024). *Hasta şikâyet sürecinde algılanan adalet ile sonuçları arasındaki ilişki ve bir taksonomi çalışması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarını detaylı bir şekilde inceleyerek, resmi olarak şikâyetle bulunan bireylerin şikâyet sürecine ilişkin bir değerlendirme yapılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda araştırmanın iki alt amacı bulunmaktadır. Birincisi, sağlık hizmetleri sunumundaki hizmet hataları ile karşılaşan hastaların veya hasta yakınlarının ilettiği şikâyet başvurularının değerlendirilmesi ve telafilerin sunulması sürecindeki algılanan adaletin, başvuru sahiplerinde oluşturduğu duygular ve telafiden doğan memnuniyet aracılığıyla kuruma karşı oluşan hasta sadakati, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemektir. İkinci alt amacı ise hastaların deneyimlerini, ihtiyaçlarını, beklentilerini ve şikâyet türlerini belirleyerek, bu bilgileri sağlık yöneticilerine Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun bir şekilde aktarabilen ve aynı zamanda şikâyetle bulunan hasta profillerini tanımlayabilen, hastanelerdeki şikâyet yönetim sistemi için bir kodlama taksonomisi geliştirmektir.

Araştırma, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından tasarlanan şikâyet yönetimi uygulamaları kapsamında kurgulanmıştır. Değerlendirmelerin süreç ve içerik açısından gösterdiği farklılıklar sebebiyle tıbbi malpraktis konusundaki şikâyetler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırmanın çalışma evreni bir eğitim ve araştırma hastanesidir. Araştırmanın birinci alt amacı doğrultusunda örneklemin evreni temsil kabiliyeti için bu hastanedeki hasta hakları birimlerine yüz yüze görüşme kanalı ile gelen son bir yıla ait şikâyetlerin raporları incelenmiştir. Örneklem için son bir yıla ait toplam başvuru sayısı ile örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılmıştır. Katılımcılar, araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanedeki hizmetlerden faydalanmak için gelen kişilerden amaçlı örnekleme yöntemi çerçevesinde seçilmiştir. Öncelikle son bir yıl içerisinde yaşadığı şikâyet deneyimi olup olmadığı sorulmuş ve sonra yüz yüze anket yoluyla veriler toplanmıştır. Katılımcılara, olasıya dayalı olmayan kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak, yukarıda belirtilen özellikler çerçevesinde ulaşılmıştır. Toplam 588 anket analizlere dâhil edilmiştir. Hasta şikâyetlerinin kodlaması için ikinci alt hedef olan taksonomi oluşturulması amacıyla, hastanedeki şikâyet birimi çalışanlarıyla (n=14) yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Literatürdeki önerilere dayanan yarı yapılandırılmış görüşmeler sürecinde nitel araştırma yöntemlerinden olan durum çalışması deseninden faydalanılmıştır.

Araştırma sonuçları algılanan adaletin alt boyutları, prosedürel ve etkileşimsel adaletin doğrudan hasta sadakati üzerinde pozitif, olumsuz ağızdan ağıza iletişim üzerinde ise doğrudan negatif etkileri olduğunu göstermektedir. Adalet algısının doğrudan hasta memnuniyeti üzerinde belirgin bir etkisi gözlemlenmemiştir. Olumsuz duyguların, algılanan adaletin tüm alt boyutları ile hasta memnuniyeti ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, olumsuz duyguların, prosedürel ve dağıtımsal adalet ile hasta sadakati arasındaki ilişkide aracı etkiye sahip olduğu ortaya konulmuştur. Olumlu duyguların, prosedürel ve dağıtımsal adalet ile hasta sadakati arasındaki ilişkide aracılık rolü olduğu bulunmaktadır. Prosedürel adalet, olumlu duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilemektedir. Hizmet telafisi memnuniyetinin, algılanan adaletin tüm alt boyutları ile hasta memnuniyeti ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık rolü vardır. Ayrıca etkileşimsel adalet, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta sadakatini ve hasta memnuniyetini etkilemektedir. Son olarak, araştırma bağlamında altı ana tema (Tıbbi Malpraktis, Destek ve Kalite Hizmetleri, İdari ve Mali İşler, Teknik İşler, İletişim Sorunları, Sistemsel Sorunlar) içeren bir hasta şikâyetleri taksonomisi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Şikâyetleri, Kodlama Taksonomisi, Hasta Sadakati, Duygular, Hizmet Telafisi Memnuniyeti

ABSTRACT

Yılmaz, E. (2024). *The relationship between perceived justice and its outcomes in the patient complaint process and a taxonomy study* (Unpublished doctoral thesis). Sakarya University.

This research aims to assess the complaint process of individuals who have formally lodged complaints, by conducting a thorough examination of the complaint management practices in health services. In this regard, the study has two main objectives. The first is to assess the complaints submitted by patients or their relatives who have experienced errors in healthcare services, examining how perceived justice in the recovery process, as influenced by the emotions and satisfaction levels of complaints with the recovery, impacts patient loyalty, negative word-of-mouth communication, and patient satisfaction with the institution. The second objective is to identify patients' experiences, needs, expectations, and types of complaints, in order to develop a coding taxonomy for an effective complaint management system in hospitals, which will inform healthcare managers in Turkey in accordance with the Regulation on Patient Rights and categorize the profiles of complaining patients.

The research is structured around the complaint management practices prescribed by the Ministry of Health in Turkey. Excluded from this study are complaints related to medical malpractice, due to their distinct process and content evaluations. The setting of the study is a teaching and research hospital. For the first objective, a sample that derived from reports of face-to-face complaints submitted to the hospital's patient rights units over the past year was analyzed, ensuring the representativeness of the overall setting. A formula for calculating sample size was used to determine the sample size, based on the total number of applications in the last year. Participants, selected within the framework of purposive sampling method from individuals who used the hospital services during the research period, were first asked if they had submitted a complaint in the last year and data was then collected via face-to-face surveys. The participants were selected using a non-probability convenience sampling method, based on the characteristics described above. A total of 588 surveys were included in the analysis. For coding patient complaints, semi-structured interviews with the hospital's complaint unit staff (n=14) were conducted for the second objective of creating a taxonomy. With respect to the recommendations by relevant literature, the case study design, a qualitative research method, was utilized during the semi-structured interviews.

The results of the research indicate that the subcomponents of perceived justice, procedural and interactional justice positively affect patient loyalty, whereas negative word-of-mouth communication has a direct negative effect. No significant effect of justice perception on patient satisfaction was observed. Negative emotions play a mediating role in the relationship between all subcomponents of perceived justice and both patient satisfaction and negative word-of-mouth communication. Additionally, negative emotions were found to have a mediating effect in the relationship between procedural and distributive justice and patient loyalty. Positive emotions also have a mediating role in the relationship between procedural and distributive justice and patient loyalty. Procedural justice affects negative word-of-mouth communication through positive emotions. Service recovery satisfaction plays a mediating role in the relationship between all subcomponents of perceived justice and patient satisfaction and negative word-of-mouth communication. Furthermore, interactional justice affects patient loyalty and patient satisfaction through service recovery satisfaction. Lastly, the research proposes a patient complaint taxonomy comprising six main themes (Medical Malpractice, Support and Quality Services, Administrative and Financial Affairs, Technical Affairs, Communication Problems, Systemic Issues).

Keywords: Patient Complaints, Coding Taxonomy, Patient Loyalty, Emotions, Service Recovery Satisfaction

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin hayatlarını doğrudan etkileyen önemli bir alan olması nedeniyle, sadece tedavi sunumuyla değil, aynı zamanda hasta memnuniyeti ve hasta haklarına verilen önemle de değerlendirilmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin kalitesi, hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisi olarak kabul edilmekle birlikte hastaların memnuniyet düzeyini etkileyen diğer önemli faktörler, hastane veya sağlık organizasyonunun genel performansı ile ilişkilendirilmektedir (Safran vd., 2001; Prakash, 2010). Bu performansa ilişkin süreçler, bir dizi değişkenin etkileşimiyle gerçekleşmektedir. Bu durum ise müşteri memnuniyetini sağlamak için gösterilmesi gereken çabaları daha da zor hale getirmektedir (Johnson vd., 2002). Bu noktada, sağlık hizmetleri sunucularının gerçekçi olmayan bir "sıfır hata" beklentisi yerine, daha pragmatik bir yaklaşım benimsemeleri önerilmektedir. Bu yaklaşım, müşteri ilişkilerini yönetme ve olumsuz durumlarla başa çıkma konusunda "sıfır müşteri kaybı" hedefi olarak ifade edilmektedir (Hoffman vd., 2016).

Müşteri beklentisi ile gerçek deneyim arasındaki fark, olumsuz ise memnuniyetsizlik ve potansiyel şikâyetlerle sonuçlanmaktadır (Ngai vd.,2007, aktaran Kumar ve Kaur,2020). Müşteri şikâyetleri, işletmeler için hem uyarı hem de telafi sürecinin başlangıcı olarak değerlendirilmektedir (Odabaşı, 2015). Bu bağlamda şikâyet terimi, tüketicilerin memnuniyetsizliklerini doğrudan şirketlere iletmelerini ifade etmektedir. Ancak, müşteri şikâyet davranışlarını anlamak amacıyla Hirschman (1970), Day ve Landon (1977) ile Singh (1988) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar, şikâyet davranışlarının geniş bir yelpazede ifade edilebileceğini göstermektedir. Bu araştırmalara göre şikâyet davranışlarının en yaygın biçimleri arasında hiçbir eylemde bulunmama, satın almayı durdurma ve işletme hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişimde bulunma gibi pasif davranışlar bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yapılan araştırmalar, özellikle düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip bireyler, yabancı etnik ve kültürel kimliğe sahip kişiler ile bazı durumlarda ileri yaşta olan bireylerin yeterince temsil edilmediğini ifade etmektedir (Bismark vd., 2006; Wong ve Goh, 2007; Friele vd., 2015). Bu durum, belirli sosyo-ekonomik ve demografik gruplara ait şikâyetlerin araştırmalarda yeterince temsil edilmediğini göstermektedir. Bu konuda, birçok hasta ve hasta yakınının, şikâyet prosedürleri ve

hasta hakları konusundaki bilgi eksikliği nedeniyle şikâyetlerini iletemedikleri ifade edilmektedir (Wessel vd., 2012; Skar ve Söderberg, 2018; Martin vd., 2021). Dolayısıyla, memnuniyetsizliklerin bildirilmesini motive etmek amacıyla başvuru süreçleri ve prosedürlerin kolaylaştırılması, hasta ve hasta yakınlarının hakları konusunda bilgilendirilerek şikâyetler için cesaretlendirilmesi vurgulanmaktadır (van Dael vd., 2020).

Sağlık hizmetleri alanında yapılan şikâyet yönetimi araştırmalarına göre şikâyet yönetiminin iki temel amacı bulunmaktadır. Birincisi, hasta odaklı bir yaklaşımla şikâyetle belirtilen soruna çözüm üretilmesidir. İkincisi ise benzer hataların tekrarlanmasını önlemek için sistem genelinde iyileştirmeler yapılmasını sağlamaktır (Doig 2004; van Dael vd., 2020). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminden beklenen şunlardır:

- **Hasta Odaklı Yanıt Verilmesi:** Şikâyeti ileten kişilere yönelik, detaylı ve hasta odaklı yanıt verilmesi ve geri bildirimlerde bulunulmasını kapsamaktadır. Bu süreç şikâyetlerin alınması ve sorunlarına duyarlılıkla çözüm üretilmesini yani hizmet telafisi sürecini ifade etmektedir.
- **Yöneticilere Geri Bildirim Sağlamak:** Sağlık hizmeti sunucularına, şikâyetlerle ilgili geri bildirimlerde bulunmayı ifade etmektedir. Hasta deneyimleri temel alınarak sağlık hizmeti sunucularının genel performansını değerlendirmek ve iyileştirmeler yapmak amaçlanmaktadır.
- **Kalite İzleme ve İyileştirme İçin Raporlama:** Şikâyet yönetiminin, sağlık hizmetlerinin kalitesini izleme ve iyileştirmeler yapma sürecinde etkili bir araç olarak kullanılmasını ifade etmektedir. Bireylerin şikâyetleri üzerinden sistematik bir şekilde geri bildirim alınarak, düzenleyici faaliyetlerle hizmetlerin kalitesini iyileştirmek için kullanılmasını ifade etmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen hasta hakları uygulamaları ile sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda hasta hakları ihlallerini önlemek, uygulamaları izlemek, geliştirmek ve ülke genelinde koordine etmek amacıyla çeşitli başvuru kanalları aracılığıyla hasta şikâyetleri alınmaktadır.

Başvuruların ilk aşamasında, hasta haklarına uygun koşullarda yüz yüze görüşme yapılarak şikâyetlerin yerinde çözüme kavuşturulması hedeflenmektedir. Bu görüşmeler

şikâyetin doğrudan paylaşılması ve anında etkileşim sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Şikâyetin doğrudan ortaya çıkan sorunlarla ilişkilendirilmesi ve mümkünse zaman kaybı yaşanmadan çözüme kavuşturulması, hasta hakları ihlalinin önlenmesi ve hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik çabaları içermektedir. Yine şikâyet yönetiminin bir parçası olan yerinde değerlendirme ekibi, potansiyel sorunların önceden tespit edilmesini sağlayarak proaktif yaklaşımlarla sistemin desteklenmesini sağlamaktadır. Tüm işlemler, kalite izleme ve iyileştirme faaliyetleri kapsamında belirlenen tarihlerde frekans analizi ile raporlanarak yöneticilere sunulmaktadır.

Literatürde hasta şikâyetlerinin raporlanması konusunda önerilen taksonomiler mevcuttur. Hickson ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada, hasta şikâyet verileri ile tıbbi hata riski arasındaki ilişkiler incelemiştir. Genel olarak, malpraktis riskinin uzmanlık alanı gibi faktörlere bağlı olarak değiştiği bilinmektedir. Ancak bu çalışmada, malpraktis riskinin hekim hakkındaki kişilerarası davranışlar, bakım ve tedaviyi yönetme becerileri ve tedaviye erişim konusundaki memnuniyetsizliklerle daha tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sebeple hasta şikâyetleri kodlamasında şikâyete konu olan hekimin de kodlamaya dahil edilmesi önerilmektedir

Montini ve diğerleri (2008) hastanelerde uygulanabilecek bir yatan hasta şikâyet taksonomisi geliştirmeyi amaçlamıştır. Bu şekilde, ortak bir kodlama ile birimler ve hastaneler arasında karşılaştırmalar yapma imkânı olacağı belirtilmektedir. Bu çalışmada hasta şikâyetlerinin yüzde 78'inin hekimlerle ilgili olmadığı tespit edilmiştir. Bu sebeple şikâyet verilerinin kodlamasında sadece hekimlerin değil, idari ve destek personeli dahil olmak üzere şikâyete konu olan tüm personelin kodlamaya dahil edilmesi önerilmektedir. Ayrıca düzeltici faaliyetler için Joint Commission International'ın beklenmeyen olay bildirimindeki gibi şikâyetlerin kodlanmasında olayın yaşandığı hizmet biriminin de kodlanması gerektiğini vurgulanmıştır.

En bilinen hasta şikâyet taksonomisi Reader ve diğerleri (2014) tarafından hasta şikâyetlerinin sistematik incelemesi ile geliştirilmiş, hasta şikâyetlerinin analizi için farklı bir kodlama önerilmiştir. Şikâyet konularını klinik, yönetim ve sağlık personeli-hasta ilişkileri olmak üzere üç ana alanda kategorize etmektedir. Harrison ve diğerleri (2016) çalışmasında, Reader'ın taksonomisinin özellikle klinik tedaviler boyutunda ölçüm geçerliği ile ilgili önemli eksikliklere dikkat çekmiştir. Araştırmada, hasta şikâyetlerinin klinik tedavilerle yeterince ve kapsamlı bir şekilde ele alınmadığı,

kavramların nasıl ilişkilendirildiği ve farklılaştığının tam olarak belirtilmediği vurgulanmaktadır.

Giardina ve diğerleri (2021) hasta şikâyetlerini analiz ederek teşhis sürecindeki olası hataları ve iyileştirme fırsatlarını tanımlamayı amaçlamaktadır. Çalışma hasta şikâyet taksonomisi gibi mevcut çalışmaların hasta güvenliği sorunlarını tanımlamak için kullanılabileceğini ifade etmektedir. Tanılara ilişkin kodların altında, hasta ve yakınları tarafından iletilen, algılanan düşme/yaralanma riski, klinik bakım sorunları, bakımda gecikme, test ve tetkik sonuçlarında gecikme, hasta aciliyeti veya tedavideki algılanan gecikme ve klinisyen/personel tutumu/davranışlarının birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Genel anlamda, sağlık hizmetlerinde etkili bir şikâyet yönetim sistemi için raporlamalarda taksonomi kullanılması önerilmektedir. Ancak, dünya genelinde ülkeler arasındaki hukuk sistemleri farklılığı, kültürel farklılıklar ve sağlık sistemlerindeki yapısal çeşitlilik gibi unsurlar göz önüne alındığında (Healy ve Walton, 2016), uluslararası uyumlu geniş bir şikâyet taksonomisinin henüz mümkün olmadığı belirtilmektedir. Bu durum, şikâyet verilerini kullanarak ulusal düzeyde hastaneler arası karşılaştırma yapmaya odaklanan çabaların, hizmet kalitesini artırmayı ve genel hasta memnuniyetini iyileştirmeyi amaçlayan raporlamalarda daha etkili olabileceğini göstermektedir.

Hastaların şikâyet deneyimlerini, şikâyete konu olan kişileri ve şikâyet türlerini belirleyerek bu önemli bilgileri hasta hakları çerçevesinde yapılandırılmış bir taksonomi ile sağlık yöneticilerine sunmak, şikâyetlerin değerlendirilmesi için yol gösterici bir raporlama sağlayacaktır. Bu yapılandırılmış taksonomi, sağlık hizmeti sunucularına, şikâyetlerin analizinde daha sistematik ve bütünsel bir yaklaşım benimsemelerine olanak tanıyacaktır. Aynı zamanda elde edilen sonuçlar geçerlik ve güvenilirlik ölçütlerini karşılayacaktır.

Bu noktada, mevcut taksonomiler ve raporlama sürecinden farklı olarak hasta hakları çerçevesinde yapılandırılmış, şikâyette bulunan hasta profili ve tercih ettikleri şikâyet kanallarını içeren, başvuruya konu olan personeli ve bağlı olduğu yöneticiyi tanımlayan bir taksonomi önerilmektedir. Diğer yandan, şikâyet yönetiminden memnuniyet konseptini anlamak için literatürde işletmelerin hizmet telafisi sürecinde uyguladığı çeşitli stratejilere yani öncül faktörlere odaklanılmıştır. Bu öncül faktörler, çoğunlukla

algılanan adaletin üç alt boyutuyla ilişkilendirilmektedir (Orsingher vd., 2009). Prosedürel adalet, şikâyet yönetimi bağlamında, bir uyuşmazlığın çözümüne varmak için kullanılan araçlar, politikalar, prosedürler ve kriterleri kapsamaktadır. Etkileşimsel adalet, en kısa tanımıyla prosedürlerin uygulandığı süreçte insanların gördüğü kişilerarası muamelenin kalitesine dair algıları ifade etmektedir. Dağıtımsal adalet ise her müşterinin şikâyet girişiminden belirli bir çıktı veya sonuç beklemesini ifade etmektedir (Estelami, 2000).

Adalet teorisi, hizmet telafisi çabalarının müşterilerin gözünde adil olup olmadığına dair oluşan algıların, müşteri memnuniyeti ve gelecekteki davranışsal niyetleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir. Hizmet telafisi hem duygusal hem de somut çaba boyutlarını içermektedir. Duygusal çabalar, müşteri ile empati kurma, anlayış gösterme ve gerekirse özür dileme gibi stratejilerden oluşmaktadır (Zemke, 1994). Somut telafi çabaları ise hizmet hatası veya aksaklık sonrasında müşteriye sağlanan maddi tazminat veya avantajları ifade etmektedir. Bu süreçlerin temel hedefi, müşterinin olumsuz deneyimini olumlu bir deneyime dönüştürmektir (Hoffman, 1995; Davidow, 2000).

Bu noktada, Oliver (1997), müşteri memnuniyetini değerlendirmede sadece bilişsel boyutun yeterli olmadığını, aynı zamanda duygusal öncüllerin de göz önüne alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda, hizmet telafisinin temel bir çıktısı olan müşteri memnuniyeti için sadece somut performans kriterlerine odaklanmanın eksik olduğu ve duygusal deneyimlerin de değerlendirmeye dahil edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Smith ve Bolton, 2002). Bilişsel değerlendirme teorisine göre, müşterinin yaşadığı hizmet hatası veya telafisi durumunu nasıl değerlendirdiği, yani bu deneyimi zihinsel olarak nasıl işlediği, müşterinin gelecekteki tutum ve davranışlarını belirlemektedir. Müşteri memnuniyetinin, bilişsel ve duygusal unsurların birleşiminden kaynaklandığı anlayışı, müşterinin hizmet iyileştirmelerine karşı gösterdiği yoğun duygusal tepkilerin, müşteri-işletme ilişkisinde belirleyici bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Schoefer ve Diamantopoulos, 2008).

Bu konuda, Tax ve diğerleri (1998) ve Gheorghe ve Liao (2012) tarafından sağlık sektörü özelinde yapılmış çalışmalarda, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ile kızgınlık ve öfke gibi olumsuz duyguların aralarında pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir. Badawi (2012) ise olumsuz duygular ile memnuniyet arasında negatif ilişki olduğunu

belirtmektedir. Alan yazına göre hizmet telafisi bağlamında olumlu duyguların, hasta sadakatini artırabileceği, olumsuz ağızdan ağıza iletişimi azaltabileceği ve genel memnuniyeti etkileyebileceği ifade edilmektedir. Özellikle olumlu duyguların, müşteri memnuniyetini ve sadakatini olumlu yönde etkilediği ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim eğilimlerini azalttığı üzerinde durulmuştur (Schoefer ve Diamantopoulos, 2008).

Sağlık hizmetleri özelinde sadakat, hastanın tedaviye aktif katılımı, tedavide süreklilik sağlaması ve tıbbi tavsiyelere uyum göstermesi gibi faktörlere dayanmaktadır. Sadık hastalar hem kendi genel sağlık sonuçlarını hem de sağlık hizmeti çıktılarını olumlu yönde etkilemektedir (Zhou, 2017). Hasta memnuniyeti düzeyleriyle ilişkilendirilen hastane performanslarında genellikle daha düşük mortalite oranları ve daha yüksek süreç kalitesi gözlemlenmektedir. Bu durum, hasta memnuniyetinin sadece duygusal sonuçlarla değil, aynı zamanda klinik ve operasyonel sonuçlarla da bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, daha yüksek hasta memnuniyeti düzeyleri, hasta sadakatini arttırarak hastaların, hastanedeki hizmet alımının sona erdiği aşamadan daha geniş bir zaman dilimindeki önerilere ve uzun vadeli tedavi planlarına tam uyum sağlamasını motive edebilmektedir (Naidu, 2009).

Olumsuz ağızdan ağıza iletişim ise genellikle kötü geçen bir hizmet deneyimi veya hayal kırıklığı gibi olumsuz deneyimlere karşı bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Mevcut durumu değiştirmek yerine duygusal rahatsızlığı azaltmayı amaçlayan bir davranış olarak görülmektedir (Alicke vd.,1992; Nyer 2000). Sağlık hizmetleri özelinde olumsuz bir deneyim yaşandığında, bu deneyimi paylaşmak, hem içsel çatışmanın azaltılmasına katkı sağlayacak hem de diğerlerinin benzer riskleri fark etmelerine ve önlemler almalarına yardımcı olacaktır. Özellikle yeni bir sağlık profesyoneli seçimi sırasında, bireyler genellikle aile üyeleri, arkadaşlar, akrabalar, komşular ve iş arkadaşları gibi kişisel ilişkilere dayalı bilgilere güven duymaktadırlar (Argan, 2016). Yapılan çalışmalar, ağızdan ağıza iletişimin hastaların tutumları ve davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu şekilde, hastane seçimi, doktor tercihi ve tedavi seçimi gibi çeşitli faktörler üzerinde güçlü bir etkisi olduğu konusunda literatürde genel bir fikir birliği bulunmaktadır (Sloane vd., 1999, aktaran Otani vd., 2009)

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarını detaylı bir şekilde inceleyerek resmi olarak şikâyetini iletmış olan bireylerin şikâyet yönetim sürecine ilişkin bir değerlendirme yapmaktır. Öncelikle sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde hizmet telafilerinin, bilişsel süreçleri ve bu süreçler sırasında hissedilen duyguların şekillendirdiği tutum ve davranışları anlamak üzerine odaklanılmaktadır. Araştırmanın ***birinci alt amacı***, *sağlık hizmetleri sunumundaki hizmet hataları ile karşılaşan hastaların veya hasta yakınlarının ilettiği şikâyet başvurularının değerlendirilmesi ve telafilerin sunulması sürecindeki algılanan adaletin, başvuru sahiplerinde oluşturduğu duygular ve telafiden doğan memnuniyet aracılığıyla kuruma karşı oluşan hasta sadakati, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemektir*. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan hataların ardından uygulanan şikâyet yönetimi ve telafi süreçlerinin, hasta deneyimini nasıl etkilediğini ve kurum ile hasta arasındaki ilişkiyi nasıl şekillendirdiğini anlamak amaçlanmaktadır. Çalışmanın ***ikinci alt amacı*** ise *hastaların deneyimlerini, ihtiyaçlarını, beklentilerini ve şikâyet türlerini belirleyerek, bu bilgileri sağlık yöneticilerine Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun bir şekilde aktaran ve aynı zamanda şikâyetinde bulunan hasta profillerini tanımlayan bir hasta şikâyet taksonomisi geliştirmektir*.

Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim sürecinin arka planına geçerek hastaların süreç boyunca yaşadığı bilişsel ve duygusal deneyimleri incelemek, sağlık hizmeti sunucularına önemli bir perspektif sunmaktadır. Bu araştırma, özellikle telafi sürecinde kuruma karşı oluşan hasta sadakati, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri derinlemesine anlamak açısından önemlidir. Telafi sürecinin nasıl şekillendiği, hastaların bu süreçte hissettikleri duyguların ve yaşadıkları bilişsel süreçlerin, kuruma olan tutumlarına yönelik etkilerinin ortaya konulması açısından önemlidir.

Sağlık hizmetlerindeki şikâyetler, hastaların yaşadıkları olumsuz deneyimleri, hizmet hatalarını ve eksiklikleri yansıtarak iyileştirme alanlarını açığa çıkarabilmektedir. Şikâyetler, potansiyel sorunların belirlenmesi ve düzeltilmesine imkân tanıdığı için önemli bir geri bildirim kaynağıdır. Bu noktada bir taksonomi geliştirilmesi bu süreçte

önemli bir adımdır. Şikâyetleri belirli kategorilere ayırmak, şikâyetlerin niteliği ve niceliği hakkında veri sunmak sağlık hizmeti sunucularına yarı yapılandırılmış bir karar ve geniş bakış açısı sağlamaktadır. Bu şekilde personel eğitim programlarını geliştirmeleri için bir rehber oluşturulmasına katkı sunabilmesi de önemlidir.

Akademik çalışmalarda sadece literatüre yapılan katkılar değil, aynı zamanda uygulayıcılara yapılan katkılar da önemlidir. Araştırma bulgularıyla elde edilen sonuçlar, hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi için bir taksonomi geliştirmesi ile sağlık hizmeti sunucularına sürekli iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirmekte etkili bir araç sunmaktadır. Ayrıca uygulamadaki pratikler çerçevesinde tasarlanmış bir çalışma olduğu için hasta perspektifinden şikâyet yönetim sürecindeki uygulamalara dair bir değerlendirme olması sebebiyle çıktılarının sağlık hizmetleri yöneticilerine, politika yapıcılara, literatüre ve yeni araştırmacılara katkı sağlanması sağlanmas beklenmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma ve haklarından yararlanma konusundaki tutum ve davranışlarını incelemeye yönelik bir çalışma olduğu için tanımlayıcı araştırma özelliklerini taşımaktadır. Ayrıca, pozitivist bakış açısıyla sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde neden-sonuç ilişkilerini derinlemesine incelediği için açıklayıcı araştırma özelliklerini de taşımaktadır. İki farklı araştırma yaklaşımının avantajlarını birleştirerek daha kapsamlı ve derinlemesine bir anlayış elde etmeyi amaçlayan karma yöntem bir araştırmadır.

Altunışık ve diğerleri (2022)'ne göre örnekleme, araştırma için seçilen evreni temsil kabiliyeti olabilecek daha küçük bir grubu oluşturma sürecidir. Burada amaç, evren hakkında genelleme yapılmasına imkân tanıyacak veriyi toplamaktır. Bu sebeple araştırmanın çalışma evreni olan hastanedeki hasta hakları birimlerine son bir yıl içerisinde yüz yüze görüşme kanalı ile gelen şikâyetlerin frekans dağılımları incelenmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi için oluşturulacak veri seti için toplam başvuru sayısı üzerinden örneklem büyüklüğü hesaplama yoluna gidilmiştir. Örneklem hacmi belirlemede hata toleransı ve güven düzeyi ile örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıbbi malpraktis kapsamı dışında kalan, hizmet başarısızlığı sayılabilecek bir konuda hastane yetkililerine şikâyet başvurusunda bulunan kişilerle yüz yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcılara, araştırmanın yapıldığı hastanedeki acil servis, yatan hasta servisleri, poliklinikler, radyoloji veya patoloji hizmetlerinden faydalanmak için hastanede bulunan, bekleme alanlarından ulaşılmıştır. Öncelikle bu kişilerden, araştırmanın yapıldığı hastanede, son bir yıl içerisinde yaşadığı şikâyet deneyimi olup olmadığı sorgulanmıştır. Şikâyet deneyimi olan kişilerden, çalışmaya katılmayı kabul edenlere bu hastanedeki şikâyet deneyimini anımsamaları ve ankette yer alan soru ve ifadeleri cevaplamaları istenmiştir. Bu katılımcılara olasılığa dayalı olmayan kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak, yukarıda belirtilen özellikler çerçevesinde ulaşılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada örneklemin oluşturulmasında bir tür amaçlı örnekleme uygulaması yapıldığını söylemek de mümkündür.

Anketlerden elde edilen verilerle öncelikle araştırma örneklemini tanımlayıcı istatistikler sunularak temel veri setinin özellikleri ve dağılımı hakkında kapsamlı bir çerçeve sunulmuştur. Araştırmanın teorik çerçevesine uygun olarak kullanılan ölçüm araçlarının sağlık hizmetleri bağlamında güvenilirlik ve geçerliliği, her bir değişken için yapılan Keşfedici Faktör Analizi (KFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçlarıyla değerlendirilmiştir. Araştırma modelinde bulunan değişkenler arasındaki ilişkiler, Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) aracılığıyla incelenmiş ve araştırmanın öne sürdüğü hipotezler test edilmiştir. Veri analizi sürecinde, SPSS 24 ve SmartPLS 3.2.8 programları kullanılmıştır.

Şikâyetlerin raporlanması amacına yönelik, şikâyet taksonomisi oluşturulması amacıyla, yarı yapılandırılmış görüşmelerde durum çalışması deseninden faydalanılmıştır. Bu kapsamda, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi ile hastanedeki hasta hakları birimi çalışanlarıyla odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmelerde, literatürdeki şikâyetlerden öğrenme önerilerine dayanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu görüşmeler neticesinde, altı ana tema (tıbbi malpraktis, destek ve kalite hizmetleri, idari ve mali işler, teknik işler, iletişim sorunları, sistemsel sorunlar) içeren bir hasta şikâyetleri taksonomisi geliştirilmiştir. Ankette yer alan açık uçlu soru kısmındaki, şikâyet verisi hasta şikâyet ekibiyle değerlendirilmiştir. Verilerin

analizinde içerik analizinden faydalanılmıştır. Excel’de oluşturulan tablolar yardımıyla betimleyici analizler ve frekans dağılımlarına göre şikâyet taksonomisi ve raporları oluşturulmuştur.

Araştırmanın Kapsamı

Bu araştırma dört bölümden oluşturmaktadır. İlk bölüm sağlık hizmetleri ve hasta hakları uygulamaları, ikinci bölüm araştırmanın kavramsal çerçevesi ve teorik alt yapısı, üçüncü bölüm araştırmanın yöntemi, dördüncü bölüm ise araştırma bulgularından oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde, ilk olarak şikâyet yönetimi açıklanmıştır. İkinci olarak, Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulamaları ile Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti verilen tüm kurum ve kuruluşlardaki hasta ve hasta yakınları için tasarlanan hasta şikâyet yönetim süreci açıklanmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde araştırmanın kavramsal ve teorik çerçevesi öncelikle pazarlama literatürü temel alınarak incelenmiştir. Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim süreci bağlamında oluşturulan araştırma modelinde yer alan kavramlar sırasıyla hizmet telafilerinin hastalarda oluşturduğu adalet algısı, bu algının tetiklediği duygular ile telafiden duyulan memnuniyet, işletmeler tarafından hedeflenen hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim kavramları açıklanmıştır. Bu bölümde, hizmet telafisi sürecini sistemli bir biçimde kavrayabilmek ve bu sürecin arka planını anlayabilmek amacıyla atıf teorisi, adalet teorisi ve duygu teorilerine odaklanılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümü araştırmanın yöntemini oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı, araştırma soruları, araştırma modeli ve hipotezlerin teorik altyapısı, ölçüm araçları, veri toplama süreçleri ve kullanılan yöntemlere yer verilmiştir. Araştırmanın dördüncü bölümünde ise tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Keşfedici Faktör Analizi (KFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ve Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) kullanılarak gerçekleştirilen veri analizlerine dair elde edilen bulgular detaylı bir şekilde paylaşılmıştır. Daha sonrasında Türkiye'deki sağlık tesisleri için bir hasta şikâyet taksonomisi önerisi sunulmuştur.

BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİKÂyet YÖNETİMİ VE HASTA HAKLARI UYGULAMALARI

Bu bölümde, Türkiye’deki Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulamaları ile Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmeti verilen tüm kurum ve kuruluşlardaki hasta ve hasta yakınları için tasarlanan, hasta şikâyet yönetim süreci açıklanmaktadır. Bu amaçla hizmet hatası ile karşılaşan müşterilerin şikâyet yönetim sürecindeki eylemleri, sağlık hizmetleri bağlamında ele alınmaktadır. Araştırma kapsamında, sağlık hizmetlerinde şikâyetlerin işlenmesinde kullanılmak üzere bir veritabanı ve bir şikâyet yönetimi taksonomisi önerisi sunulmaktadır.

1.1. Şikâyet Yönetimi

Geleneksel şikâyet yönetimi anlayışı, müşteri memnuniyetsizliği durumunda basit bir özür veya telafiyle sınırlı bir faaliyet olarak ifade edilirken, günümüzde müşteri şikâyetlerinin kaydedilmesi, analiz edilmesi, uygulama ve denetim faaliyetlerini de içeren bir planlama süreci olarak değerlendirilmektedir (Hansen vd.,2010; Vos ve Huitema, 2008). Yapılan çalışmalar şikâyet yönetim sürecinin, müşteri memnuniyetsizliğini anlamak ve hatalara ilişkin kök nedenleri tespit etmek için stratejik bir araç olduğunu göstermektedir (Fornell ve Wernerfelt 1987, aktaran McCollough ve Bharad- waj 1992; Reichheld 1993, aktaran Allen vd. 2000; Mattarozzi vd.,2017 Stauss ve Seidel, 2019 aktaran Kumar ve Kaur,2020). Şikâyet yönetimi, müşteri ilişkileri yönetiminin bir uzantısı olarak müşteri şikâyetleriyle ilgili stratejik planlama, uygulama ve denetim faaliyetlerine odaklanırken aynı zamanda hizmet telafilerinin etkili bir şekilde nasıl yönetilebileceğini incelemektedir. Hizmet hatalarından kaynaklanan şikâyetlerin etkin bir şekilde ele alınması, firmaların müşteriler tarafından nasıl algılandığına olumlu katkılar sağlamaktadır. Odabaşı (2015)’nın ifadesiyle, müşteri sorunlarının kaydedilmesi, süreç iyileştirmeleri yapmak çözülmesi ise müşteri memnuniyetini, müşteri sadakatini ve kurum karını arttırabilmektedir. Ayrıca, Ekiz (2009) ve Kim ve diğerleri (2014) tarafından belirtildiği üzere, etkin hizmet telafileri, mevcut müşterilerin elde tutulmasında ve olumsuz ağızdan ağıza iletişimin en aza indirilmesinde önemli faktörlerdendir.

Karşılaştırmalı olarak bakıldığında, hizmet sektöründeki işletmeler üretim sektörüne kıyasla, müşteri ilişkileri yönetimi için şikâyet yönetimi stratejilerine daha fazla önem vermektedir. Bu durum, Tax ve diğerleri (1998)'e göre hizmet kalitesinin yönetilmesiyle ilgili zorluklar, müşterilerin hizmet üretim sürecindeki aktif rolü ve müşteri sadakatının karlılık üzerindeki pozitif etkisinden kaynaklanmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde, duygusal yüksekliğin getirdiği stres, beklentiler ile gerçek sonuçlar arasındaki farklılık, iletişimdeki zorluklar, hukuki ve etik konulardaki hassasiyet, sınırlı kaynaklar ve çoklu paydaşların etkileşimi gibi bir dizi karmaşık faktör, hasta şikâyet yönetimini daha da zorlaştırmaktadır (Harrison vd.,2016; Salazar vd.,2017).

Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının deneyimlerini merkeze alan şikâyet yönetim süreçleri, bu araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Çalışma, Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetleri sunan tüm kurum ve kuruluşlarda hasta ve hasta yakınları için geliştirilen hasta şikâyetleri yönetim süreçleri üzerinden kurgulanmıştır. İlerleyen kısımlarda, sağlık hizmetleri çerçevesinde şikâyet yönetimi ve hizmet telafisi kavramları detaylı bir şekilde ele alınacaktır. Ancak, incelenen literatürde, şikâyet yönetimi ve hizmet telafisi kavramları arasındaki benzerlikler ve farklılıklar dikkat çekmektedir. Her ikisi de müşteri deneyiminin olumsuz yönleriyle ilgilenirken, problem çözme yaklaşımları ve uygulanan süreçler bakımından farklar bulunmaktadır. Miller ve diğerleri (2000)'e göre şikâyet yönetimi, sadece müşteri şikâyetine verilen tepkiye odaklanmakla kalmayıp aynı zamanda işletmelerin hizmetteki aksaklıklara hızlı telafi sunumu ile hemen müdahale edebilmesi ve müşteriye memnun etme becerisini de içermektedir. Bu sayede işletmeler, başarısızlıkları anında düzeltme fırsatı bulmakta ve şikâyet yönetimi sürecini etkili bir şekilde yönlendirerek müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini arttırabilmektedir. Çalışmalarda “şikâyet yönetimi” ve “şikâyetlerin ele alınması” kavramları da birbiri yerine kullanılmaktadır. Bazı çalışmalarda bu farka değinilmiştir. Şikâyetlerin ele alınması, anlık müşteri şikâyetlerine odaklanan operasyonel bir süreç iken şikâyet yönetimi doğrudan müşteri odaklı şikâyetlerin ele alınması sürecine ek olarak, şikâyetlerin uzun vadeli analiz ve planlanması gibi dolaylı dahili iş süreçlerini de içeren bir faaliyet olarak ifade edilmektedir (Stauss ve Seidel, 2005, aktaran Vos ve Huitema, (2008).

Araştırma kapsamında kullanılan ifadelerin netlik kazanması açısından bu fark ve benzerliklere göre literatürde geçen (Hoffman vd., 2000, Maxham ve Netemeyer, 2003, Van Vaerenbergh vd., 2014, Kumar ve Kaur, 2020) ifadeler değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmalardaki, şikâyet yönetimi ve hizmet telafisi kavramlarına ait tanımlar, amaç ve süreç kapsamı Tablo-1'de karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan yerinde çözüm ve şikâyet yönetimi uygulamalarını karşıladığı için çalışmada “şikâyet yönetimi” ve “hizmet telafisi” kavramları kullanılmaktadır.

Tablo 1

Şikâyet Yönetimi ve Hizmet Telafisi

	Şikâyet Yönetimi	Hizmet Telafisi
Tanım	Şikâyetlerin etkili bir şekilde yönetilmesi için kapsamlı bir süreç ve sistemler bütünüdür. Daha çok müşteri şikâyetlerinin farklı yöntemlerle (sözel, yazılı, e-mail, web sayfası vb.) toplanması, analizi ve iyileştirmeler için kullanılmasını kapsamaktadır.	Hizmet hatalarından kaynaklanan müşteri memnuniyetsizliği ve olumsuz duyguları gidermek amacıyla şirketlerin sunduğu çözüm faaliyetleridir. Daha çok müşteri şikâyetlerine verilen doğrudan ve/veya anlık yanıtlardır.
Amaç	İşletmelerin, müşteri şikâyetlerine genel yaklaşımını ve şikâyet süreçlerini iyileştirmeye odaklanmaktadır. Daha çok müşteri geri bildirimlerinden öğrenme ve kalite yönetimi alanında sürekli iyileştirmeye katkı sağlamak amaçlanmaktadır.	Müşterinin bireysel şikâyetlerini çözmek için telafiler sunmaya odaklanmaktadır. Daha çok müşteri memnuniyetini ve sadakatini yeniden kazanmayı amaçlamaktadır
Süreçler	Şikâyet yönetiminde her adımın tasarlanması, şikâyet başvuru sistemlerine veri girişinin sağlanması, şikâyet trend analizi, sürekli iyileştirme faaliyetinde bulunma ve kontrol gibi adımlar gerçekleştirilmektedir.	Şikâyetleri alma, dinleme, hızlı yanıt verme, empati gösterme, çözüm sunma, geri bildirimde bulunma gibi işlemleri kapsamaktadır.
Ölçüm	Şikâyetlerden öğrenilenler, süreç iyileştirmeleri ve uzun vadeli müşteri ilişkileri vb.	Şikâyetin çözüm süresi, müşteri memnuniyeti, hizmet telafisi memnuniyeti, sadakat, güven vb.
Örnek	Şikâyet takip sistemleri, müşteri geri bildirim anketleri, kalite izleme ve değerlendirmelerin yapıldığı toplantılar, organizasyonun iç ve dış süreçlerindeki olası zayıflıkları belirleme ve geliştirme vb.	Ücretsiz hizmet sunumu, indirim sağlanması, hediye çekleri, özür veya açıklama yapılması vb.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şikâyet yönetimi literatürü üzerine kapsamlı bir inceleme yapan Stauss ve Seidel (2004), şikâyet memnuniyeti için dokuz temel özelliği belirlemişlerdir. Bu özellikler şunlardır:

1. Sonucun Yeterliliği/Adillliği: Problem için sunulan çözümünün yeterliliği ve teklif edilen telafinin adillliği önem taşımaktadır. Bu, müşterilerin adalet algısını ve çözümün tatmin edici olup olmadığını belirlemektedir.
2. Erişim: Problem yaşayan müşteriler için yetkili kişilere ulaşmanın kolaylığı önemlidir. Erişilebilirlik, müşteri şikâyetlerinin etkin bir şekilde yönetilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.
3. Samimiyet: Şikâyet sürecinde gösterilen nezaket, kibarlık ve iletişim tarzı, müşteri memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerdendir.
4. Empati: Müşterinin bakış açısını anlama isteği ve bireysel şikâyetlerin dikkate alınması, şikâyet yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır.
5. Kişiselleştirilmiş Çözümler: Problemlere ve şikâyetçinin isteklerine göre özelleştirilmiş, standart dışı müdahaleler, müşteri memnuniyetini arttırmaktadır.
6. Çaba: Müşterinin problemini çözmek için gösterilen gözle görülür çabalar, müşterinin şirkete olan güvenini arttırmaktadır.
7. Geri Bildirim: Müşteri için en uygun çözümü bulma süreci, gecikmelerin sebebi, prosedürler ve verilen kararlar hakkında yapılan geri bildirimler, şikâyet yönetiminin önemli bir parçasıdır.
8. Güvenilirlik: Verilen sözlerin tutulması, şirketin güvenilirliğini ve müşteri sadakatini arttırmaktadır.
9. Yanıt Verme Hızı: Şikâyetlere verilen yanıt ve çözümlerin hızı, müşteri memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

Lyon ve Powers (2001)'e göre şikâyet yönetim sürecinde; hizmet telafilerinin etkin bir şekilde tasarlanması için izlenmesi gereken belirli adımlar bulunmaktadır. Bu adımlar şunlardır: (1) Şikâyetlerin bir kalite iyileştirme aracı olarak görülmesi; (2) Şikâyetleri ele alacak özel bir ekibin oluşturulması; (3) Müşteri sorunlarının hızlı ve verimli bir şekilde çözülmesi; (4) Şikâyetler için ayrıntılı bir veri tabanının kurulması; (5) Sistemdeki zayıf noktaların belirlenmesi ve (6) Şikâyet konularındaki trendlerin analiz edilmesi ve bu analizlerin hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi için kullanılmasıdır.

Şikâyet yönetimi konusunda ilk adım, mevcut literatürde vurgulandığı üzere, şikâyet yönetiminin bir disiplin süreci olmaktan ziyade, kalite iyileştirme uygulaması olarak değerlendirilmesi gerektiğidir. Bu bağlamda, şikâyetlerin değerlendirilmesi sürecinde çalışanlara suçlama yapılması yerine şeffaf bir değerlendirme ortamı oluşturulması ve kurum içi iletişimin güçlendirilmesi önem arz etmektedir (Harrison vd.,2016).

Barlow ve Moller (1998)'e göre müşteri şikâyetleri, işletmelere verilmiş birer armağan olarak değerlendirilmelidir. Çünkü şikâyet verileri, hizmet tasarımı ve sunumu ile ilgili hataları düzeltmek için fırsatlar sağlamaktadır. Bu da işlerin, ilk seferde doğru şekilde yapılması olasılığını arttırmaktadır (Lovelock 1994). Fakat, yapılan deneysel bir çalışmada bir grup müşteri ve bir grup yöneticiye sunulan sözde şikâyet mektuplarına yöneticilerin yarısından fazlasının şikâyetleri haksız veya yersiz bulduğu, müşterilerin çoğunluğunun ise şikâyetleri makul olarak değerlendirdiği belirtilmektedir (Barlow, Moller, 1998). Bu durum, işletme yöneticilerinin müşteri şikâyetlerine yönelik algılarının ve değerlendirmelerinin, müşteri perspektifi ile uyuşmayabileceğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde yöneticilerin veya hekimlerin, hasta şikâyetlerini objektif bir fırsat penceresi olarak görmesi ve bu algı farklılıklarını azaltacak stratejiler geliştirmesi, etkin şikâyet yönetimi için önem arz etmektedir (Friele vd.,2015).

Diğer yandan, şikâyet yönetiminde müşteri sorunlarının hızlı ve etkili bir şekilde çözülmesine odaklanan hizmet telafileri, bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, şikâyetin iletilmesiyle başlayan bir prosedür, bir karar ve sonucun ortaya çıktığı ve sürekli bir etkileşim süreci yaratan olaylar dizisinden oluşmaktadır. Birçok farklı bağlamda (hukuk, örgütsel davranış, alışveriş, evlilik vb.) yapılan araştırmalarda, bireylerin çatışma ve uyuşmazlık durumlarına verdikleri tepkileri anlamakta, adalet algısının belirleyici olduğu görülmektedir (Goodwin ve Ross 1992; Lind ve Tyler 1988 aktaran Gilliland 1993). Bu bağlamda, şikâyet yönetimi süreçlerinin planlanması ve uygulanmasında, algılanan adaletin bu süreçlerin etkinliğini artırma potansiyeli üzerinde durulmaktadır (Bies 1987 aktaran Tax vd., 1998). Sürecin her bir bölümünün adalet hususlarına tabi olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle, hizmet telafisi sürecinin her bir aşaması, adalet hususlarına özellikle dikkat edilerek ele alınmaktadır.

Hizmetlerin soyutluluk özelliği, müşterilerin adalet konularına olan duyarlılığını artırarak duygusal tepkileri tetiklemektedir. Algılanan adalet genellikle bilişsel bir kavram olarak kabul edilirken, etkilerinin hem duygusal hem de davranışsal boyutlarda

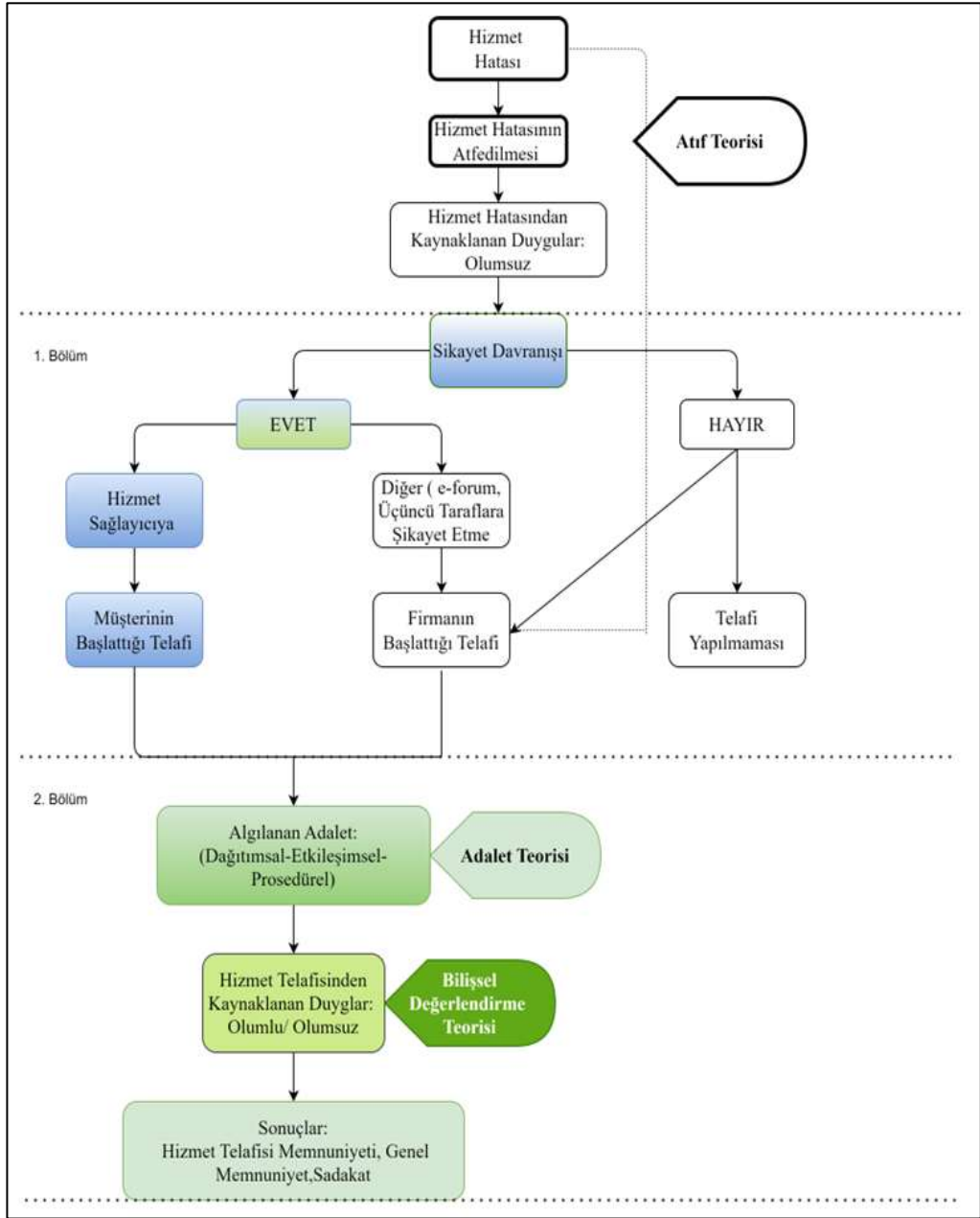
ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Chebat vd., 2005; Wen vd., 2013; Cai ve Qu 2017). Olumlu ya da olumsuz hizmet deneyimlerinde müşterinin duygusal tepkilerini tetikleyen temel mekanizmayı açıklayan hâkim teori, Bilişsel Değerlendirme Teorisi'dir (Bagozzi vd. 1999; Smith and Bolton 2002; Chebat vd., 2005; Ennew ve Schoefer 2004; Lazarus 1966; 1991 aktaran Schoefer ve Diamantopoulos 2008)

Şekil 1'de hizmet sektöründe karşılaşılan bir hizmet hatası durumunda hem firma hem de müşteri tarafından gerçekleştirilen karşılıklı eylemlerin nasıl geliştiği ve birbirini nasıl etkilediği sıralı biçimde görülmektedir. Bu etkileşimde, müşteriler iki defa duygusal deneyim yaşamaktadır (Valentini vd.2020). Bu araştırmada, hizmet hatası sonrasında işletmelerin uyguladığı telafi sürecine bağlı olarak, müşterilerde oluşan adalet algısı ve duygusal deneyim, hizmet telafisinden duyulan memnuniyet, bunlar sonucunda ortaya çıkan hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim kavramları, hizmet telafisinin değerlendirilmesine ilişkin teorik çerçeve ile ele alınmıştır.

Ancak öncesinde modelin birinci bölümünde görülen kavramlar, sağlık hizmetleri perspektifinden şikâyet yönetimi, hasta şikâyetlerinin özellikleri, şikâyet davranışı, şikâyetlerin alınması, işlenmesi ve analizine yönelik bir şikâyet taksonomisi önerisi ile sunulmuştur.

Şekil 1

Şikâyet Yönetim Süreci



Kaynak: Valentini vd. (2020). Çalışmasından alınarak uyarlanmıştır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Yönetimi

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına yönelik hizmetlerin sunulduğu kapsamlı bir sektördür. Her ne kadar profesyonelce ve özenle sunulmaya çalışılsa da bazı durumlarda hizmetlerde hatalar yaşanabilmektedir (Reader vd., 2014; van Dael vd., 2020; Bayer vd., 2021; Elias vd., 2021). Bu hatalar, sağlık hizmeti sunan kuruluşların veya sağlık

alışanlarının, bir hasta veya hasta grubuna yönelik beklenen standartlara uygun olmayan sonuçlar üretmesi veya beklenen standartları karşılayamaması gibi istenmeyen durumları ifade etmektedir. Hizmetlerin sunumundaki hatalar yanlış tanı, yanlış ilaç veya yanlış tedavi uygulanması, cerrahi müdahale sırasında oluşabilen hatalar, enfeksiyon kontrol protokollerine uyulmaması, iletişim eksikliği gibi birçok farklı şikâyet konusu olarak ortaya çıkmaktadır. şikâyetlere konu olan başarısızlıklara ilişkin kök nedenlerin tespit edilememesi, çözüm sağlanamaması ve aynı hatalara tüm sağlık hizmetleri paydaşlarının tekrar tekrar mağruz kalması; öncelikle şikâyete konu olan sağlık çalışanlarını, hizmetlerin verildiği sağlık tesislerini ve dolayısıyla da hastaları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Siyambalapitiya vd., 2007).

Buna karşın, Elias ve diğerleri (2021) tarafından ifade edildiği üzere, sağlık hizmetlerindeki şikâyetlerin sistemli bir şekilde değerlendirilmesi ve çözüme kavuşturulması, sağlık kurumlarının zayıf yönlerini belirlemelerine yardımcı olmakla birlikte, etkili telafiler üretebilmeleri için de önemli firsatlar sunmaktadır. Özellikle hasta ve hasta yakınları tarafından dile getirilen şikâyetleri öğrenme firsatları olarak kabul eden sağlık hizmeti sunucuları, adil bir şikâyet yönetim kültürü oluşturarak bu şikâyetlerin hem çalışanlar üzerindeki etkilerini (Hsieh 2009; van Dael vd., 2020) hem de hizmet kalitesi ve hasta güvenliği üzerindeki olumsuz etkilerini önleyebilmektedir (Reader vd., 2014; Bayer vd., 2021; Elias vd., 2021). Çünkü, sağlık çalışanları arasında şikâyetçi hastalara yönelik kızgınlık, hayal kırıklığı, klinik yeterlilikle ilgili şüpheler ve dava açılması riski gibi endişeler olduğu bilinmektedir. Bu endişelerin tekrarlanması, sağlık çalışanlarını ve kurumlarını özellikle defansif tıp uygulamalarına iterek tıbbi hizmetlerin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Siyambalapitiya vd., 2007). Sağlık işletmeleri, iyi kurgulanmış bir şikâyet yönetim süreci ile hem kurumsal iyileşmeyi teşvik ederek hem de çalışanların duygusal ve profesyonel refahını destekleyerek sağlık hizmetlerinin genel kalitesini ve verimliliğini artırma potansiyeline sahip olacaktır.

şikâyet yönetim sürecinin etkili bir biçimde kurgulanması, beklentileri ne ölçüde karşıladığını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri alanında yapılan şikâyet yönetimi araştırmalarına göre resmi olarak şikâyetini ileten bireylerin aslında iki temel sonucu arzulağığı belirtilmektedir. Birincisi, hasta odaklı bir yaklaşımla şikâyet konusuyla ilgili detaylı bir yanıt verilmesidir. İkincisi ise, benzer hataların tekrarlanmasını önlemek için

sistem genelinde iyileştirmeler yapılmasını sağlamaktır (Doig 2004; Friele vd. 2008; Bouwman vd. 2016; van Dael vd., 2020). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminden beklenen, bu iki rolü başarıyla yerine getirerek hem şikâyeti ileten kişilere hem de sağlık hizmeti sunucularına geri bildirimlerde bulunmasıdır.

İlk rol, şikâyetlerin ele alınmasıdır, bireysel şikâyetlere çözüm sağlanması amacıyla yürütülen süreçleri ifade etmektedir. Bu süreç, şikâyet eden hastayı dinlemek, başvurusunu almak ve kaydetmek, şikâyet konusunun yetkililerce değerlendirilmesini sağlamak, mümkünse yerinde çözüme kavuşturmak gibi iş ve işlemleri içermektedir. Amaç, her şikâyeti ayrı bir vaka olarak değerlendirmeye almak (case-by-case) ve etkin hizmet telafileri sunarak hastalarla uzun süreli ilişkiler kurmaktır (van Dael vd., 2020). Şikâyet yönetim sürecinin bir parçası olarak şikâyet yönetim ekibi veya kurumların belirlediği personeller tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca tüm hasta şikâyetlerini ve telafileri kayıt altına alarak hizmet hatalarına ilişkin sistematik analizlerin yapılması için veri girişlerinin sağlandığı işlemlerdir (Pichert vd., 2008; Harrison vd., 2016).

Şikâyet yönetiminden beklenen ikinci rol ise tüm başarısızlık ve şikâyetleri etkili bir şekilde yönetmek amacıyla tasarlanmış kapsamlı bir süreçtir. Bu süreç, şikâyetlere hasta güvenliği ve hizmet kalitesini iyileştirme perspektifinden bakan kalite izleme ve geliştirme faaliyetlerini içermektedir (van Dael vd., 2020). İşlenmiş şikâyet verilerinin analizi ve raporlanmasının standardize edilmesi ile örgütsel ve ulusal düzeyde sürekli iyileştirme faaliyetleri üretme sürecini desteklemektedir. Ayrıca, sağlıkta hasta şikâyet yönetimi politikalarının ve prosedürlerinin oluşturulması ve uygulanması gibi stratejik konuları da içermektedir (Allen vd.2000; Bouwman vd. 2015; Harrison vd.,2016; van Dael vd., 2020 Bayer vd.,2021; Elias vd., 2021)

Sağlıkta kalite izleme ve geliştirmeye yönelik şikâyet yönetimi çıktılarından elde edilen bilgilerin kullanılması, tüm dünyada önem kazanan konular arasında yer almaktadır (Reader vd., 2014; Bouwman vd. 2015). Özellikle ABD'deki hastanelerin performans ölçütleri arasında yer alan HCAHPS anketleri (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) hastaların, sağlık hizmetleri deneyimlerini değerlendirmek için kullanılan güçlü bir yöntem olmasına rağmen, bazı sınırlılıkları olduğu belirtilmektedir. Allen ve diğerleri (2000)'e göre, özellikle kapalı uçlu anket soruları kullanılarak gerçekleştirilen hasta memnuniyeti değerlendirmeleri, hastaların endişe ve ihtiyaçların tümünü yansıtamamaktadır. Bu tür nicel veriler, hasta

memnuniyetsizliğinin de sebebini anlamada sınırlı kalmaktadır. Bu bağlamda, hasta şikâyetlerinin, hastaların deneyimlerinin neden ve nasıl etkilendiği konusunda daha derinlemesine bir veri sunabileceği ifade edilmektedir. Anketlere ek olarak yazılı hasta şikâyet ve talepleri, hastaların deneyimleri hakkında daha ayrıntılı bilgi sunmakta ve teslim edildiği süre içerisinde, eş zamanlı telafî fırsatları sağlayabilmektedir (Bayer vd., 2021). Şikâyetlere ilişkin geri bildirim sistemleri ve eş zamanlı telafiler, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hasta memnuniyetini artırmaya yardımcı olmanın yanı sıra, hukuki meselelerden kaynaklanan maliyetlerin de en aza indirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Healy ve Walton, 2016).

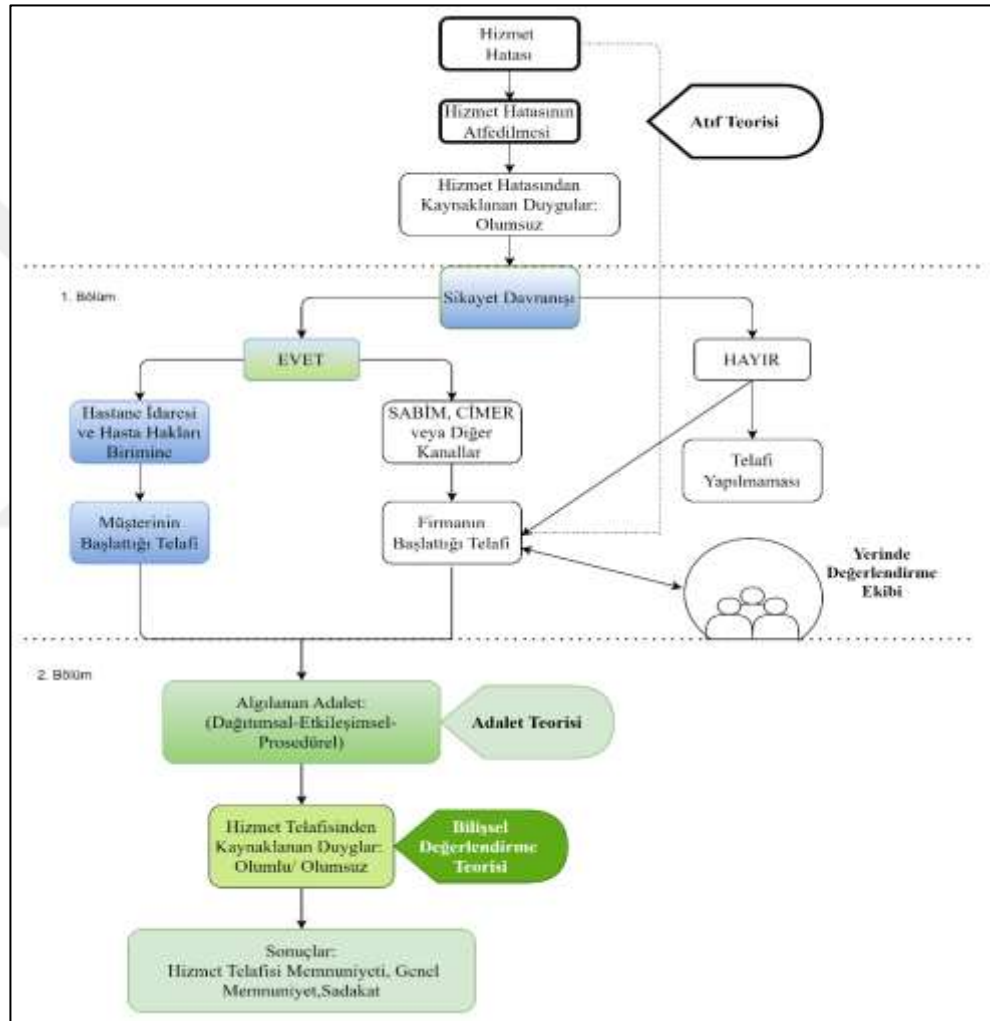
Van Dael ve diğerleri (2020), şikâyet yönetimi bağlamında, yönetim ve liderlik rollerini, adil bir şikâyet yönetim kültürünün önemini ve mevcut şikâyet işleme uygulamalarındaki eksikleri ele almaktadır. Hsieh (2009) tarafından yapılan çalışma, hasta şikâyetlerinin etkin kullanımını engelleyen yönetsel, operasyonel ve teknik faktörleri üç ayrı boyutta incelemiştir. Bu çalışmalarda, yönetim düzeyinde, hasta şikâyetlerine nasıl yanıt verilmesi gerektiği ve şikâyetlerin kalite iyileştirmede nasıl kullanılabileceği konularında hükümetlerin şikâyet yönetim süreci için protokoller ve yönergeler oluşturmaları gerektiği vurgulanmıştır. Şikâyetlere yönelik analiz ve raporlama uygulamalarında süreklilik ve tutarlılık sağlamak amacıyla elektronik şikâyet yönetim sisteminin kurumlar tarafından benimsenmesi ve uygulanması gerektiği önerilmektedir. Şikâyet yönetiminde görevli kişilerin gerekli eğitimleri alması ve yetkilendirilmiş olması da önemle vurgulanmaktadır (Lyon ve Powers, 2001).

Hasta şikâyetlerini yönetme ve yanıtlama mekanizmaları, birçok ülkede düzenleyici ortamın bir parçası olmasına rağmen, ülkelerin hukuk sistemleri, farklı kültürleri ve sağlık sistemlerindeki yapısal farklılıkları sebebiyle şikâyetlerin kategorize edilmesinde uyumsuzluklar görölmektedir (Healy ve Walton, 2016). Bu durum, sağlıkta hasta şikâyetleri için uluslararası karşılaştırma yapmayı ve sonuç çıkarmayı zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda, hasta şikâyetleri, hasta güvenliğini izlemek ve hizmet kalitesini iyileştirmek için değerli bir kaynak olarak tanımlanmaktadır (Pichert vd., 2008; Beaupert vd., 2014; Reader vd., 2014; Salazar vd., 2018; van Dael vd., 2020; Elias vd., 2021). Ancak, hasta şikâyetlerinin veri kaynağı olarak kullanılması için bazı ayırt edici özelliklerin dikkate alınması gerekmektedir. Hasta veya hasta yakınları tarafından yapılan şikâyet başvuruları, hasta sorumlulukları açısından yeterli bilgiye sahip

olunmadığı için yapılmış bir başvuru olabileceği gibi birçok ülkedeki rutin sağlık bakım uygulamalarının, sağlık profesyonelleri tarafından fark edilemeyen advers etkilerini de raporlayabilmektedir (Hickson vd. 2002; Harrison vd., 2016). Sağlık hizmetleri perspektifinden ele alınan bu konular için şikâyet yönetim süreci, aşağıdaki Şekil 2’de görülmektedir.

Şekil 2

Sağlık Hizmetlerindeki Şikâyet Yönetim Süreci



Kaynak: Valentini vd. (2020). Çalışmasından alınarak uyarlanmıştır.

Bu noktada, öncelikle sağlık hizmetlerinde şikâyet kavramı ve hasta şikâyetlerinin öne çıkan karakteristik özellikleri detaylı incelenerek sağlık hizmetlerinde şikâyet davranışı ve başvuru kanalları ele alınmıştır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Kavramı ve Hasta Şikâyetlerinin Karakteristik Özellikleri

Sağlık hizmetlerindeki şikâyetler, hasta ve hasta yakınları tarafından iletilen sağlık hizmetleri sunumundaki algılanan başarısızlıkları ifade etmektedir (van Dael vd., 2020). Şikâyet konuları genişletilmiş hizmet unsurları, hizmetlerin gecikmesi, bozuk ekipmanlar, malzeme eksikliği, deneyimsiz ve kaba hizmet çalışanları veya sistemsel sorunlar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca, çekirdek hizmetin eksik veya hatalı uygulanması (tıbbi malpraktis) kadar ciddi iddialar da hasta şikâyetlerine konu olabilmektedir (Allen vd.2000; Reader vd., 2014; Harrison vd., 2016; Bayer vd.,2021; Elias vd., 2021). Bu şikâyetler, çeşitli başvuru kanalları aracılığıyla sözel, yazılı veya uzaktan işlemler ile iletilmektedir. Genel olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

- **Tedavi ile ilgili şikâyetler:** Bu şikâyetler, hastaların tedavi süreci ile ilgili mağduriyet, endişe veya memnuniyetsizliklerini ifade etmektedir. Sağlık profesyonellerinin bilinçli, hatalı veya beceri ve/veya bilgi eksikliği sebebiyle yanlış ve/veya eksik teşhis, eksik ve/veya hatalı tedavi uygulaması veya hastaya tedaviyi hiç vermemesi gibi iddialar üzerine ortaya çıkmaktadır.
- **Destek hizmetlerle ilgili şikâyetler:** Bu tür şikâyetler, hastaların algıladığı destek hizmetleri (sağlık otelciliği hizmetleri) kalitesini ifade etmektedir. Örneğin, hijyenik olmayan hastane odası, yeterli beslenme sağlanamaması, tekerlekli sandalye veya sedye temini sorunları şeklinde ortaya çıkmaktadır.
- **Teknik hizmetlerle ilgili şikâyetler:** Bu şikâyetler sağlık kurumlarının fiziki yeterlilikleri ile ilgili sorunlara işaret etmektedir. Hizmetin sunulduğu bina ve çevresinde gelişen eksik veya arızaları ifade etmektedir. Asansör arızaları, monitör arızaları, pnomatik tüp taşıma sistemi, havalandırma sisteminin çalışmaması veya bina dışında bulunan alanlardaki eksiklikler gibi nedenlerle ortaya çıkabilmektedir.
- **Faturalandırma veya ücretlendirme ile ilgili şikâyetler:** Bu tür şikâyetler, hastaların sağlık hizmetlerinden kaynaklanan mali iş veya işlemlerindeki sorunlarla ilgilidir. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uyarınca hastalara sunulan ilaç, cihaz, protez ödemeleri de bu başlık altında yer almaktadır. Örneğin fatura hatası, yüksek

ücretler, sigorta provizyon sorunları, işlem maliyetleri hakkında yetersiz bilgi verilmesi veya SUT dışında kalan, ödenmeyen sağlık giderleri nedeniyle ortaya çıkabilmektedir.

- **Sistem ile ilgili şikâyetler:** Bu tür şikâyetler, hastaların randevu alması üzere geliştirilen Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), teletıp uygulamalarının veri paylaşımın sağlayan Elektronik Medula Sistemi ve Elektronik Nabız (E-Nabız), Elektronik Reçete (E-Reçete) veya Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) gibi elektronik sağlık sistemleri veya hastane otomasyon programları ile ilgilidir. Örneğin, reçetelerin medula sistemine aktarılmaması, hastane otomasyon sistemindeki rapor verisinin e-nabız sisteminde görülememesi veya MHRS’den randevu almış hastanın hastane otomasyon sisteminde görülememesi gibi nedenlerle ortaya çıkabilmektedir.
- **Personel ile ilgili şikâyetler:** Bu tür şikâyetler, sağlık çalışanlarının davranışları veya tutumları nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin, hastalara kaba veya saygısız davranışlarda bulunulması, yetersiz veya eksik bilgi verilmesi, hasta iletişimine gösterilmemesi veya iletişim eksikliği gibi nedenlerle ortaya çıkabilmektedir.

Vinagre ve Neves (2008) tarafından belirtildiği üzere, genellikle duygusal temelli olan hasta şikâyetleri, çoğunlukla şikâyete konu olan durumların kök nedenlerini doğrudan ifade etmekte yetersiz kalır. Bu durum, sağlık hizmetleri bağlamında özellikle dikkate alınmalıdır. Bu alandaki şikâyetler:

- Hasta veya hasta yakınlarına ait bireysel sağlık hizmeti deneyimlerini ifade eder.
- Genellikle duygusaldır.
- Hizmet iyileştirmeleri için kullanılabilir temel eksikliklerin sistematik bir ifadesi değildir.
- Genellikle sağlık personeli ile etkileşimlerdeki sorunlara odaklanır.
- Şikâyete konu olan durumun, sistemden kaynaklanan ve sorun yaratan diğer (personel iş yükü gb.) faktörlerini iadede etmeyebilir (Reader vd., 2014).

Hasta şikâyetleri genellikle sorunların sadece yüzeyini yansıtmaktadır. Genellikle bir problemin sadece belirtilerini temsil etmektedir. Örneğin, bir hasta belirli bir sağlık hizmetinden memnun olmadığını işletmelere ilettiğinde, yalnızca yüzeyde olan bir sorunu ifade etmektedir. Gerçek sorun, bu memnuniyetsizliğin kök nedenlerinde,

personel eksikliğinde, iletişim sorunlarında veya diğer sistemsal sorunlarda olabilir. Bu durum, hasta şikâyetlerinin altta yatan nedenleri ifade etmede sınırlıkları olduğunu göstermektedir (Harrison vd., 2016). Bu bağlamda, şikâyet yönetiminde görevli kişilerin, bu sınırları aşmak ve şikâyetlerin altında yatan gerçek nedenleri anlamak için gerekli eğitimleri alması ve yetkilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Hastaların memnuniyetsizlikleri, sorunları ve bu konulardaki tepkileri anlamak için sağlık hizmetlerindeki şikâyet davranışı ve başvuru kanallarının açıklanması önemlidir. Hastaların şikâyetlerini ifade etme biçimleri ve tercih ettikleri iletişim kanalları, Sağlık Bakanlığı uygulamaları çerçevesinde ele alınmıştır.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Davranışı ve Başvuru Kanalları

1.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Davranışı

Sağlık hizmetlerindeki şikâyet davranışının anlaşılması, müşteri memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi açısından kritik bir öneme sahiptir. Fornell ve Wernerfelt'in (1987) ifade ettiği üzere, şikâyet davranışı, tüketicinin istenmeyen bir durumdan kaçışı veya bu durumu değiştirme girişimi olarak değerlendirilmektedir. Şikâyet etmenin temel amacı, bireylerin yaşadığı hayal kırıklığı ve mutsuzluklarını ifade ederek kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktır (Stiles, 1987; Kolodinski ve Aleong, 1990; Kowalski, 1996; Nyer 1997; Richins, 1980 aktaran Matilla ve Wirtz, 2004).

Allicke ve diğerleri (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, şikâyet davranışının en yaygın motivasyonunun (yaklaşık %50) müşterilerin yaşamış olduğu hayal kırıklığını ifade etmeye olan ihtiyacı olduğu anlaşılmıştır. Tüketicileri şikâyet etmeye iten asıl faktör, yaşanan memnuniyetsizlikten ziyade bu olumsuz tüketim deneyiminin sonucunda hissedilen negatif duygulardır. Bu, tüketicinin sadece deneyimden duyduğu rahatsızlık değil, bu deneyimin yol açtığı duygusal tepkilerin şikâyet davranışını tetiklediğini göstermektedir (Day 1971, aktaran Matilla ve Wirtz, 2004).

Şikâyet davranışı ifadesi genellikle, tüketicilerin şikâyetlerini doğrudan firmalara, aracılara veya üçüncü taraflara iletmeleri olarak düşünülmektedir. Ancak, müşteri şikâyet davranışlarını anlamak üzerine Hirschman (1970), Day ve Landon (1977) ve Singh (1988) tarafından yapılan araştırmalar göstermiştir ki, şikâyet davranışlarının en yaygın biçimleri arasında hiçbir eylemde bulunmamak, satın almayı durdurmak ve işletme hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapmak yer almaktadır. Bu durum

karşısında işletmeler, sadık müşterilerin kaybı gibi doğrudan ve potansiyel müşterilere olumsuz ağızdan ağıza iletişimleri gibi dolaylı sonuçlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Koç vd., 2017).

Genel olarak müşterilerin sergilemiş oldukları şikâyet davranışlarını anlamaya yönelik dört akademik çalışma; Hirschman (1970), Day ve Landon (1977), Singh (1988) ve Crie (2003) ön plana çıkmaktadır. Şikâyet davranışına ilişkin sunulan modeller birbirinden farklı gibi görünseler de aslında oldukça benzer yönleri bulunmaktadır. Tüm araştırmacılar, şikâyetlere farklı açılardan bakarak aynı eylemlerden bazılarını farklı isimlerle tanımlamaktadırlar. Yapılan araştırmaların gözleme dayalı olması, eylemlerin sınıflandırılmasında belirsizliklere de yol açabilmektedir (Matilla ve Wirtz, 2004). Örneğin, bir müşterinin daha önceki olumsuz bir etkileşim nedeniyle işletmeye bir daha şikâyet iletmemeye karar vermesi, farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Hirschman (1970) bu tür bir eylemi "sadakat" olarak sınıflandırırken, Day ve Landon (1977) aynı durumu "eylemsizlik" olarak ifade edebilmektedir (Crie,2003). Araştırmacılar tarafından sunulan modellerin anlaşılması için kullanılan yöntem ve açıklamalar Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2*Müşteri Şikâyet Davranışları Modelleri*

Model	Tanım	Kullanılan Yöntem
Albert Hirschman (1970)	Memnuniyetsizlikle karşılaşan müşterilerin tepki verme biçimlerini "çıkış, ses ve sadakat" olarak ayırtırmak için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu modele göre memnuniyetsizlikle karşılaşan müşteriler, eylemlerden bir tanesini seçmektedir.	Sınıflandırma
Day ve Landon (1977)	Memnuniyetsizlikle karşılaşan müşterilerin tepki verme biçimlerini, şikâyetin şirkete görünürlüğü üzerinden ikiye ayıran bir model sunmaktadır. Bu modele göre müşteri önce davranışsal veya davranışsal olmayan bir eyleme karar vermektedir. Davranışsal olmayan eylemler, firmalar tarafından fark edilememektedir.	Dikotomi
Singh (1988)	Memnuniyetsizlikle karşılaşan müşterilerin tepki verme biçimlerini, müşteriler açısından şikâyetin hedeflerine göre ayırtıran bir model sunmaktadır.	Sınıflandırma
Crie (2003)	Memnuniyetsizlikle karşılaşan müşterilerin tepki verme biçimlerini, şikâyetin şirkete görünürlüğü üzerinden ayırtırmakla birlikte şikâyetin müşteri açısından kendi yönünü eşzamanlılık kavramı ile değerlendirmektedir. Bu modele göre memnuniyetsizlikle karşılaşan müşteriler, eş zamanlı olarak birden fazla eylemde bulunabilmektedir.	Diyakronik, Sınıflandırma

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Bu konudaki birçok çalışmada, genel kabul gören düşünce "sessiz çoğunluk" kavramıdır. Bu kavram, tüketicilerin memnuniyetsizliklerini doğrudan ifade etmek yerine, sorunlarına sessizce çözüm aramaları veya başkalarına aktarmadan önce bekleyeceklerini ifade etmektedir (Singh, 1989). Bu konuda Hirschman (1970) bir maliyet/fayda değerlendirmesi olan "şikâyetin değerliliği" kavramını şikâyet davranışının önemli bir belirleyicisi olarak öne sürmektedir. Pragmatik olarak fayda her zaman maliyetlerle ilişkilidir, bu da tüketicilerin şikâyet etme eğilimlerini şekillendiren önemli bir faktördür. Daha da önemlisi, bu ilişkinin genellikle ters yönlü olmasıdır. Yani, daha fazla fayda elde etme olasılığı (bir tüketici derneği aracılığıyla uzlaşmayı kabul etmek yerine tazminat davası açmak) her zaman daha fazla maliyet (zaman, çaba ve avukat ücretleri) gerektirecektir (Singh, 1989).

Dolayısıyla, tüketiciler maliyetler ve faydalar arasında değerlendirmeler yaparak "en iyi" olarak düşündükleri eylemleri seçmektedir. Bu eylemlere ilişkin Day ve diğerleri (1976) çalışmalarında, memnuniyetsiz tüketicilerin önemli bir kısmının (yüzde 28 ila yüzde 50) "zaman ve çabaya değmeyeceğini" düşündükleri için şikâyetle bulunmadıklarını ifade etmektedir (Matilla ve Wirtz, 2004). Sağlık hizmetlerinde, iletilen her bir şikâyetin, aslında memnuniyetsizlik yaşayan fakat sessiz kalan 90 hastaya tekabül ettiği öngörülmektedir (Singh, 1989).

Fornell ve Wernerfelt (1987) dile getirilmeyen şikâyetlerin firmalar için bir “fırsat maliyeti” teşkil ettiğini vurgulamaktadır. Çünkü yaşanan sorunların firmalara iletilmemesi, bu sorunların fark edilmesi ve telafi edilmesine engel olmaktadır. Daha da önemlisi, şikâyet sayısının az olması, müşterilerin ürün, hizmet veya tüm süreçlerden memnun olduğu şeklinde yanılgılara neden olabilmektedir. Bu çelişki, Best ve Andreasen (1977) tarafından belirtildiği üzere, bir buzdağının görünen küçük kısmı gibi olup, aslında altında sağlık hizmetlerindeki büyük bir memnuniyetsizlik katmanını gizleyebilmektedir (Wessel vd., 2012). Bu açıdan bakıldığında, hizmetlerdeki memnuniyetsizliklerin iletilmesi için başvuru süreçleri ve prosedürler kolaylaştırılmalı ve böylelikle bireyler (hasta ve hasta yakınları) şikâyet başvurusu konusunda cesaretlendirilmelidir (Tax ve Brown, 1998; Smith vd., 1999; Blodgett vd., 1998; van Dael vd., 2020). Bu şekilde, müşteri şikâyetleri, hizmet hatalarının düzeltilmesi sürecinde işletmelere hem uyarı hem de telafi sürecinin başlangıcı olarak hizmet edebilmektedir (Odabaşı, 2015, s.146).

Şikâyet etme davranışı, müşterilerin memnuniyetsiz satın alma deneyimlerine verdikleri çeşitli tepkileri içermektedir (Singh, 1988; Richins, 1983). Bu bağlamda, şikâyet etme davranışları arasında telafi arayışı (para iadesi, değişim, onarım veya özür vb.), olumsuz ağızdan ağıza iletişim (memnuniyetsizliğini arkadaşlarına anlatmak), ilişkiyi kesmek (firmadan bir daha asla alışveriş yapmamaya karar vermek) ve üçüncü taraflarla iletişime geçmek (tüketici hakem heyetlerine veya yasal yollara başvurmak) yer almaktadır (Hirschman, 1970; Singh, 1988; Day ve Landon, 1977 aktaran Matilla ve Wirtz, 2004). Tıbbi hataları içeren reklamlar ve basında yer alan yanlış tedavi hikayeleri, hasta memnuniyetsizliğini ve tepkilerini daha da artırdığı için, sağlık kurumlarının hastaların üçüncü taraflarla iletişime geçme tepkilerini özellikle

inceleyerek özel şikâyet programları ve yanıt sistemlerini güçlendirmesi önerilmektedir (Singh, 1989)

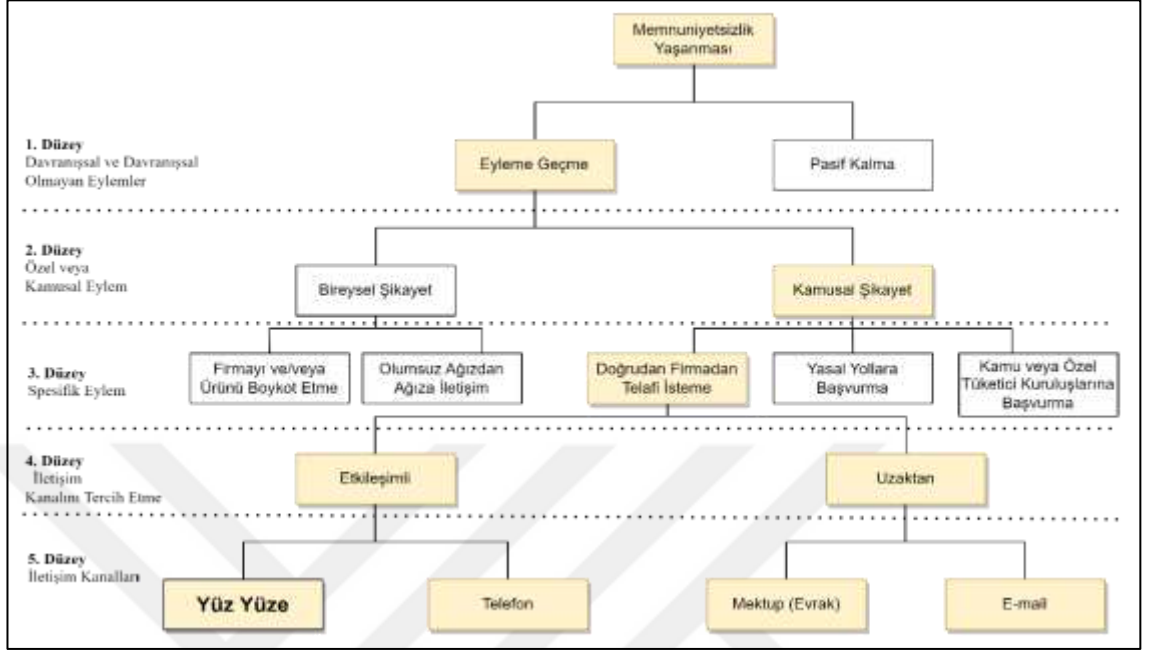
Sağlık hizmetlerindeki şikâyetlerle ilgili yapılan araştırmalarda, özellikle düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip bireylerin yanı sıra, yabancı etnik ve kültürel kimliğe sahip kişiler ile bazı durumlarda ileri yaşta olan bireylerin yeterince temsil edilmediği görülmektedir (Bismark vd., 2006; Wong ve Goh, 2007; Friele vd., 2015). Bu durum belirli sosyo-ekonomik ve demografik gruplara ait şikâyetlerin, genel olarak yapılan araştırmalarda yeterince dikkate alınmadığı veya temsil edilemediğini göstermektedir. Şikâyetlerin geniş bir yelpazede ve adil bir şekilde değerlendirilmesi için daha fazla çaba gösterilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Ayrıca birçok hasta ve hasta yakını, şikâyet prosedürleri ve hakları konusundaki bilgi eksikliği nedeniyle şikâyetinde bulunamamaktadır (Wessel vd., 2012; Skar ve Söderberg, 2018; Martin vd., 2021). Hasta hakları ve şikâyet başvuru kanalları hakkında bilgilendirme, özellikle yaşlı, görme veya işitme engelli gibi özel durumdaki bireylerin de ulaşabileceği ve dil seçeneği sunularak anlayabileceği şekilde yapılmalıdır (Doron vd., 2011; Howard vd., 2013).

Şikâyet davranışının belirleyici ve tamamlayıcı bir diğer unsuru, müşterilerin işletmelere şikâyetlerini iletmeye karar verdikten sonra tercih ettikleri şikâyet kanalını seçmeleridir. Bu bağlamda, Mattila ve Wirtz (2004) çalışmalarında, Day ve Landon'un (1977) müşteri şikâyet davranışı modeline dört farklı şikâyet başvuru kanalı ekleyerek yeni bir model oluşturmuşlardır. Bu yeni modelde, müşterilerin işletmelere şikâyetlerini iletirken hangi kanalı seçtiklerini anlamak için yüz yüze ve telefonda oluşan iki etkileşimli kanal ile mektup ve e-postadan oluşan iki uzaktan işlemli kanalın etkilerini araştırmışlardır. Çalışma bulguları, çözüm arayışındaki tüketicilerin etkileşimli kanalları, hayal kırıklıklarını gidermek isteyen tüketicilerin ise uzaktan işlemli kanalları tercih ettiğini göstermektedir. Şikâyet başvurusu kanal seçimi Şekil-3'te görülmektedir.

Şekil 3

Şikâyet Başvurusu Kanal Seçimi



Kaynak: Mattila ve Wirtz (2004)

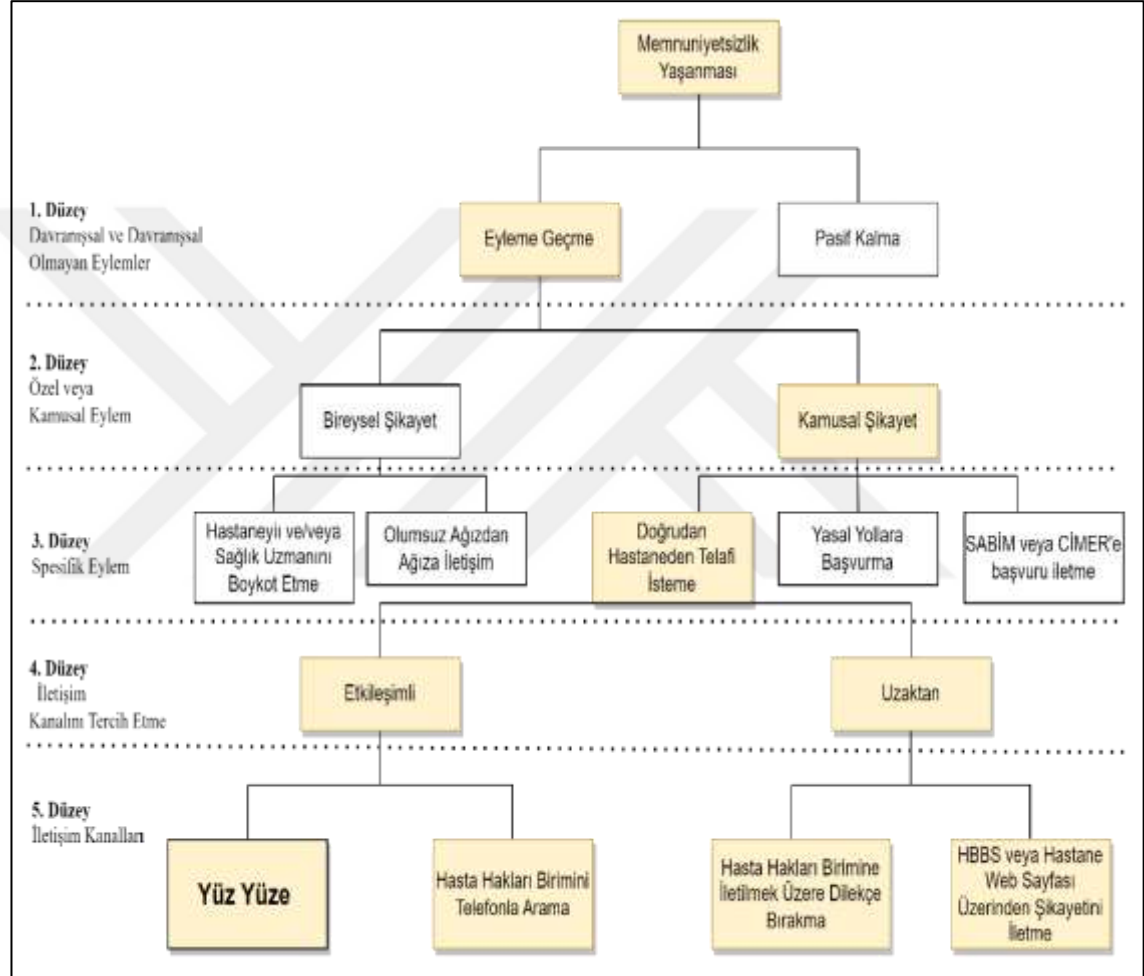
Bu kategorilendirme, tüketicilerin şikâyet davranışlarını farklı seviyelerde ve düzeylerde ele almaktadır. Modele göre, memnuniyetsizlik yaşayan birey öncelikle davranışsal veya davranışsal olmayan bir eylem gerçekleştirme kararı verecektir. Eğer davranışsal bir eylem karar verdiyse bireysel veya kamusal şikâyet davranışına karar vererek bir sonraki aşamada daha spesifik bir kararla şikâyet türü seçimi yapacaktır. Şikâyeti iletmek için kendi zaman, bilgi, mekân, maliyet veya duygusal durumu gibi kısıtları ve tercihlerine göre şikâyet iletmek kanalı seçimi yapacaktır. İletişim kanalı seçme aşaması sonrasında, bireyler uygun gördüğü uzaktan veya etkileşimli kanallar aracılığıyla başvurusunu yapacaktır. Son aşamadaki iletişim kanalları arasında yüz yüze, telefon veya mektup ve e-postadan oluşan dört seçenek mevcuttur (Mattila ve Wirtz, 2004).

Müşterilerin işletmelere doğrudan ilettiği şikâyetler, hizmet kalitesini yükseltmek ve mevcut hatalardan öğrenmek için oldukça etkili bir geri bildirim aracıdır. Bu şikâyetler sayesinde, şirketler müşterileri dinleyerek memnuniyetsizliğin asıl kaynaklarını doğrudan ve verimli bir şekilde tespit edebilmektedir. Ayrıca hızlı bir hizmet telafisi sunarak müşteri memnuniyetini de arttırabilmektedir (Davidow,2000). Müşterilere karşı şikâyet temsilcilerinin, dikkatli ve özenli olması, onların sorunlarını anlaması ve çözüm

odaklı bir şekilde yardımcı olması ağızdan ağıza iletişimi ve yeniden satın alma niyetlerini etkileyen önemli bir örgütsel tepki boyutudur (Davidow,2003). Çalışmamız, doğrudan, yüz yüze iletilen hasta şikâyetlerine odaklanmaktadır. Hasta şikâyet başvuru kanalları aşağıdaki Şekil 4’te görülmektedir.

Şekil 4

Hasta Şikâyet Başvurusu Kanal Seçimi



Kaynak: Mattila ve Wirtz (2004). Çalışmasından alınarak uyarlanmıştır.

Crie (2003) 'nin çalışmasında belirtildiği şekilde sağlık hizmetlerinde de memnuniyetsizlikle karşılaşan bireyler eş zamanlı olarak birden fazla eylemde bulunabildiği gibi birden fazla kanal seçimiyle de şikâyetlerini iletebilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde şikâyetlerin iletildiği başvuru kanalları ele alınmıştır.

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin İletildiği Başvuru Kanalları

Sağlık Bakanlığı hastaların hak ihlallerini önlemek, uygulamaları geliştirmek, izlemek ve ülke genelinde koordine etmek amacıyla, hastalar ve yakınlarının şikâyetlerin iletebileceği çeşitli kanallar bulunmaktadır.

- **Hasta Hakları Sözel Başvuru ve Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri:**

Sağlık kurumlarında hasta hakları birimi yüz yüze şikâyet başvurularının alındığı ve mümkünse yerinde çözüm sağlandığı birimlerdir. Bu hasta ve hasta yakınları açısından sözel başvuruların iletildiği bir şikâyet kanalını ifade etmektedir. Bu şekilde görüşülen tüm konular birim içerisindeki Yerinde Çözülen Sorunlar Defterine (YÇSD) kaydedilmektedir. Bu defter, hasta hakları birimine doğrudan iletilen sözlü başvuruların detaylı kaydının tutulduğu ve yazılı bir şikâyet dilekçesi oluşturulmamış durumları içermektedir. Yerinde çözülen şikâyetler ya da hasta tarafından yazılı dilekçe yazmanın talep edilmediği durumlarda bu defterde kayıt altına alınmaktadır

- **Hasta Hakları Yazılı Başvuru ve Hasta Başvuru Bildirim Sistemi:**

Hasta hakları biriminde, genellikle yerinde çözüm sağlanamadığı durumlar veya başvuru sahibinin talebi üzerine yerinde çözüm sağlansa bile yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerin ardından yazılı hale dönüştürülen ve Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) üzerine kaydedilen şikâyet başvurularıdır. Hasta ve hasta yakınları açısından hem sözlü hem de yazılı başvuruların iletildiği bir şikâyet kanalını ifade etmektedir

- **Dilek, Öneri ve Şikâyet Kutuları:**

Hastanelerde hem hastaların hem de çalışanların memnuniyetlerini, beklentilerini ve şikâyetlerini iletebilmeleri amacıyla dilek ve öneri kutuları kullanılmaktadır. Bu kutular, hastane içerisinde hastalar ile çalışanlar için açık bir iletişim kanalı sağlamaktadır. Hasta ve çalışanlar, dilek ve öneri formlarını doldurarak bu kutulara bırakır. Dilek ve öneri kutularına bırakılan yazılı bildirimler, hastane içindeki Hasta Hakları Birimi tarafından düzenli olarak açılarak değerlendirmeye alınır. Bu değerlendirme sürecinde, çalışan başvuruları hastaneki kalite birimi tarafından değerlendirmeye alınmaktadır.

- **SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi):**

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Alo 184 aranarak veya e- posta gönderilerek Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda ortaya çıkan herhangi bir

sorunla ilgili tüm şikâyetlerin, önerilerin ve taleplerin alındığı, değerlendirildiği ve çözümlendiği resmi başvuru kanalıdır. Bu başvuruların incelenme süreci, hastane içerisindeki Hasta Hakları Birimi tarafından tamamlanarak, değerlendirilmek üzere SABİM yetkililerine sunulmaktadır.

▪ **CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi):**

Vatandaşların sorun yaşadığını düşündüğü her konuda şikâyet, talep veya önerilerini doğrudan Cumhurbaşkanlığı'na iletebilmelerini sağlamak amacıyla hizmet veren bir başvuru kanalıdır. Alo 150 aranarak veya web sayfası üzerinden başvuru yapılabilmektedir. Aynı sistemler üzerinden, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlar için de başvuruda bulunmak mümkündür. Bu başvuruların incelenme süreci, hastane içerisindeki Hasta Hakları Birimi tarafından tamamlanarak, değerlendirilmek üzere CİMER yetkililerine sunulmaktadır.

▪ **Bilgi Edinme:**

Hastalar, hastane web sayfası üzerinden veya elden teslim edilen dilekçeler aracılığıyla yazılı şikâyetlerini kuruma iletebilmektedir. Bu yazılı başvurular, hastane içerisindeki Hasta Hakları Birimi tarafından incelenmek üzere işleme alınır. Başvuru sahiplerine, yazılı veya telefon ile geri bildirim sağlanarak, şikâyet sürecinin takibi ve çözümü sağlanır.

▪ **Memnuniyet Değerlendirme Anketi (Açık Uçlu Soru):**

Sağlıkta Kalite Standartları, Anket Uygulama Rehberi'nde bulunan hasta deneyimi anketleri, hastanın sağlık kurumundaki tüm işlemlerinin tamamlanmasının ardından, hizmet aldığı sağlık kurumundan ayrıldıktan sonra gerçekleştirilen memnuniyet değerlendirme anketleridir. Bu anketler, telefon görüşmesi yöntemi kullanılarak uygulanmaktadır. Anketlerin açık uçlu soru bölümünde yer alan geri bildirimler, hastaların ifade ettiği şikâyetleri içermektedir. Bu şikâyetler, sağlık kuruluşları için bir geri bildirim kaynağı iken ankete katılanlar için de bir şikâyet ileme kanalıdır.

▪ **Hasta Hakları Yerinde Değerlendirme Ekibi:**

Hasta hakları konularında uzmanlaşmış iletişim/halkla ilişkiler eğitimi almış bir personel, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, başhekim yardımcısı ve hasta hakları personellerinden oluşan bir ekiptir. Bu ekipler için güçlü iletişim becerilerine sahip kişiler özellikle seçilmektedir. Haftalık ofis ve saha çalışmalarıyla poliklinik, klinik ve

acil serviste hasta ve hasta yakınlarıyla etkileşimde bulunur. Temel amacı, olası sorunları tespit ederek sorun gerçekleşmeden ilgili birimlere çözüm önerileri için bilgi vermektedir. Sağlık kuruluşları için proaktif bir yaklaşım iken görüşme yapılan hasta ve hasta yakınları bir tür şikâyet iletme kanalıdır.

▪ **Basın, Sosyal Medya ve İnternet Haberciliği:**

Kurum hakkında basın, sosyal medya ve internet haberciliği aracılığıyla ortaya çıkan olumsuz haberlerin incelenerek, belirlenen olumsuz durumun hasta şikâyeti olması durumunda hasta hakları birimi tarafından incelenmesi sürecidir. Bu açıdan bakıldığında, vatandaşların zaman zaman şikâyetlerini ilettikleri bir kanal olarak da ifade edilebilmektedir.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Kaydedilip Raporlanması

Sağlık kurumlarında hasta şikâyetlerinin kaydedilip raporlanması, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili endişe ve şikâyetlerini sağlık kurumu yöneticilerine veya ilgili birimlere bildirilmesi sürecidir. Bu süreç;

1. **Şikâyet Bildirimi:** Hastaların yaşadıkları sorun veya memnuniyetsizlikleri (tedavi süreçleri, personel davranışı, tesis koşulları) bir başvuru kanalı ile iletmesidir.
2. **Resmi Prosedürler:** Şikâyetlerin nasıl ve kime bildirileceği, incelenme, değerlendirme ve gerekli durumlarda telafî edilmesine dair Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen prosedürleri ifade etmektedir.
3. **Kalite İyileştirme:** Hastane yöneticileri tarafından, şikâyetlerin, hizmet kalitesini artırmak ve benzer şikâyetlerin tekrarlanmasını önlemek için kullanılmasını ifade etmektedir. Bu süreç prosedürlere uygun olarak şikâyet bildiriminin alınmasından sonraki aşamada, şikâyetlerin değerlendirilmesi, gerekli durumlarda düzenleyici önleyici faaliyetlerin tanımlanması ve raporlanması süreçlerini kapsamaktadır.

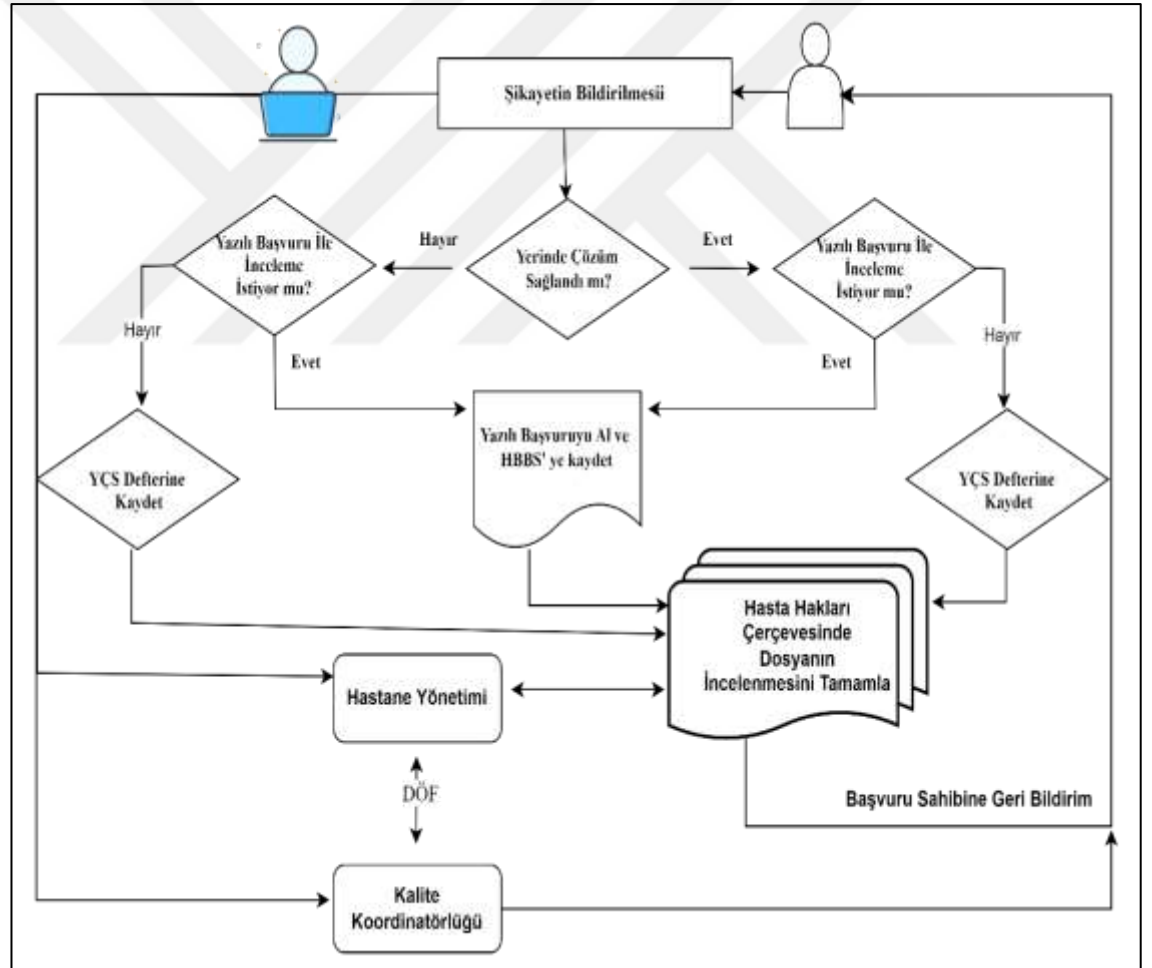
Sağlık hizmetlerinde, öncelikle hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak mümkünse yerinde çözüm sağlanması ve gerektiğinde yazılı başvuru alınarak hasta hakları çerçevesinde şikâyetlerin takibinin yapılması gerekmektedir. Yazılı başvurular, hasta hakları birimi tarafından incelenmek üzere sevk edilerek veya hastane idaresi tarafından bir incelemeci atanarak değerlendirilmektedir. Kurum tarafından gerçekleştirilen

inceleme sonrasında, elde edilen sonuçlar hakkında başvuru sahibi telefonla bilgilendirilmekte veya talep edilmesi halinde yazılı olarak bilgilendirme yapılmaktadır

Yazılı veya sözel iletilen tüm başvurular HBBS (Hasta Başvuru Bildirim Sistemi)'ne veya YÇSD (Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri)'ne kaydedilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki şikâyetlerin kaydedilmesi süreci Şekil 5'te detaylı olarak görülmektedir. Bu süreç yüz yüze görüşme kanalı ile hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi ve kaydedilmesi sürecidir. Türkiye'de bu iş ve işlemler hasta hakları birimleri tarafından yapılmaktadır.

Şekil 5

Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Kaydedilmesi



1.2.3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları

Türkiye'de 2005 yılında yayınlanan yönergeyle oluşturulan hasta hakları birimleri, hastanelerdeki hasta şikâyet başvurularını kabul edip acil sorunlara çözüm sağlamak ve

aynı zamanda bir üst birimi bilgilendirmek amacıyla hizmet vermektedir. Bu birimler, sağlık çalışanları ve hastalar arasında hasta haklarına yönelik farkındalığı artırmak ve geliştirmek için faaliyet göstermektedir. Temel hedefleri, hasta hakkı ihlallerini önlemek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaya yönelik ilgili birimlere geri bildirim sağlamaktır.

Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirlenen hasta hakları uygulamaları konusunda deneyimli halkla ilişkiler uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya hemşire (fakülte mezunu) unvanına sahip kişiler arasından hastane ek hizmet binaları ve kampüs sayısı göz önünde bulundurularak görevlendirmeler yapılmaktadır.

İl koordinatörlüğüne bağlı olarak çalışan hasta hakları birimleri, iletilen şikâyet başvurularını ve sonuçlarını kaydederek takibini ve çözüm sağlayamadığı durumlarda kurula sevkini sağlamaktadır.

Hasta hakları, hasta hakkı ihlallerini önlemekle birlikte sağlık hizmetleri alanındaki ilişkilerin, görev ve sorumluluk sınırlarını belirlemek açısından önemli bir role sahiptir. Tüm başvurular, ilgili yönetmeliğin belirlenmiş olduğu sınırlar içinde değerlendirilerek sonuçlandırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirlenen Hasta Hakları Uygulamalarını, Hasta Hakları Yönetmeliği'ni referans alarak 10 başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- **Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma Hakkı:**

Bu madde, her hastanın, ırk, dil, din, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi faktörlere bakılmaksızın, adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak tüm sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 6. Maddesi uyarınca, koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, tüm sağlık hizmetlerinden ihtiyaca uygun olarak yararlanmayı ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ve personellerin bu ilkeler doğrultusunda hizmet verme yükümlülüklerini içermektedir.

Örneğin: Muayene önceliğinin belirlenememesi, randevu verilememesi, hastanedeki bekleme süreleri, herhangi bir sebeple hizmet alamama vb.

- **Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı:**

Hastalar, tıbbi teşhis, tedavi, olası komplikasyonlar ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm bilgileri öğrenme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği 7. ve 15. maddelerine göre, hastalar sağlık kurumlarındaki hizmetlerden nasıl yararlanacakları, hangi sağlık

kurumlarından hangi şartlarda faydalanabilecekleri konusunda bilgi isteme hakkına sahiptir. Sağlık kurumları, hastaları bu konularda bilgilendirmek için gerekli tedbirleri almak ve bu bilgileri hastalara kolayca ulaşabilecekleri şekilde sunmak zorundadır. Her türlü bilgiyi yazılı ve sözlü isteme hakkı, eksik ya da yanlış belgelerin düzeltilmesini talep etme hakkı vardır.

Örneğin; Tıbbi teşhis ve tedavi ile ilgili bilgi verilmemesi, tıbbi teşhis ve tedaviyi uygulayacak personel hakkında bilgi verilmemesi, sosyal güvencesinin ödeme kapsamı dışında kalan işlemleri, geçmiş teşhisi hakkında bilgi alma, itiraz etme veya değiştirme talebi, yatan hastanın izin verdiği veya bilinci kapalı ise 1. derece yakını olan kişilere genel sağlık durumu hakkında bilgi verilmemesi vb.

▪ **Sağlık Personelini ve Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı:**

Hastalar, mevzuatın belirlediği kurallara uygun olarak, istedikleri sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 8. ve 9. maddelerine göre, hastalar sevk sistemi dahilinde sağlık kuruluşlarını değiştirebilir ve sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Ayrıca, hastaların tedavi eden doktorlarını değiştirme ve diğer doktorlardan konsültasyon alma hakları bulunmaktadır. Bazı durumlarda mevzuatta belirtilen ücret farklarını hastalar kendileri ödemek zorundadır. Bu işlemler öncesinde yazılı veya sözlü bilgi alma hakları da mevcuttur.

Örneğin; Acil müdahaleler dışında sağlık profesyonelinin değiştirilmesi talebi, hasta sevkinin bekletilmesi vb.

▪ **Mahremiyet:**

Hastanın fiziksel mahremiyetinin korunması ve sağlık bilgilerinin izinleri olmadan paylaşılmamasını içermektedir. Hastalar, tüm sağlık hizmetlerini gizlilik içinde alma hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. maddesi uyarınca, hastaların mahremiyet haklarına saygı gösterilmesi zorunludur ve tıbbi müdahaleler bu ilkeye uygun şekilde yapılmalıdır.

Örneğin; Hastanın fiziksel mahremiyetinin kendisinin belirlediği sınırlarda sağlanamaması, hastanın izin vermediği veya bilinci kapalı ise 1. derece yakını olan kişi dışındaki yakınlarına bilgi verilmesi, ayaktan hasta kabul listesinde veya monitörlerde kimlik bilgisi veya isminin tam olarak paylaşılması vb.

▪ **Tedaviyi Reddetme, Durdurma ve Rıza:**

Reşit ve akli dengesi yerinde olan hastalar, acil ve hayati tehlike arz etmeyen durumlar haricinde, uygulanacak veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetme ve durdurma hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesine göre, bu hakların kullanılması durumunda, tedavinin uygulanmamasından doğacak olumsuz sonuçların hastaya açıklanması ve yazılı onamının alınması gerekmektedir.

Rıza ise, hastanın tıbbi müdahaleyi bilgilendirilmiş bir şekilde ve kendi serbest iradesiyle kabul etmesidir. Teşhisi veya genel muayenesi sebebiyle başvurduğu hastanelerde yapılması planlanan bilimsel araştırmalar için de geçerlidir. Hasta Hakları Yönetmeliği 26. maddesine göre, tıbbi işlemler hastanın onayını içeren rıza formu ile kaydedilir. Eğer hasta küçük ya da kısıtlı ise, veli veya vasisinin izni alınır. Bu izin ve rıza süreçlerinin detayları 24. maddede açıklanmıştır.

Örneğin; hastanın onam formunda belirtilen sınırlarda ve/veya izin verdiği tedaviler dışında tedavi uygulanması veya onam formundaki hatalar veya eksikler vb.

▪ **Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma Hakkı:**

Hastaların sağlık hizmetlerini güvenli bir ortamda alması temel bir haktır. Hasta Hakları Yönetmeliği 37. maddesine göre, kurumlar hastalar, ziyaretçiler ve refakatçilerin can ve mal güvenliğini korumak için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Örneğin; hastaya ait özel eşyanın çalınması veya diğer hasta ve hasta yakınları veya çalışanlar ile oluşabilecek her türlü durumdan korunması vb.

▪ **Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme Hakkı:**

Hasta ve yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için sağlık kurumları gerekli koşulları sağlamaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 38. maddesi uyarınca, kurumların imkanları dahilinde hastaların dini gereksinimlerine cevap verilmektedir. Bu, hastane hizmetlerinin aksamaması, diğerleri rahatsız edilmemesi ve tıbbi tedaviye müdahale edilmemesi koşulları altında, hastaların talepleri doğrultusunda, dini inançlarına uygun din görevlilerinin davet edilmesini ve uygun zaman ve mekânın belirlenmesini içerir.

Örneğin; morg hizmetlerinde dini inançlara uygun hizmet verilememesi veya hastane imkanları uygun olduğu halde hastanın ibadetlerini yerine getirilmesinde gereken koşulların sağlanmaması vb.

▪ **Saygınlık Görme ve Rahatlık:**

Hastalar ve hasta yakınları, sağlık hizmeti aldıkları kurumlardan saygılı ve güler yüzlü hizmet alma hakkına sahiptirler. Ayrıca, bu kurumlarda hastaların rahat edeceği koşulların oluşturulması ve rahatsız edici etkenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 39. maddesine göre, sağlık personeli hastalara karşı nazik, şefkatli ve saygılı olmalı ve hastalara, yapılacak işlemler ve olası bekleme süreleri hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca, sağlık kurumlarının hijyenik ve gürültüsüz bir ortam sağlaması ve hastaların bu konudaki taleplerini dikkate alması gerekmektedir.

Örneğin; sağlık çalışanları ile hasta veya hasta yakınları arasındaki ilişkilerde davranış veya ifadelerde uygunsuzluk olması veya hizmetin devam ettiği saatte asansörlerin arızalanması, tamirat bakım işlemleri ile ilgili yaşanan gürültü, temizlikle ilgili sorunlar vb.

▪ **Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma:**

Hastalar, sağlık kurumlarının belirlediği kurallar çerçevesinde ziyaretçi kabul etme ve doktorun uygun gördüğü durumlarda refakatçi bulundurma hakkına sahiptirler. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 39. maddesine göre, ziyaretçilerin kabulü, hastaların huzurunu bozmayacak ve belirlenen kurallara uygun şekilde yapılmalıdır. 40. maddeye göre ise, tedavi sürecinde hastaya yardımcı olmak amacıyla, hastanın durumuna ve kurumun imkanlarına bağlı olarak, tedaviyi yürüten doktorun izniyle refakatçi bulundurulabilir. Bu hakkın kullanımı ve ilgili tedbirler, sağlık kurumunun çalışma prensipleri ve mevzuatına göre düzenlenir.

Örneğin; hekim tarafından izin verildiği halde hastanın ziyaretine veya refakat edilmesine uygun koşulların sağlanmaması vb.

▪ **Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı:**

Hastalar ve yakınları, hak ihlalleri durumunda, ilgili sağlık kurumunun Hasta Hakları Birimi, SABİM veya CİMER üzerinden telefon veya internet yoluyla şikâyetlerini iletebilir ve gerektiğinde adli yollarla dava açma hakkına sahiptirler.

Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420)

Hasta hakları birimi tarafından yazılı veya sözel iletilen tüm başvurular yukarıda belirtildiği şekilde hasta hakları sınırları kapsamında işleme alınarak takibi sağlanmaktadır. Şekil 5'te görüldüğü gibi HBBS (Hasta Başvuru Bildirim Sistemi)'ne veya YÇS (Yerinde Çözülen Sorunlar) Defteri'ne kaydedilmektedir. Daha sonra hem hastane yönetimine hem de kalite koordinatörlüğüne verilerin sınıflandırılmasına yönelik tanımlayıcı istatistikler her ay Tablo 3 ve Tablo 4'te görüldüğü şekilde raporlanmaktadır.



Tablo 3*Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin İl Sağlık Müdürlüğüne Raporlanması*

KURUM ADI:			
YERİNDE ÇÖZÜMLENEN BAŞVURULAR		BAŞVURULARININ BİRİMLERE GÖRE DAĞILIMI	BAŞVURUYA KONU OLAN MESLEK GRUBU
Cinsiyet Dağılımı	Kadın	Poliklinik Hizmetleri	Hekim
	Erkek	Klinik Hizmetleri	Diş Hekimi
Çalışma Durumu	Kamu personeli	Laboratuvar/Görüntüleme	Hemşire/Sağlık Memuru
	İşçi	Acil Servis	Yardımcı Sağlık Personeli (Shu Psikolog, fizyoterapist)
	Emekli	Yoğun Bakım	Sekreter Güvenlik Personeli Temizlik Personeli
	Ev Hanımı	Ameliyathane	İdari Personel
	Serbest	İdare	Diğer
	Çalışmıyor	Otelcilik Hizmetleri	
	Diğer	Diğer (Halkla İlişkiler, Sosyal Hizmetler)	GENEL TOPLAM
	26-30	GENEL TOPLAM	HASTA HAKLARI EĞİTİMLERİ
YAŞ	31-35		
	36-40	BAŞVURU NEDENLERİ	Personele Yönelik Hizmet İçi Eğitimler
	41 Yaş üstü		Topluma Yönelik Hasta Hakları Eğitimi
	26 yaş altı		Yatan Hasta Bilgilendirme
Eğitim Durumu	Okur /Yazar Değil	Sağlık Kuruluşunu /Hekim Seçememe-Değiştirme	GENEL TOPLAM
	İlköğretim	Güvenliğin Sağlanamaması	
	Lise	Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	
	Lisans	Saygınlık ve Rahat Görememe	
	Lisans üstü	Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul Edememe	
GENEL TOPLAM		Başvuru ve Dava Edememe	BAŞVURAN BGD
CİNSİYET		Diğer	BAŞVURU NED.
		Bilgilendirilmeme	BAŞ. KONU OLAN MG
ÇALIŞMA D.		Bilgilendirilmemiş Rızanın Alınmaması	
YAŞ		Hizmetten Genel Olarak Yararlanmama	
EĞİTİM D.		GENEL TOPLAM	

Tablo 4

Sağlık Hizmetlerinde Şikâyetlerin Hastane İdaresi ve Kalite Birimine Raporlanması

HASTA-HASTA YAKINI BİLDİRİMLERİ VERİ TOPLAMA FORMU									
Bildirim Kaynağı	Bildirim Sayısı	% Oranı *	Olumsuz Bildirim Sayısı	Olumsuz Bildirim Oranı**	AÇIKLAMA!!				
Dilek ve öneri kutuları		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Hasta hakları birimi (yerinde çözülen sisteme girilen)		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Web sayfasına gelen		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Kurumsal mail adresine gelen		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
SABİM		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !	Tüm bildirimler mutlaka aşağıda belirtilen parametrelere uygun olarak kategorize edilmelidir.				
CİMER		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
İç yazışma ile gelen		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !	Tüm bildirimler bölüm bazında içerik olarak kategorize edilmelidir.				
Hasta anket önerileri		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
TOPLAM SAYI	0		0	#SAYI/0 !	Belirtilen parametrelerin herhangi birine dahil olmayan bildirimler diğer parametresinde gösterilmelidir.				
Bildirim Yapılan Bölüm	Bildirim Sayısı	% Oranı *	Olumsuz Bildirim Sayısı	Olumsuz Bildirim Oranı**	Tabloda belirtilen toplam bildirim sayıları birbiri ile aynı olmalıdır. (Örneğin; bildirim içeriğine göre kategorize edilen bildirimlerin toplamı, olumsuz bildirim sayısının toplamına eşit olmalıdır.				
Poliklinik		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !	Hasta Deneyimi Anketleri üzerinden gelen bildirimler Kalite Direktörlüğü tarafından analiz edilmektedir.				
Acil servis		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Yataklı servisler		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Yoğun Bakım Üniteleri		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Görüntüleme hizmetleri		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
Diğer		#SAYI/0 !		#SAYI/0 !					
TOPLAM SAYI	0		0	#SAYI/0 !					
Olumsuz Bildirimlerin İçerikleri	Poliklinik	Acil servis	Yataklı servisler	Yoğun Bakım Üniteleri	Görüntüleme hizmetleri	Diğer	Toplam	Olumsuz Bildirim Oranı**	Örnek Konu
Bilgilendirmenin yapılmaması							0	#SAYI/0 !	Hasta Durumu Hakkında Yeterli/ Hiç Bilgilendirme Yapılmaması
Hastanın dinlenilmemesi							0	#SAYI/0 !	Göğüs-Dahiliye Polikliniği/ Doktorun Hastayı Dinlememesi
Erişim ve yönlendirmenin yetersiz olması							0	#SAYI/0 !	Yönlendirme Tabelalarında Eksiklikler/Hatalar
Fiziksel, çevresel yapı, malzeme, cihaz ve onarım ile ilgili sorunlar							0	#SAYI/0 !	
İtibar ve saygı görememe							0	#SAYI/0 !	Poliklinikte Sekreterlerin Hastalara Özensiz Konuşması/Dinlememesi
Kişiler arası							0	#SAYI/0 !	Polk. Sekreterliği

iletişim bozukluğu	!	Hakkında Şikayet
Mahremiyete saygı gösterilmemesi	0	#SAYI/0
Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hk.	0	#SAYI/0
Randevu alamama	0	#SAYI/0
Temizlik hk.	0	#SAYI/0
Tıbbi özen gösterilmemesi	0	#SAYI/0
Yemek hk.	0	#SAYI/0
Zamanında hizmetten yararlanamama	0	#SAYI/0
Diğer	0	#SAYI/0
TOPLAM SAYI	0	0

Hasta şikâyetlerinin raporlanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli olarak izlemek ve iyileştirmek için önemli bir araçtır. Hasta şikâyetlerini yönetme ve bu şikâyetlere yanıt verme mekanizmaları, pek çok ülkede yasal düzenlemelerin bir parçası olmasına rağmen, şikâyetlerin farklı ülkelerdeki farklı sağlık sistemlerinde çeşitli kategorilere ayrılması, küresel düzeyde karşılaştırarak değerlendirme yapmayı ve sonuç çıkarmayı zorlaştırmaktadır (Harrison vd., 2016). Van Dael vd. (2020) sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarının, hasta şikâyetlerinin kaydedilmesi ve analiz edilmesini başarıyla yerine getiremediğini ve şikâyet verilerinin sistem düzeyinde iyileştirmeler için kullanılmasında eksiklikler olduğunu ifade etmektedir. Hsieh (2009), şikâyet verilerinin geliştirilen taksonomiler aracılığıyla kullanılması ile sağlık hizmetlerindeki hasta şikâyetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesine ve daha geniş bir perspektifle sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini belirtmektedir. Literatürde, özellikle Reader ve diğerleri (2014)'ın yayınladığı taksonominin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

1.2.3.2. Reader'ın Hasta Şikâyet Taksonomisi ve Değerlendirilmesi

Reader ve diğerleri (2014) tarafından hasta şikâyetlerinin sistematik incelemesi ile geliştirilmiş şikâyet taksonomisi, hasta şikâyetlerinin analizi için bir kodlama önermektedir. Şikâyet konularını klinik bakım, sağlık kuruluşlarının yönetimi ve sağlık

personeli-hasta ilişkileri olmak üzere üç ana alanda kategorize etmektedir. Bu taksonomi, Tablo 5’te görülmektedir.

Tablo 5

Reader’ın Taksonomisi

Alanlar	Kategoriler	Alt Kategoriler	Konu
Klinik	Kalite	Muayene	Klinik personeli tarafından yetersiz hasta muayenesi
		Konsültasyon	Farklı servislerdeki tedavinin koordinasyonunda sorunlar
		Bakım kalitesi	Standartların altında klinik/hemşirelik bakımı
		Tedavi	Kötü veya başarısız klinik tedavi
	Hasta Güvenliği	Teşhisteki hatalar	Hatalı, atlanmış veya gecikmiş klinik tanı
		İlaç hataları	İlaç yazarken veya uygularken yapılan hatalar
		Hasta Güvenliği	Hasta güvenliğini tehdit eden olaylar veya komplikasyonlar
		Beceriler ve davranışlar	Sağlık profesyonelinin teknik ve teknik olmayan becerilerinde hasta güvenliğini tehlikeye atacak eksiklikler
Yönetim	Kurumsal sorunlar	Bürokrasi	Hastane kuralları ve prosedürlerle ilgili sorunlar
		Çevre	Kötü konaklama, hijyen veya yemek
		Finans ve faturalandırma	Sağlık hizmetleriyle ilişkili maliyetler veya faturalandırma süreci
		Hizmet Sorunları	Hastane hizmetleriyle ilgili sorunlar (hastaların randevu alma, kayıt veya yönlendirme vb. sorunlar)
	Zamanlama ve erişim	Personel ve Malzeme	Yetersiz hastane personeli ve malzeme düzeyleri
		Erişim ve kabul	Hizmetlere veya personele erişim sorunları
		Gecikmeler	Başvurularda veya tedaviye erişimde gecikmeler
		Taburculuk	Hastaneden erken, geç veya plansız taburculuk
		Sevk Sorunları	Hasta sevkinde yaşanan sorunlar
	İletişim	İletişim Sorunları	Hastalarla yetersiz, gecikmeli veya eksik iletişim
		Yanlış Bilgi Verilmesi	Hastalara yanlış, yetersiz veya çelişkili bilgilerin iletilmesi
		Hasta ve Personel İletişimi	Hastaları dinlememek, ortak karar alma eksikliği ve çatışma yaşanması
		Saygı, itibar ve Hastaya Şefkat	Hastalara kaba, saygısız veya duyarsız davranışlar
İlişkiler	İnsaniyet / Şefkat Gösterme	Personel tutumları	Hastalara karşı kötü tutumlar
		Taciz/ İstismar	Hastaların fiziksel, cinsel veya duygusal istismarı
		Gizlilik	Hasta mahremiyetinin ihlali
	Hasta hakları	Rıza-Onam	Hastanın onamını almaya zorlamak veya almamak
		Ayrımcılık:	Hastalara karşı ayrımcılık yapılması

Kaynak: Reader vd. (2014).

Bir taksonomi, üzerinde anlaşmaya varılan tanımlar, tercih edilen terimler ve açık bir alan ontolojisi temelinde ilişkileri içeren standartlaştırılmış kavram kümelerini

kullanarak bilgilerin kategorize edilmesini sağlamaktadır (Harrison vd.,2016). Bilgilerin tanımlanması, kendi eşdeğerliği ile karşılaştırılması, ölçülmesi, izlenmesi, analiz edilmesi ve yorumlanması gibi işlemleri kolaylaştırmaktadır. Bu şekilde hasta şikâyetlerine standartlaştırılmış bir taksonomi uygulamak, sağlık hizmetlerinde tekrar eden sorunları belirleme imkânı da sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta şikâyetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesine ve daha geniş bir perspektifle sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Ancak geliştirilen taksonominin bazı geçerlik ve güvenirlik kriterlerini sağlaması gerekmektedir (Harrison vd.,2016, van Dael vd.).

Salazar ve diğerleri (2018) hasta şikâyetlerini kategorize etme sürecindeki veri girişi ile ilgili sorunlara dikkat çekmektedir. Bir hasta şikâyeti genellikle tek bir konuyla sınırlı olmadığı için çeşitli faktörler içermektedir. Bu durum çok faktörlü şikâyetlerin veri olarak sisteme işlenmesindeki zorlukları ifade etmektedir

Harrison ve diğerleri (2016) ise Reader'ın taksonomisinin, özellikle klinik tedaviler boyutunda ölçüm geçerliliği ile ilgili önemli eksiklikleri olduğunu belirtmektedir. Hasta şikâyetlerinin klinik tedavilerle ilgili yeterince ve kapsamlı bir şekilde ele alınmadığı, kavramların nasıl ilişkilendirildiği ve farklılaştığının tam olarak belirtilmediğini ifade edilmektedir. Bu bağlamda, kodlama geçerliliği, bir taksonomideki anahtar kavramların ve temaların ne kadar iyi yakalandığını değerlendirmektedir. Bir kategori veya ölçümün, gerçekte neyi temsil etmesi gerektiğini doğru bir şekilde yansıtip yansıtmadığına odaklanmaktadır.

Harrison ve diğerleri (2016) bu durumu şu şekilde örneklendirmektedir. Bir tedavi sürecinde iletişim problemi yaşandığında, bu durum "İletişimde Gecikme" olarak tanımlanabilir. Ancak "Hasta Kabulde Gecikme" veya "Tedavide Gecikme" olarak da tanımlanabilir. Tedavide yaşanan bir gecikme durumunda, klinik sorunlar kodu olarak işleme alınmalıdır. Bu belirsizlik, aynı şikâyetin farklı kategorilere dahil edilebileceği ve bu nedenle kodlamanın belirsiz ve farklı yorumlara açık olabileceği anlamına gelmektedir.

Van Dael ve diğerleri (2020) sağlık hizmetlerindeki hasta şikâyetlerini kodlama ve veri girişi işlemlerinin, uygulama içinden olmayan bir kişi tarafından gerçekleştirilmesini önermektedir. Bu şekilde, olası yanlışlıklar önlenerek kodlama sürecinde güvenilirliği artırmak hedeflemektedir. Bu bağlamda, kodlama güvenirliği, aynı değerlendirme veya

kodlama işlemini farklı kişilerin gerçekleştirdiği durumlarda, değerlendirmelerin ne kadar tutarlı olduğunu ifade etmektedir. Kodlama güvenilirliği, bir taksonomi kullanılırken farklı kodlayıcıların benzer verileri benzer şekillerde kodlaması anlamına gelmektedir.

Van Dael ve diğerleri (2020) tarafından yürütülen çalışmada, hasta odaklı şikâyetlerin nasıl ele alındığı ve genel olarak sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeye nasıl katkı sağlandığı konusundaki 12 farklı bağlam-mekanizma-sonuç (BMS) konfigürasyonunu özetlemiştir. Hasta odaklı Şikâyetlerin alınması ve kalite iyileştirmede kullanılması için geliştirilen 12 BMS tablo 6’da görülmektedir.

Çalışmanın temelini program teorisi oluşturmaktadır. Program teorisi, bir müdahalenin nasıl çalışması gerektiği hakkındaki temel varsayımları ifade etmektedir. Yani, bir şeyin başarılı olması için ne tür adımların atılması gerektiğiyle ilgilenmektedir. Konfigürasyonlar, çeşitli bağlamların, mekanizmaların ve sonuçların birbiriyle nasıl etkileşimde bulunduğunu açıklamaktadır. Bağlamlar, arka planın yönlerini, insanlar ve orta düzey sonuçların belirlenmesini ifade etmektedir. Yani, bir müdahale veya programın etkileşime girdiği genel koşulları ve çevresel faktörleri temsil etmektedir. Mekanizmalar, belirli bağlamlarda faaliyet gösteren temel varlıklar, süreçler veya yapıları ifade etmektedir. Sonuçlar ise beklenen veya beklenmeyen ara (aracı) ve nihai sonuçları temsil etmektedir.

Van Dael ve diğerleri (2020) bu açıklamaları, şu şekilde örneklendirmiştir. Savunmacı bir organizasyon kültürü (bağlam), şikâyet verilerinin kaydedilmesinde (mekanizma) personelin önyargılı olmasına sebep olur. Bu durumda kalite iyileştirme açısından güvenilir olmayan analiz sonuçlarına neden olur.

Tablo 6

Hasta Odaklı Şikâyetlerin Ele Alınması ve Sistem Çapında Kalite İyileştirme İçin 12 Bağlam-Mekanizma-Sonuç (BMS)

B-M-S	Bağlam (B)	Mekanizma (M)	Sonuç (S)
KOLAYLAŞTIRMA	BMS1 Şikâyet prosedürlerinin ve politikalarının netliği	Hastalar ve yakınları, haklarının farkında olduklarında ve ilgili prosedürlerin ana hatlarını veren bilgilere kolayca erişebildiklerinde şikâyetle bulunmaya daha yatkın olurlar.	...ve hasta ve yakınlarının telafi talebinde bulunmasını kolaylaştırır
	BMS2 Şikâyetçinin özellikleri ve eşlik eden ihtiyaçlar (örneğin, sağlık durumu veya dil engeli nedeniyle olan kişiler)	Destek ve sosyal hizmet hizmetleriyle iş birliği, yaygın olarak dışlanan hasta grupları için erişilebilirliği artırır.	...ve şikâyet verilerinin farklı gruplar için temsil edilebilirliğini artırır
	BMS3 Şikâyetle bulunanların damgalanması ve personelin tutumu	Personelin şikâyet prosedürlerini teşvik etmesi ve bu prosedürleri yönlendirmesi, hastaların ve yakınlarının şikâyetle bulunmasını engelleyen endişeyi ve damgalanmayı azaltır.	...ve hastalar ve yakınlarını geri bildirimlerini paylaşmaya teşvik eder
YANITLAMA	BMS4 Personel koordinasyonu ve müdahale araç setleri	Kapsamlı ve özel müdahale, şikâyetçi memnuniyetini artırır.	...ve şikâyet sürecinin çözüm sağlamasını sağlar
	BMS5 Şikâyetlerin ele alınma kalitesini izlemek için kullanılan ulusal standartlar	Şeffaflık, şikâyetlerin ele alınmasında hesap verebilirliği artırır ve diğer hastaları ve yakınlarını geri bildirimde bulunmaya teşvik eder.	...ve şikâyet prosedürlerinin kullanımını teşvik eder
RAPORLAMA	BMS6 Şikâyetlerde kaydedilen hizmet hatalarını kaydetmek için kullanılan çerçeve	Kanıtı dayalı bir raporlama çerçevesi, şikâyet verilerinin anlamlı şekilde toplanmasını destekler.	...ve güvenilir ve faydalı öğrenme içgörülerini sağlar.
	BMS7 Şikâyet raporlama konusunda eğitim almaktan sorumlu personel türü	Ön saflardaki uygulamalardan yeterince uzaklaştırılmış kodlama personeli için standartlaştırılmış eğitim ve kılavuzlar, raporlamanın objektifliğini ve tutarlılığını artıracaktır.	...ve hastanın sesini temsil eden veriler sağlar.
	BMS8 Şikâyet bilgilerini oluşturmak ve saklamak için kullanılan bilişim sistemi	Merkezi bir bilişim sistemi, veri izlemeyi ve üçgenlemeyi kolaylaştırır.	...ve bakım sorunlarının etkili, sürekli izlenmesine olanak tanır.
ANALİZ	BMS9 Hizmette alınan şikâyetlerin sıklığı (örneğin örneklem büyüklüğü)	Analizin uygun bir organizasyonel düzeyde yürütülmesi, yetersiz hizmet eğilimlerinin belirlenmesini sağlar	...ve sistem çapındaki hizmet sorunlarının belirlenmesine yardımcı olur.
	BMS10 Personel analizi becerileri ve veri altyapısı (örneğin, otomatik kontrol panelleri, üçgenleme)	Niceliksel eğilim analizini hedeflenen niteliksel analizle birleştirmek, iyileştirme için ayrıntılı, eyleme dönüştürülebilir dersler üretir.	...ve iyileştirme girişimlerinin yerini belirlemeye ve önceliklendirmeye yardımcı olur.
İYİLEŞTİRME	BMS11 Kurul öncelikleri ve liderlik	Kurul öncelikleri ve liderlik, şikâyet verilerinin kalite izleme ve iyileştirme için kullanılma derecesini şekillendirir.	...ve hastaların bakım hizmetleri üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olmasına olanak tanır
	BMS12 Organizasyon kültürü ve şikâyetlere yönelik damgalama	Şikâyetleri öğrenme fırsatları olarak kabul eden adil bir kültür, şikâyetlerin personel üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldırır.	...ve personelin şikâyetlere karşı endişesini azaltır

Kaynak: Van Dael vd. (2020)

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulamaları BMS1 ve BMS 5’i kapsamaktadır. BMS5, BMS6, BMS7, BMS8, BMS9 ve BMS10 araştırma kapsamında önerilen taksonomi çalışmasına dahil edilmiştir. Taksonominin geliştirilmesine yönelik süreç 3.bölümdeki araştırma yöntemlerinin 2. kısmını oluşturmaktadır. Araştırma bulguları ve elde edilen tablolar 4.bölümde görülmektedir.



BÖLÜM 2. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI VE KURAMSAL ÇERÇEVESİ

Bu bölümde, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim süreci bağlamında oluşturulan araştırma modelinde, hizmet telafilerinin hastalarda oluşturduğu adalet algısı ve bu algının tetiklediği duygular ile telafiden duyulan memnuniyet ve işletmeler tarafından hedeflenen hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim kavramlarına odaklanılmaktadır.

2.1. Şikâyet Yönetiminde Memnuniyet

Şikâyet memnuniyeti kavramı, bir müşterinin bir firmaya ilettiği şikâyete verilen yanıtın ardından hissettiği memnuniyeti ifade etmektedir (Lyon ve Powers, 2001). Bu terimin literatürde bazı eş anlamlarına rastlamak mümkündür. İlk çalışmalarda, Etzel ve Silverman (1981) ve Oliver (1988) bu terimi "ikincil memnuniyet" olarak kullanmıştır. Burada, müşterinin asıl hizmet deneyiminin ardından, şikâyetine verilen yanıtla ilgili memnuniyeti vurgulanmaktadır. Lewis (1983) ise bu olguyu “şikâyet yanıt memnuniyeti” olarak adlandırmaktadır. Blodgett ve Granbois (1992) “firmanın şikâyet yanıtından duyulan memnuniyet” olarak ifade etmektedir. Stauss, (2002) “genel şikâyet memnuniyeti” olarak kullanmıştır. Diğer “çözümünden memnuniyet” (Harris vd., 2006), “telafinin onaylanmaması” (McCollough vd., 2000) bunlara örnektir. Yine benzer çalışmalar “hizmet iyileştirme memnuniyeti” (Boshoff, 1999, aktaran de Ruyter ve Wetzels, 2000) veya “hizmet iyileştirmeden memnuniyet” (Maxham ve Netemeyer 2002) olarak ifade edilmiştir. Bu terim çeşitliliği, konunun farklı sektörlerdeki farklı yönlerini inceleyen araştırmaların geniş kapsamını yansıtmaktadır. Her durumda anlam aynıdır: Şikâyet memnuniyeti veya memnuniyetsizliği, bir müşterinin firmanın şikâyetine verdiği yanıtı nasıl değerlendirdiğini ifade etmektedir. Değerlendirmelere ilişkin genel çerçeve ise beklentilerin onaylanması / onaylanmaması paradigmasıdır (Oliver, 1980). Müşteriler, şikâyetleri ele alma prosedürlerinin gerçek performansına ilişkin algılarını, performansa yönelik beklentileriyle karşılaştırmaktadır. Bu süreçteki müşterilerin algıları ve beklentileri, hizmet telafisinin biçimiyle doğrudan etkileşim halindedir ve bu etkileşim, memnuniyet düzeyini belirleyen temel faktördür (Orsingher vd.,2010).

Hizmet sektöründe, müşteri memnuniyetinin üretim sektörüne kıyasla genellikle daha düşük olduğu belirtilmektedir (Andreasen ve Best, 1977, aktaran Johnson vd., 2001). Bu farklılığın nedeni, ürünlerde belirli bir kalite standardını tutarlı bir şekilde sağlamanın nispeten daha kolay olması ve hizmet sektöründe karşılaşılan pek çok değişkenin bu süreci karmaşıktırması ile açıklanmaktadır (Johnson vd., 2002). Özellikle hizmet sektöründe insan faktörünün önemli bir rol oynaması, işlerin beklenmedik şekillerde gelişebileceğine ve bu durumun müşteri memnuniyetsizliğine yol açabileceğine işaret etmektedir (Gustafsson, 2009). Bu bağlamda, hizmet telafisinin, hizmet sektöründe kaçınılmaz bir unsur olduğu belirtilmektedir (Orsingher vd., 2010). Dolayısıyla işletmelerde, gerçekçi olmayan “sıfır hata” beklentisi yerine, müşteri ilişkilerini yönetme ve olumsuz durumlarla başa çıkmak için "sıfır müşteri kaybı" hedefiyle etkili bir hizmet iyileştirme programı geliştirilmesi daha gerçekçi bir yaklaşım olarak önerilmektedir (Hoffman vd., 2016).

2.2. Hizmet Telafisi

Müşteri memnuniyetsizliği durumunda, müşteri ilişkileri yönetimi açısından, firmalara iletilen müşteri şikâyetleri için hizmet telafisi sunulmasının bir zorunluluk olduğu anlaşılmaktadır (Odabaşı, 2015). Grönroos (1988) tarafından tanımlandığı üzere hizmet telafisi, bir hizmet sağlayıcının müşteri şikâyetlerine verdiği yanıtların bütünüdür ifade etmektedir (McCollough vd., 2000). Van Vaerenbergh ve diğerleri (2019) tarafından açıklanan tanıma göre ise hizmet telafisi, bir işletmenin, hizmet hatası yaşamış bir müşterinin şikâyetine yanıt vererek müşteriyi elinde tutma sürecidir. Hizmet telafisi süreci iki ucu keskin bir bıçak gibidir; bir yanda müşterileri yeniden kazanma fırsatı sunarken diğer yanda yetersiz telafiler ile müşteri memnuniyetsizliğini artırma ve hatta sonsuza kadar müşterileri kaybetmelerine neden olabilmektedir (Maxham ve Netemeyer, 2002).

Şirketin şikâyet veya sorunlara çözüm olarak sunduğu telafi, müşteriyi tatmin edebilir veya müşteri beklentileri ile kuruluşun yanıtı arasındaki boşluğu bir kez daha derinleştirebilmektedir (Gelbrich ve Roschk, 2011). Müşteri memnuniyetsizliği durumlarında doğru ve hızlı bir telafi süreci, müşterilerle kurulan güveni arttırarak olumsuz etkileri minimize edebilmektedir. Mevcut çalışmalar başarılı telafi çabalarının, müşteri ilişkilerini güçlendirebileceğini ortaya koymaktadır (Odabaşı, 2015). Hizmet telafisi süreçlerini iyileştirmek için, Roschk ve Gelbrich (2014) tarafından önerildiği

gibi, işletmeler telafi türlerini başarısızlık türleriyle uyumlu hale getiren bir çözüm rehberi oluşturmali ve ön cephe çalışanlarını bu konuda eğiterek yetkilendirmelidir. Çünkü sektöre ve başarısızlık türüne bağlı olarak değişebileceği gibi “anında çözümlerin” genellikle daha etkili olduğu belirtilmektedir.

Müşteri beklentileri ile gerçek deneyimleri arasında oluşan boşluklar hizmet hataları olarak ifade edilirken bu boşluklar, hizmet hatalarının somut bir belirtisi olarak kabul edilmektedir (Oliver ve Swan, 1989, aktaran Ha ve Jangi, 2009). Bunlar hizmet sunan personelin yeterli eğitim almamış olması veya yetkin olmaması, ürün veya hizmet kalitesi, süreç hataları, iletişim hataları veya teknolojik sorunlar sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Koç (2018) tarafından hizmet hatası, bir hizmetin sunulması sırasında ortaya çıkabilen her türlü hatalar, sorunlar veya eksiklikler olarak ifade edilmektedir. Başarılı hizmet telafisi işletmelerin, bir hizmet hatasından kaynaklanan ve potansiyel olarak olumsuz olan bir durumu olumluya çevirebilmesi anlamına gelmektedir. Müşteriler, bu sürecin etkili bir şekilde yönetilmesiyle birlikte, işletmelere karşı artan bir güven duygusu hissederek işletmeye olan bağlılıklarını güçlendirmektedirler (Tax vd., 1998). Hizmet telafisi, müşteri sadakatinin sağlanması açısından da oldukça önemli bir role sahiptir (Blodgett vd., 1997; Maxham ve Netemeyer, 2003).

Hizmet telafisi süreci müşteri perspektifinden ele alındığında, adalet teorisiyle ilişkilendirilmektedir (Rio-Lanza vd., 2009; Maxham, 2001). Adalet teorisine göre işletmeler, müşteri ilişkilerini yönetirken adillik ve karşılıklı yarara dayalı bir yaklaşım benimsemelidir. Bu ifade, müşterinin ilişkiye katkısının karşılığında ona uygun bir ödül sağlanması anlamına gelmektedir (Gelbrich ve Roschk, 2011). Bu teoriye göre bir kişi, bir durumun kendisine ne kazandırdığını, katkıda bulunduğu şeyle ilişkilendirmekte ve ardından harcadığı çaba ile elde ettiği sonuç arasındaki oranı değerlendirmektedir (Chiu vd., 2010). Adalet teorisi, işletmelerin şikâyet yönetim sürecinin her aşamasını, başından sonuna kadar anlaşılmasını sağlayan geniş bir çerçeve sunmaktadır (Tax vd., 1998). Bu çerçeve, müşterilerin şikâyetlerine verilen yanıtların, süreçlerin ve etkileşimlerin adillik algısını ve bu algının şikâyet memnuniyetsizliği veya memnuniyetine olan etkisini inceleme imkânı tanımaktadır.

Adalet kavramı zamanla, üç boyutlu bir anlayışa evrilmiştir (Blodgett vd.,1997; Tax vd.1998, aktaran Mattilla, 2001). Dağıtımsal adalet, her müşterinin şikâyet girişiminden belirli bir çıktı veya sonuç beklemesini ifade etmektedir. Bu sonuç, genellikle olumlu

yönde beklenmektedir ancak olumlu veya olumsuz olma potansiyeline sahiptir (Estelami, 2000). Dağıtımsal adalet, bir kararın sonucunun müşteri tarafından ne kadar adil algılandığına odaklanırken, prosedürel adalet süreçteki işleyişin ve kuralların adilliğine işaret etmektedir. Prosedürel adalet, müşteri şikâyetlerini ele almak için kullanılan süreçleri ifade etmektedir. Müşteriye hızlı yanıt verilmesi ve müşterilerle iletişim kurularak mutlaka bilgi verilmesi unsurlarını içermektedir (Tax vd., 1998). Etkileşimsel adalet ise, prosedürlerin uygulanması ve sonuçların iletilmesi sürecindeki kişiler arası etkileşimlerle ilgilenmektedir (Rio Lanza vd., 2009). Bu konuda personelin müşterilere saygılı ve nazik bir tutum sergilediği durumlarda, müşterilerin olumlu bir algıya sahip olduğu belirtilmektedir (Gelbrich ve Roschk, 2011).

Diğer yandan, hizmetler temel olarak insanlar arası ilişkilere dayandığı için özellikle hizmetlerde hata gibi beklenmedik durumlar karşısında duygular önemli bir role sahiptir. Bu bağlamda, Oliver (1997) ve Richins (1997) gibi araştırmacılar, hizmet araştırmalarında duyguların merkezi bir rol oynadığına ve tüketicilerin şikâyet davranışlarını anlamada kritik bir unsur olduğuna dikkat çekmişlerdir. Duygular, ağızdan ağıza iletişim, müşteri sadakati, yeniden satın alma niyeti gibi hizmet sağlayıcıya yönelik tutumlar ve şikâyet etme davranışları üzerinde önemli etkilere sahiptir (Allen vd.,1992, aktaran Davidow, 2003; Mccole, 2004, aktaran Chebat ve Slusarczyk 2005; Chiu vd., 2010; DeWitt vd. 2008).

Bireyler, genellikle olumsuz bir deneyimi, olay anında yaşadıkları negatif duygularla ilişkilendirme eğilimindedir (Bower, 1981). Negatif duyguların hatırlanması, müşterilerin hizmet etkileşimleri hakkındaki değerlendirmelerini ve benzer durumlara yönelik beklentilerini etkilemektedir. Ayrıca, olumsuz duyguların şikâyet davranışlarının alt süreçlerinde de belirleyici bir rolü vardır. Tronvoll'un (2007) çalışmasında, müşterilerin yaşadıkları olumsuz olayların yani hizmet başarısızlıklarının %97'sinde negatif bir duygu durumunun gözlemlendiği belirtilmektedir. Bu nedenle, hizmet telafisinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi, bu olumsuz duyguların olumluya dönüştürülmesi anlamında da önemli görünmektedir.

Hizmet telafisi, psikolojik ve somut çabalar aracılığıyla gerçekleştirilebilmektedir. Psikolojik çabalar, müşteriyle empati kurma ve özür dileme gibi stratejileri içerirken (Zemke, 1994, s. 17) somut telafi çabaları, hizmet hatası sonrasında sunulan maddi tazminatı ifade etmektedir. Bu süreçlerin esas hedefi, müşterinin olumsuz deneyimini

olumluya çevirmektir (Hoffman, 1995, s. 56). Clark vd.'nin (1992) araştırması, hizmet hatası yaşadıktan sonra küçük indirimler ve ekstralar alan müşterilerin yaklaşık %91'inin aynı işletmeden yeniden hizmet almaya daha meyilli olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, hizmet telafisi ve müşteri memnuniyeti arasındaki doğrudan ilişkiyi vurgulayarak işletmelerin hizmet hatalarını yönetme ve müşteri sadakatini sürdürme stratejilerinde ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

İşletmeler hizmet telafisi sürecinde çeşitli stratejiler izlemektedir. Bu stratejiler: Özür dileme, hataları adil bir çözümle telafi etme, hataların yol açtığı zararı karşılama ve oluşmuş zararın üstünde bir tazminat sunmaktır (Boshoff 1997, s. 126). Mcdougall ve Levesque (1999) ise özür ve tazminatla birlikte kolaylık sağlanması olmak üzere üç temel hizmet telafisi stratejisi tanımlamıştır. İşletmelerin hatayı telafi etmek için hızlı davrandığı ve özür dilediği durumlarda yüksek oranda memnuniyetin de arttığı görülmüş, telafinin zamanında yapılmadığında ise yalnızca özür stratejisinin etkili olmadığı bulunmuştur (Wirtz ve Mattila, 2004, s. 161). Hizmet telafi stratejilerine ilişkin bir diğer sınıflandırma da özür, tazminat, düzeltme, açıklama, yönetsel müdahale, istisnai telafi, empati ve onay şeklindedir (Lin, 2006, s.75-76). Bu telafi stratejilerinden özür, açıklama, tazminat, yönetim katılımı ve düzeltme işletmeler tarafından en çok kabul gören yöntemlerdir (Lee vd., 2011, s.205).

Hizmet telafisi birçok farklı araştırmacı tarafından ele alınmış ve çeşitli alt boyutlara ayrılmıştır. Bu boyutların büyük ölçüde ortak unsurlar barındırdığı görülmektedir. Hizmet telafisinin boyutlarını araştırmak için yapılan araştırmada; iletişim, yetkilendirme, geri bildirim, açıklama, tazminat ve somut unsurlar (personel görünümü ve ekipman kullanımı) olmak üzere altı boyut keşfedilmiştir. İletişim boyutu şikâyet sonrası işletmenin müşteriyle kurduğu iletişimin doğasını (kibar, yardımsever, empatik vb.) geri dönüş boyutu işletmenin müşteriye hizmet hatasının nedeni ve nasıl telafi edileceği hakkında bilgi vermesini, açıklama boyutu ise müşteriye hizmet hatalarının kaynağı ve nedenlerinin açıklanmasını içermektedir (Boshoff, 1999, s.244).

Hizmet telafisi stratejileri, Davidow (2003) tarafından yapılan ve geniş kabul gören bir sınıflandırmada dakiklik, kolaylaştırma, tazminat, özür, güvenilirlik ve özen gösterme olarak altı temel boyutta incelenmiştir. Quy (2014) tarafından yapılan bir sınıflandırmada ise nezaket, açıklama, kolaylaştırma, özür dileme, dakiklik ve tazminat şeklinde tanımlanmıştır. Özür dileme, bir anlamda psikolojik tazminat olarak

değerlendirilmektedir. Goodman ve diğerleri (1987)'e göre, özür dilemek bir şirketin suçunu kabul etmekten çok müşterinin yaşamış olduğu sorunu ciddiye aldığını gösteren bir işaret olarak ifade edilmektedir. Şikâyet sürecindeki etkileşimin içeriğini vurgulamaktadır. Özür, müşteriler için çok önemlidir (Davidow, 2000 s.477). Açıklama yapmak ise müşterinin yaşamış olduğu sorunun neden kaynaklandığı ve nasıl bir çözüm üretileceği konusunda bilgilendirmesini ifade etmektedir. Tazminat, bir sorun ortaya çıktığında, müşterinin "adil bir çözüm" beklentisini ifade etmektedir. Day (1984)'e göre, bu beklenti bir maliyet/fayda analizi olarak nitelendirilmektedir. Müşterinin yaşadığı sorunlara dayanarak elde ettiği gerçek sonuçları değerlendirmesini ifade etmektedir (Davidow, 2003, s.232). Kolaylaştırma, şikâyet yönetimi politikaları, prosedürleri ve müşterinin şikâyetini ifade etmesini kolaylaştırabilecek memnuniyet anketleri, ulaşılabilen ücretsiz telefon hattı gibi araçları ifade etmektedir (Davidow, 2000, s.476). Kolaylaştırmanın hizmet telafi memnuniyeti (Goodwin ve Ross, 1992) ve müşterilerin yeniden satın alma niyetleriyle (Fornell ve Wernerfelt, 1987) pozitif bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Blodgett ve diğerleri (1995) tarafından kolaylaştırmanın bireylerde olumsuz ağızdan ağıza iletişimle negatif yönde bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Davidow, 2000, 477). Dakiklik, organizasyonel yanıtların değerlendirilmesinde müşteri şikâyetlerine ne kadar hızlı cevap verildiğine odaklanan bir ölçüttür. Özellikle tazminatla birleştirildiğinde, dakikliğin müşteri memnuniyetini artırmada büyük etkisi olduğu belirtilmektedir (Davidow, 2003, s.232). Güvenirlik, müşterinin karşılaştığı soruna ilişkin işletmenin sorumluluk almak konusundaki istekliliğini ifade etmektedir. İşletmenin müşteri şikâyetlerine verdiği yanıtların değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Davidow, 2000, s.477). Özen gösterme ise şirketteki yetkili ile şikâyet eden müşteri arasındaki etkileşimi içermektedir. Şikâyet sürecinde müşteriye karşı saygı, nezaket, şikâyetçinin durumuyla ilgili empati ve onu dinleme istekliliğini hissettirmek gibi unsurları ifade etmektedir (Davidow, 2000, s.477).

Bu sınıflandırmalar, hizmet telafisi sürecindeki önemli hedefleri ve amaçları vurgulamakla birlikte müşterilerin algıları üzerindeki etkilerin anlaşılmasını sağlamaktadır.

2.3. Hizmet Telafisinin Değerlendirilmesine İlişkin Teorik Çerçeve

Hizmet telafisi sürecini sistemli bir biçimde kavrayabilmek ve bu sürecin arka planını anlayabilmek amacıyla atıf teorisi, adalet teorisi ve duygu teorilerine odaklanılmıştır.

Atıf teorisi, müşteri perspektifinden hizmet hatası ve şikâyet sürecindeki bilgi alışverişinin ve etkileşimlerinin nasıl şekillendiğini anlamamıza yardımcı olurken, adalet teorisi, hizmet telafisiyle ilgili adil ve eşitlik temelli bilişsel değerlendirmelerin anlaşılmasını sağlamaktadır. Duygu teorileri ise duyguların, nasıl ortaya çıktığı, nasıl ifade edildiği, nasıl düzenlendiği ve insan davranışları üzerindeki etkileri konusunda rehberlik etmektedir. Bu bağlamda, hizmet telafisi sürecindeki hissedilen duyguların, müşteri tutum ve davranışlarının üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik bilişsel değerlendirme teorisine ağırlık verilmiştir.

2.3.1. Atıf Teorisi (Attribution Theory)

Atıf teorisi, bireylerin olayları nasıl algıladıkları ve bu algılamaların düşünce ve davranışlarıyla olan ilişkisini incelemektedir. Heider (1958) bu teoriyi ilk öneren kişi olup, Weiner ve diğerleri (1974, 1986) tarafından yapılan çalışmalar, atıf teorisinin temel prensiplerini ve kapsamını genişletmiştir. Atıf teorisi, insanların davranışlarına nedenler atfederek, bu davranışların neden gerçekleştiğini anlamaya çalıştıklarını varsaymaktadır (Blodgett vd., 1997, aktaran Mattila, 2001). Bu teoriye göre bir kişi, başka birinin, bir eylemi neden gerçekleştirdiğini anlamaya çalışırken, bu davranışa bir veya birden daha fazla neden atfedebilmektedir. Atfetme süreci, üç aşamalı bir yapıya sahiptir (Bitner 1990, aktaran McCollough, 2000). Öncelikle kişi davranış algılar veya gözlemler, sonrasında kişi davranışın kasıtlı olarak gerçekleştirildiğine inanır. Son olarak kişi, davranışın diğer bir kişi tarafından istenmeden mi (duruma atfedilen neden) yoksa kişinin kendi tercihleriyle mi (kişiye atfedilen neden) gerçekleştirildiğine karar verir (Folkes, 1988).

Atıf teorisinin üç alt boyutu vardır. Bunlar hatanın kaynağı (locus of causality), süreklilik (stability) ve kontrol edilebilirlik (controllability) olarak ifade edilmektedir (Weiner 1982, aktaran Folkes, 1988). Hatanın kaynağı, bir hatanın kimin sorumluluğuna atfedildiğiyle ilişkilidir. Kontrol edilebilirlik ise hatanın önlenabilir olup olmadığına dair bir göstergedir. Süreklilik de olayın tekrar etme olasılığını ifade etmektedir. Müşterilerin bu boyutlara dair yaptıkları değerlendirmeler, işletmenin hizmet hatasına verecekleri duygusal ve davranışsal yanıtın değerlendirmesinde de etkili olmaktadır. Folkes'in (1984) örnekleriyle bu üç boyutu şöyle açıklayabiliriz: Diyelim ki bir kitaplık çöktü, tüketici bunun kendi yanlış montajından kaynaklandığını düşünüyorsa, hatanın kaynağını kendisine atfetmiş olacaktır. Ancak rafın kusurlu üretim nedeniyle çöktüğünü

düşünüyorsa, hatanın kaynağını üreticiye atfetmiş olacaktır. Müşterinin duygusal tepkileri bu atfetme üzerinden şekillenmektedir. Kendi kendine hatayı atfediyorsa öfke, suçluluk veya pişmanlık gibi duygular hissedecektir. Eğer hata kaynağını hizmet sağlayıcıya atfediyorsa, öfkenin yönü değişecektir ve bu duygu hizmet sağlayıcıya yönelik olacaktır.

Bir kişi için ayakkabısının, firmanın iyi personel çalıştırmadığı için düzgün tamir edilmediğini düşünmesi (kontrol edilebilir neden) ile çıkan bir yangın nedeniyle tamirin aksamış olması (kontrol edilemeyen neden) farklı duygular uyandıracaktır. İlk durumda kişinin firmaya öfkelenmesi ve firmayı suçlaması muhtemelken ikinci durumda durumu daha sakin karşılayacaktır. Kişi tamircinin yalnızca bir seferlik dikkatsizliği nedeniyle hizmetin kötü olduğunu düşünüyorsa (geçici) yoğun bir öfke yaşamayacak ancak bu durumun süreklilik göstereceğine inanıyorsa (kalıcı) bu duruma öfkelenme ihtimali artacaktır.

Swanson ve Kelley (2001), tüketicinin telafi sonrası davranış ve tutumunu anlamının, hatanın nedenlerine ilişkin tüketici algılarının anlaşılması ile mümkün olacağını savunmaktadır. Çünkü tüketicilerin davranışları yalnızca sonuca odaklı değildir ve sürece ilişkin atıflardan da önemli ölçüde etkilenmektedir. Bir hizmet hatası sonrası müşterinin o hataya dair atıfları, olumsuz tüketici tepkilerini yoğunlaştırabileceği gibi tersi yönde etkileyerek de hafifletebilmektedir. Dolayısıyla genel müşteri memnuniyeti hizmet hatası ve telafisine ilişkin atıflarla yakından ilişkilidir. (Srivastava ve Gosain, 2020, s.101).

Müşteriler, bir hizmet hatası ya da hizmet telafisi durumunda, olayla ilgili çeşitli atıflar yaparak bir değerlendirme sürecinden geçmektedir (Zhu vd., 2013, s. 18). Dolayısıyla bilişsel değerlendirme teorisinde öne sürüldüğü gibi tüketicinin hizmet hatası ve/veya telafisinde ne hissettiği, buna bağlı olarak nasıl bir tutum ve davranış içerisinde olacağı (şikâyet etmek veya o işletmeden bir daha asla hizmet almamak vb.) durumu bilişsel olarak nasıl değerlendirdiğiyle yakından ilişkilidir (Nikbin vd., 2014, s.818).

Bilişsel değerlendirmeler, tüketicilerin hata sonrası davranışlarında duyguların ne kadar önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Tüketici duygularının, hatanın neden olduğuna ilişkin yapılan açıklamalardan etkilendiği, hata ile ilgili nedensel atıfların memnuniyetsizlik gibi olumsuz duygusal tepkiler doğurduğu görülmektedir (Xie ve Heung, 2012). Atıf teorisi, özellikle hizmet sektöründeki şikâyet davranışı öncesi ve

sonrasını tüketicilerin durumu nasıl algıladıkları ve bu algılamaların düşünce ve davranışlarıyla olan ilişkisini adalet teorisiyle birlikte açıklamaktadır (Blodgett vd., 1997, aktaran Mattila 2001).

2.3.2. Algılanan Adalet ve Adalet Teorisi (Justice Theory)

Hizmet hatasının kaçınılmazlığı ve hizmet telafisinin müşteri memnuniyeti üzerindeki önemi pek çok çalışmada gösterilmiştir (Reichheld ve Sasser, 1990, aktaran Tax vd., 1998). Başarılı bir hizmet telafisi, müşteri memnuniyetini ilk duruma göre daha yüksek bir seviyeye taşıyabilmektedir. Gilly (1987) tarafından belirtildiği üzere, müşteriler şikâyetlerinin ele alınış şekline göre memnun kaldıklarında, memnuniyetsizlikleri azalabilir ve hatta yeniden satın alma olasılıkları artabilmektedir. Etkin bir hizmet telafisi ayrıca, müşteri sadakatini artırabilir, olumsuz ağızdan ağıza iletişimin yayılmasını azaltabilir ve işletmenin karlılığını arttırabilmektedir (Tax vd., 1998).

Araştırmacılar, etkin hizmet telafisinin daha iyi anlaşılması ve hizmet telafisi prosedürlerinin incelenmesi amacıyla adalet teorisini, temel bir çerçeve olarak kullanmaktadırlar (McColl-Kennedy ve Sparks, 2003). Adalet teorisi, hizmet telafisi çabalarının adil olup olmadığına dair müşterilerde oluşan algıların, müşteri memnuniyeti ve gelecekteki davranışsal niyetleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle, hizmet kuruluşlarının etkin hizmet telafisi stratejileri geliştirebilmeleri için öncelikle adaletin üç boyutu dağıtım, prosedürel ve etkileşimsel adaleti anlamaları gerekmektedir (Blodgett vd., 1997; McColl-Kennedy ve Sparks, 2003). Dağıtım adaleti, hizmet telafisi sürecinde kaynakların ne derece adil bir şekilde dağıtıldığına dair müşteri algısını, prosedürel adalet, kullanılan yöntem ve politikaların adilliğine dair algıyı ve etkileşimsel adalet ise hizmet veren personel ve müşteri arasındaki etkileşime dair algıları ifade etmektedir (Maxam ve Netemeyer, 2002; Tax vd., 1998, aktaran Chebat ve Slusarczyk, 2005, Rio-Lanza vd., 2009, Kim vd., 2009).

Müşteri şikâyetleri bağlamında, dağıtımsal adalet, tüketicilere şikâyetlerini çözmek amacıyla sunulan tazminatlar üzerine odaklanmaktadır. Tazminat türleri arasında özür, geri ödemeler, takaslar, onarımlar, gelecekteki alışverişlerde indirimler ve mağaza alışveriş çeki vb. veya bunların bir kombinasyonu bulunmaktadır (Clemmer, 1993). Müşterilerde oluşan dağıtımsal adalet algısının, müşteri memnuniyeti ve yeniden satın

alma niyeti üzerinde etkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Garbarino vd.1999, aktaran DeWitt,2008).

Prosedürel adalet karmaşık bir kavram gibi görünse de temelde çatışmanın ne kadar hızlı ve kolaylıkla çözüldüğüne odaklanmaktadır (Kelley vd., 1993, aktaran Clemmer ve Schneider, 1996). Bu boyut, aslında, şikâyetleri ele alma sürecinde işletmenin hızını, hesap verebilirliğini ve şikâyet etmek isteyen kişiye sunulan kolaylığı yansıtmaktadır. Yapılan çalışmalar, hizmet telafisi durumlarında müşterilerin uzun süre bekletilmesinin, algılanan adaletsizlikten kaynaklanan olumsuz duygularla birlikte memnuniyetsizliğe yol açtığını belirtmektedir (Venkatesan ve Anderson, 1985, aktaran Katz vd. 1991). Zaman kaybı, müşteriler tarafından can sıkıcı ve maliyetli bir durum olarak algılanmaktadır. Müşteri başlangıçta kızgın ve özellikle de kararsızsa ve satıcının gecikmeyi bir ölçüde kontrol edebileceği izlenimine sahipse, beklemenin yarattığı rahatsızlık ciddi boyutlara ulaşabilmektedir (Taylor, 1994).

Hizmet telafisi sürecinde, etkileşimsel adalet, müşteri ile olan iletişimin tonuna ve tarzına (kabalık ve nezaket vb.) odaklanmaktadır (Bies ve Moag, 1986, aktaran Bies ve Shapiro, 1987). Araştırmalar, etkileşimsel adaletin önemli unsurlarını; doğruluk, açık ve net bilgi verme, nezaket gösterme, samimiyet, duyarlılık, ilgi ve dürüstlük (Clemmer, 1993), empati ve güven verme (Parasuraman vd., 1985) olarak belirtmektedir. Tüketici şikâyeti bağlamında, diğer iki önemli faktör suçun kabul edilmesi (Goodwin ve Ross, 1989) ve özür dilenmesidir (Bies ve Shapiro, 1987). Şikâyetlerin çözümünde iletişimin önemi nedeniyle (Jacoby ve Jaccard, 1981) etkileşimsel adalet kavramı, tüketicilerin şikâyet sonrası davranışlarını anlamak için özellikle ilgili görünmektedir. Bu bağlamda, şikâyetlerin çözümünde iletişimin önemi nedeniyle (Goodwin ve Ross, 1992), etkileşimsel adalet kavramının, özellikle tüketicilerin şikâyet sonrası davranışlarını anlamak açısından önemli olduğu belirtilmektedir.

Adaletin üç boyutunun bağımsız olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Ancak şikâyet ileten müşterilerin, genel adalet algılarını ve dolayısıyla sonraki davranışlarını belirleyen bu üç boyutun birleşimidir. Wirtz ve Mattila (2004)'nın çalışmasında, telafi sonuçları (tazminat), prosedürler (telafi hızı) ve etkileşim (özür) gibi faktörlerin, iyileşme sonrası memnuniyet üzerinde ortak bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Müşteriler, hizmet sağlayıcısından bir tazminat (dağıtımsal adalet), etkili telafi prosedürleri (prosedürel adalet) ve empati gösterilmesi (etkileşimsel adalet) gibi

unsurları birlikte talep etmektedir (Huang, 2011). Bu boyutların süreç içerisinde birbirlerini dengeleyebileceği de belirtilmektedir. Örnek olarak, bir durum kişinin istediği gibi sonuçlanmasa bile, prosedürel sürecin adil olduğuna dair bir algıya sahipse, genel memnuniyet düzeyi düşük olmayacaktır (Lind ve Tyler, 1988). Benzer şekilde, iyi bir etkileşim, dağıtım adaletindeki eksiklikleri kısmen dengeleyebilmektedir (Blodgett vd., 1997). Burada önemli olan süreci bilişsel olarak nasıl değerlendirdiği ve neler hissettğiyle yakından ilişkilidir (Nikbin vd., 2014). Bu hizmet telafisi ve duygusal deneyim arasındaki yakın ilişkiyi vurgulamaktadır. Müşterilerin yaşadıkları duygusal deneyimler, telafi sürecinin başarısını belirleyebilmektedir (Schoefer ve Ennew, 2005).

2.4. Duygu Kavramı ve Duygu Teorileri

Hem psikoloji hem de pazarlama alanında duygular üzerine yapılan araştırmalarda, sıklıkla karşılaşılan ve önemli bir sorun haline gelen konu, terimlerin sınırlarının net bir şekilde belirlenmemesiyle ilgilidir. Duygu (emotion), hissiyat (affect), ruh hali (mood) ve bazen de tutum (attitude) benzer olguları tanımlamak için birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Schoefer ve Diamantopoulos, 2008). Birbirlerine yakın olmaları ve sıkça karıştırılabilmeleri nedeniyle dikkat edilmesi gereken kavramlardır.

Amerikan Psikoloji Birliği (APA) tarafından duygular, genellikle belirli bir nesne, olay veya duruma bağlı olarak ortaya çıkan, fizyolojik ve davranışsal değişikliklerle birlikte görülen, öznel olarak yaşanan bilinçli zihinsel tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Bu tepkiler, öfke, korku gibi çeşitli duygular şeklinde tecrübe edilir ve insanların günlük deneyimleri üzerinde önemli etkileri vardır. Bagozzi ve diğerleri (1999) duyguları, kişinin kendi düşünceleri veya olaylara ilişkin bilişsel değerlendirmelerinden kaynaklanan bir tür "zihinsel hazırlık durumu" veya "zihinsel durumlar" olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlama, duyguların bireyin yaşadığı deneyimleri ve bu deneyimlere karşı gösterdiği tepkileri şekillendiren karmaşık zihinsel süreçler olduğunu vurgulamaktadır. Ruh hali ise, duyguya kıyasla daha kronik ve yoğunluk açısından genellikle daha hafif seviyelerde seyredebilmektedir (Thoits, 1989, s. 318). Bagozzi ve diğerleri (1999), duygular ile ruh halleri arasındaki farkları şu şekilde ortaya koymaktadır. Ruh hallerinin genellikle yoğunluk olarak duygulardan daha az şiddetli olduğu, çoğunlukla belirli bir sebebe bağlı olmadan ortaya çıktığı, özel bir olaya veya nesneye yönelik olmadığı ve duygular kadar doğrudan eylem eğilimleriyle ilişkili olmadığını vurgulamaktadır. Hissiyat, duygularla bağlantılı içsel ve bedensel

deneyimler, motivasyon, yoğunluk ve güç içeren eylemler, hatta kişilik eğilimlerinin zihinsel karşılığını ifade etmektedir (Barrett ve Bliss, 2009). Tutumlar ise hem duygusal hem de bilişsel öğeleri içeren ve zorunlu olarak bir davranışla sonuçlanmayan yapılar olarak tanımlanmaktadır.

Duygunun çeşitli tanımlarına ulaşmak mümkündür. Kleinginna, çok sayıda duygu tanımını bir araya getirerek, bu tanımların ortak noktalarını şu şekilde özetlemiştir: 1- Duygular, nasıl hissettiğimizi açıklar, 2- Duygular, bedensel ve fizyolojik temellerimizi anlamamızı sağlar, 3- Korku veya öfke gibi duyguların güdüleyici veya motive edici özellikleri vardır, 4- Duygular, dil, jest, mimik ve beden dili aracılığıyla ifade edilebilir (Kleinginna, 1981). Thoits de duygunun ne olduğunu tanımlamanın zorluğundan yola çıkarak bütün duygu tanımlarındaki şu dört bileşenden söz etmiştir: 1- Durumsal bir uyarıcı ve bağlamın değerlendirilmesi, 2- Fizyolojik ve bedensel duyumların değişimi, 3- Anlamli jestler, mimikler ve beden dili aracılığıyla duygunun açık ya da örtük olarak gösterilmesi, 4- İlk üç bileşenin birisi ya da daha fazlasının bir araya gelmesiyle, kültürel olarak yaygın bir ad ya da etiket oluşması (Thoits, 1989).

Bagozzi ve diğerleri (1999, s. 184) tarafından yapılan çalışmaya takiben duygular, olayların veya kişinin kendi düşüncelerinin bilişsel değerlendirmelerinden doğan hazır bulunuşluk hal (ler)i olarak tanımlamıştır. Duyguların bu şekilde tanımlanması, tüketici davranışları araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (McColl-Kennedy ve Smith, 2006; Smith ve Bolton, 2002, Ruth vd., 2004; Schoefer ve Ennew, 2005; Schoefer ve Diamantopoulos, 2008, 2009).

Tanımlanması bu kadar güç bir kavram olan duygularla ilgili farklı tanımlamalar yapıldığı gibi zaman içerisinde duyguları açıklamayı hedefleyen pek çok teori de ortaya atılmış ve bu teorilerin her birisi duyguları farklı bir perspektifle ele almıştır. Duygularla ilgili geçmişten günümüze tartışıl原因en altı temel teoriden söz etmek mümkündür: Darwin'in Evrimsel Teorisi, James Lange Teorisi, Cannon Bard Teorisi, Schachter-Singer Teorisi, Yüzsöl Geribildirim Teorisi ve Lazarus'un Bilişsel Değerleme Teorisi.

2.4.1. Darwin'in Evrimsel Teorisi

Charles Darwin tarafından öne sürülen bu teori, duyguların insanların ve hayvanların evrimsel geçmişinde önemli bir rol oynadığını savunmaktadır. Darwin, duygusal ifadelerin türler arası benzerliklerini ve bu ifadelerin hayatta kalma ve üreme şansını

nasıl artırdığını incelemiştir. 1872 yılında yayımladığı 'İnsan ve Hayvanlarda Duyguların İfadesi' adlı eserinde, duyguların hem insanlar hem de hayvanlar için iletişim aracı olarak işlev gördüğünü ve bunun hayatta kalma ile türlerin devamını sağlama açısından önemli olduğunu vurgulamıştır (Das, 2017). Darwin bu eserde üç temel ilkeyi ele almıştır. İlk ilke, 'Yararlı Olan İlişkili Alışkanlıklar İlkesi' olarak adlandırılmaktadır. Belirli ihtiyaçları karşılayan ve belirli arzuları doğrudan ya da dolaylı olarak tatmin eden eylemler, alışkanlık haline gelir ve bu eylemler aynı zihinsel durum her tekrarlandığında yeniden ortaya çıkma eğilimindedir. Duygular ve duygu ifadeleri, belirli bir amaç doğrultusunda işlev görür ve insanlar veya hayvanlar için işlevsel alışkanlıklar haline gelir. Darwin, duyguların ifadesiyle ilgili teorisinde, ikinci olarak 'Karşıtlık İlkesi'ni vurgulamıştır. Bu ilke, bazı duygu ifadelerinin zıt davranışlarla, iki farklı uçta görülebileceğini belirtmektedir. Örneğin, bir köpeğin neşeliyken kuyruğunu kaldırıp sallaması ile üzüntülüken kuyruğunu indirip sarkıtması bu ilkenin bir örneğidir. Darwin'in üçüncü prensibi ise, ruh hallerinin ifadeleri organizmanın iradesinden bağımsız ve sinir sisteminin yapısının doğal bir sonucu olduğunu belirtmektedir. Özetle, Darwin duygu ifadelerinin evrim sürecinde geliştiğini ve adaptif özellikler taşıdığını ifade etmektedir (Hess ve Thibault, 2009)

Darwin'in 1897 yılında yayımlanan eserinde belirttiğine göre, insan ve hayvan türlerinin devamı ve refahı açısından, duygular ve duygu ifadeleri yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu bağlamda ilk örnek, anne ve bebek arasındaki iletişimidir (Darwin, 1897, s. 364). Bebek, annesinin yüzündeki ve bedenindeki ifadeleri okuyarak davranışlarını buna göre şekillendirmektedir. Annesi kaşlarını çatığında yanlış bir şey yaptığını anlaması ya da annesi gülümseyerek bir davranışı onayladığında bu davranışı devam ettirmesi bu duruma örnektir (Das, 2017).

Darwin, Lamarck'ın (1809) organizmaların yaşamları boyunca edindikleri bazı özelliklerin ve alışkanlıkların, özellikle de faydalı olan "alışkanlıkların" genetik olarak yavrulara aktarılacağı görüşünü benimsemiştir. Ancak Darwin, insanlardaki duygu ifadelerinin işlevselliği konusunda hayvanlardan farklılaşan bir görüşe sahiptir. Ona göre, insanların uygarlaşma süreci duygu ifadelerine olan ihtiyacı azaltmıştır. Örneğin, öfkeliyken hayvanların ve ilkel insanların köpek dişlerinin görünür olması, uygar insanlar için artık gerekli değildir. Darwin bu bağlamda, duygu ifadelerinin Tanrı tarafından yaratılmış mükemmel ve ilahi tasarımlar olmadığını, işlevselliğini zamanla

kaybedebileceğini ve süreçlerle değişebileceğini ifade etmektedir (Hess ve Thibault, 2009).

2.4.2. James-Lange Teorisi

William James ve Carl Lange tarafından geliştirilen bu teoriye göre, duygusal deneyimler, fizyolojik tepkilerin farkındalığından kaynaklanmaktadır. Amerikalı psikolog William James, 1884 yılında duygularla ilgili dikkat çekici bir teori geliştirmiştir. James, yaygın kabulün aksine, kişinin öncelikle fizyolojik tepkiler yaşadığını ve bu fizyolojik tepkilerin ardından duyguların bir yanıt olarak ortaya çıktığını öne sürmüştür (Zahedi, 2023). James'e göre, “İnsanlar ağladıkları için üzülmede, saldırdıkları için öfkelenmede ve titredikleri için korkmaktadır.”(James, 1980).

Danimarkalı Fizyolog Carl Lange de James'den bağımsız olarak hemen hemen aynı teoriyi geliştirmiş, otonom sinir sisteminin farklı şekillerde uyarılmasının çeşitli duyguları ürettiğini, fizyolojik uyarılmanın duygu gözlemlenmeden önce gerçekleştiğini savunmuştur. Bu teoriye karşı çıkanlar olmuştur (Lange ve James, 1922, aktaran Zahedi, 2023). Bu teoriye göre düşünürsek yumruk atmak ya da bağırarak öfke duygusunu doğurmaktadır ve bunun tersi de geçerli olmalıdır, ancak öyle değildir. Diğer yandan fizyolojik tepki, çoklu nedenlere bağlı olabilmektedir. Örneğin, titremenin tek bir sebebi yoktur, soğuğa maruz kalmak da kişide titremeye yol açmaktadır. Düşünüldüğünde James-Lange teorisi duyguların adaptif (evrimsel veya hayatta kalma açısından faydalı) bir işleve hizmet etmesi gerektiği düşüncesiyle de çelişmektedir, beyin harekete geçme komutu verdikten sonra duygunun nasıl bir işlevi olacağı sorgulanmaktadır (Weisfeld ve Goetz, 2013). Walter Cannon, James'in teorisine meydan okumak amacıyla, hayvanlar üzerinde yapay fizyolojik tepkiler oluşturan deneyler gerçekleştirmiştir. Bu deneyler, fizyolojik tepkilerin tek başlarına duygusal deneyimler yaratmadığını göstermiştir (Weiten, 2010).

2.4.3. Cannon-Bard Teorisi

Duyguya ilişkin fizyolojik kuramlar, duyguların genellikle biyolojik süreçlere, sinir sistemine ve fizyolojik reaksiyonlara dayandığını savunmaktadır (Strongman, 2003). Walter Cannon ve Philip Bard'e göre fizyolojik tepkiler ve duygusal deneyimler eş zamanlı olarak meydana gelmektedir (Weiten, 2010, s. 405-406). Bu teori, duygusal

deneyimlerin sadece bedensel tepkilere dayalı olduğunu öne süren James-Lange teorisinden farklıdır. Cannon-Bard teorisi, duygusal deneyimlerin ve fizyolojik tepkilerin birbirine paralel olarak, birbirlerine neden-sonuç ilişkisi olmaksızın geliştiğini savunmaktadır. Bu bakış açısı, duyguların ve bedensel tepkilerin beyindeki ayrı süreçler tarafından kontrol edildiğini ve bunların eş zamanlı olarak oluştuğunu vurgulamaktadır. Bu teoriye göre, bir uyarının algılanması durumunda hipotalamusun hem merkezi sinir sistemini harekete geçirerek fizyolojik tepkileri tetiklediğini hem de kortekse sinirsel sinyaller göndererek duygusal farkındalığımızı sağladığını öne sürmektedir (Weiten, 2010).

2.4.4. Schachter-Singer Teorisi

Stanley Schachter ve Jerome Singer, duygusal tepkilerin anlaşılmasına önemli bir katkı yaparak, bireylerin fizyolojik olarak uyarıldıklarında, bu durumu bir bilişsel süzgeçten geçirerek etiketlediklerini ve bu sürecin, hangi duyguların oluşacağını belirlemede önemli bir rol oynadığını öne sürmüştür (Schachter ve Singer, 1962). Bu teoriye göre duyguların oluşumunda iki ana faktör vardır: 1) Fizyolojik uyarılma ve 2) Bu fizyolojik uyarılmanın bilişsel yorumudur. Diğer bir deyişle, bir kişi beklentilerine, içinde bulunduğu sosyal ortamın ya da çevrenin özelliklerine göre değerlendirerek aynı fizyolojik tepkiye farklı bir duyguyla karşılık verebilmektedir (Kandel vd., 2002, s.74). Bu teori, duygusal deneyimlerin sadece fizyolojik tepkilere veya sadece dışsal durumlara dayanmadığını, kişinin kendi durumu hakkındaki düşüncelerinin ve yorumlarının da bu deneyimleri şekillendirdiğini vurgulamaktadır.

2.4.5. Yüzsü Geribildirim Teorisi

Bu teori, yüz ifadelerinin duygusal deneyimleri etkileyebileceğini öne sürmektedir. Bu teoriye göre, bir ifadeyi taklit etmek, o duyguyu hissetmeye neden olabilmektedir. Budist rahibe Thich Nhat Hân'h'a ait "Bazen sevinciniz gülümsemenizin kaynağıdır, ancak bazen de gülümsemeniz neşenizin kaynağı olabilir" bu söz, yüzsü geribildirim teorisinin özünü yansıtmaktadır (Coles vd., 2019). Bu teori, yüz ifadelerimizin, duygusal algılarımızı şekillendiren sensorimotor geribildirimini sağladığını öne sürmektedir (Izard, 1971 aktaran, Ekman, 1992). Ayrıca, bu teoriye göre yüz hareketleri, duyguyla ilgili bağlam oluşturarak duygunun ifadesini kolaylaştırmaktadır (Bower,

1981, aktaran Berkowitz, 1990). Bunun yanı sıra, bu hareketler bireylerin kendi hislerini algılamaları için de önemli ipuçları sunmaktadır (Kosonogov ve Titova, 2019).

Yüzsöl geribildirimin, duygular üzerindeki etkisine dair yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu etkinin mutluluk, öfke, iğrenme gibi bazı duygular için doğrulanabilir olduğunu göstermektedir. Temel duygular konusunda öncü araştırmacılar olan Psikolog Paul Ekman, öfkenin temel bir duygu olarak kabul edilmesi konusunda önemli katkılarda bulunmuştur. Ekman, duyguların evrensel olduğunu savunan ve belirli yüz ifadelerinin bu duyguları temsil ettiğini öne süren çalışmalarıyla tanınmaktadır. Bu araştırmalar yüz ifadelerindeki duyguların, kültürler arası olarak anlaşılabilir olduğunu ifade etmektedir (Ekman, 1992; Elfenbein ve Ambady, 2002, aktaran Hess ve Thibault, 2009). Ancak, bazı durumlarda, özellikle olumsuz duygular söz konusu olduğunda (korku, üzüntü, öfke), yüz ifadelerindeki duyguların açıkça tanınmasının her zaman başarılı olmadığına dair bulgular da mevcuttur (Kosonogov ve Titova, 2019). Bu etkinin tüm duygular üzerinde evrensel olarak geçerli olduğu sonucuna varılamamıştır. Coles ve diğlerleri (2019) belirttiği gibi, bu alandaki çalışmaların heterojen yapısı ve gözlemlenen etkinin küçük oluşu, konuya ilişkin daha derinlemesine araştırmalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.4.6. Bilişsel Değerleme Teorisi

Yıllar boyunca duygular ve bilişler, bilimsel topluluklar tarafından sıkça tartışılan ve ikilem olarak görülen iki kavram olmuştur. Ellsworth'un (1991, s. 143) belirttiği gibi bu durum, sanki insanların olaylara veya durumlara yanıt verirken yalnızca mantık veya sadece duygu temelli bir seçim yapmak zorunda oldukları şeklinde bir varsayım oluşturmuştur. Ancak 1962'de Schacter ve Singer bilişin, duygunun önemli bir bileşeni olduğunu ortaya koyarak bu varsayıma karşıt bir teori oluşturmuşlardır. Bu teori, bilişin duygusal süreçlerin önemli bir bileşeni olduğunu iddia ederek, kişinin duygusal durumunu anlamak için bilişsel durumunu da dikkate almanın gerekliliğini vurgulamış ve böylece bilişsel teorilere yönelik bir yol açmıştır (Kandel vd., 2002)

1980'lerin başlarında, araştırmacılar, Schacter ve Singer'ın teorisini daha da ileriye götürerek, çeşitli bilişsel yorumlar ve bu yorumların yol açabileceği farklı duygusal tepkiler üzerine çalışmalar yapmıştır. Bilişsel teoriler, "insanların çevrelerini nasıl yorumladıkları ve değerlendirdikleriyle doğrudan ilişkilidir" temel varsayımına

dayanmaktadır (Ellsworth, 1991). Bu bağlamda, bilişsel değerlendirme teorilerine göre, değerlendirme süreci her zaman duygudan önce gelmektedir ve duygu oluşumuna neden olmaktadır. Aronson ve diğerleri (2010) tarafından belirtildiği üzere, duygu oluşumu için mutlaka fizyolojik bir uyarılmanın olması da gerekmemektedir. Birçok değerlendirme teorisinde, temel duygular dahil olmak üzere, tüm duyguların bileşenlere ayrılabilir olduğu ve bu bileşenlerin çoğunun bilişsel değerlendirmelerle ilişkili olduğu görülmüştür (Ortony ve Turner, 1990).

Bu bağlamda “değerlendirme” kavramını ilk defa kullanan Magda Arnold (1945) olmuştur (Gendron ve Barrett, 2009). Arnold, organizmaların fiziksel ve zihinsel faaliyetlerini sürdürürken, kendi refahlarını korumak adına çevresel değişimleri değerlendirmek zorunda olduklarını öne sürmüştür. Bu yaklaşıma göre duygular, bu değerlendirmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve değişkenlik göstermektedir. Özellikle korku, öfke ve heyecan gibi duygular üzerine yoğunlaşan Arnold (1960), bu duyguların farklılaşmasını sağlayan faktörün bilişsel süreçler olduğunu ifade etmiştir. Arnold, kişilerin durumları veya olayları olumlu veya olumsuz olarak nasıl değerlendirdikleri ile duygular ve eylemler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu ilişkide, bireylerin duygusal tepkileri ve eylemleri, durumları veya olayları olumlu mu yoksa olumsuz mu diye, değerlendirmesiyle doğrudan ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Eğer bir müdahale olmazsa, genellikle duygusal değerlendirmelerine bağlı olarak eylemleri gerçekleştirdiklerini belirtmiştir (Gendron ve Barrett, 2009).

Bilişsel değerlendirme konusunda çalışan bir diğer önemli teorisyen, Lazarus (1991), Arnold’un yaklaşımından farklı bir perspektif sunmuştur. Lazarus, duyguları sınırlı sayıda büyük kategoriler (öfke, korku, sevinç) yerine, daha fazla çeşitliliğe sahip yapılar olarak ele almıştır. Bu durum, bilişlerimizin sahip olduğu çeşitlilik gibi duygularımızın da benzer bir çeşitliliğe sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Lazarus’un (1991) değerlendirme modeline göre duyguların ilişkisel, motivasyonel ve bilişsel olmak üzere üç farklı yönü bulunmaktadır. Bu modele göre ilk olarak duygular her zaman kişi ve çevre arasındaki etkileşimden etkilenmektedir. Buna göre kişi çevre ile etkileşimine bağlı olarak zararlı olabilecek şeyler için olumsuz, faydalı olabilecek şeyler için olumlu duygulara sahip olacaktır. Elbette kişideki ya da çevredeki herhangi bir değişim kişi-çevre ilişkisini değiştireceği içi duygularda da değişime yol açacaktır. Motivasyonel yön ile kastedilen ise kişinin durum ya da olayı hedefleri doğrultusunda

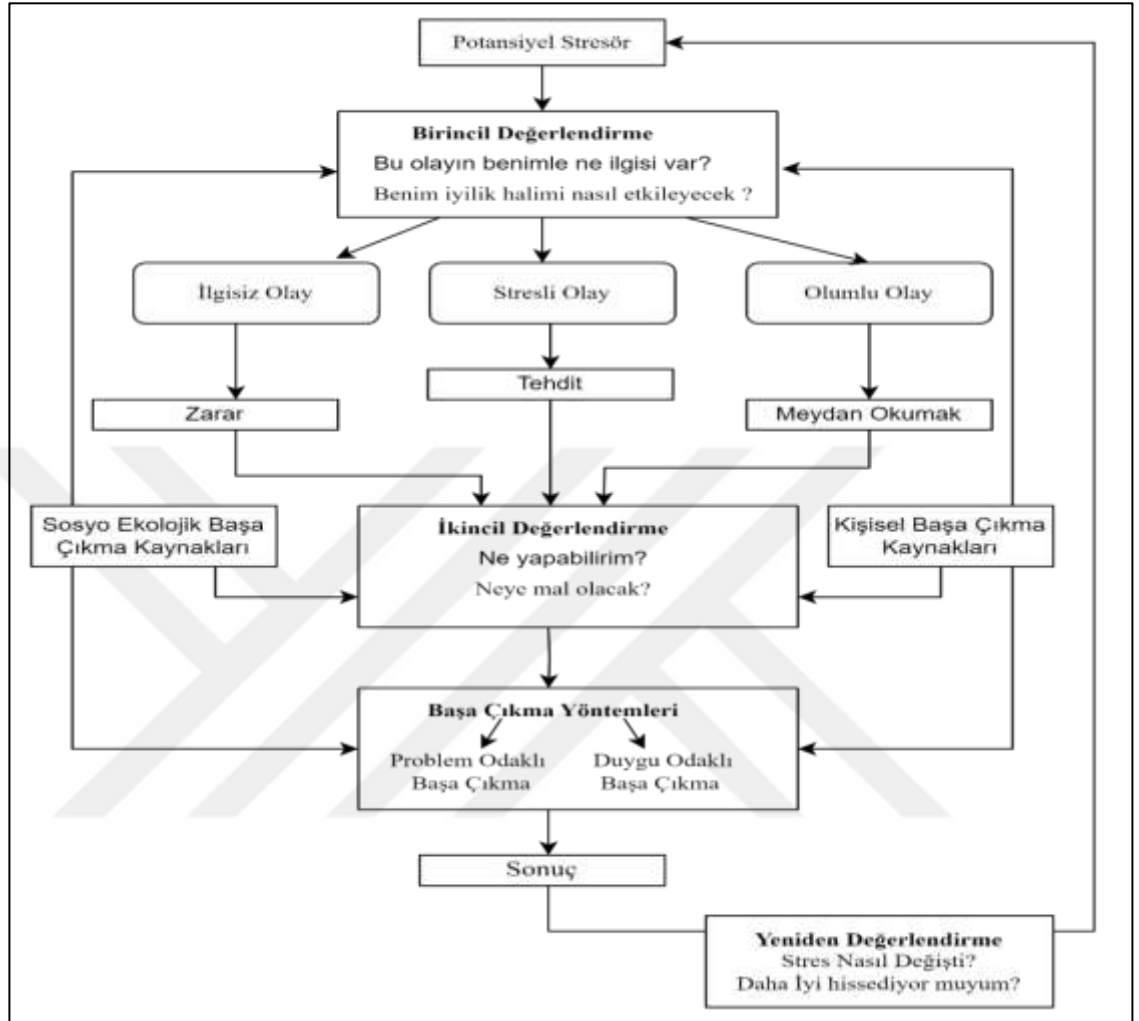
değerlendirmesidir. Bilişsel yön ise olup bitenlere ilişkin bilgi ve değerlendirmeleri içermektedir.

Lazarus'un bilişsel değerlendirme çalışmaları, özellikle iki temel soruya odaklanmıştır: Bu sorular “Farklı duyguların altında yatan bilişsel değerlendirmelerin doğası nedir?” ve “Bu bilişsel değerlendirmelerin öncülleri nelerdir?” (Scherer vd., 2001, s. 23). Lazarus'un bu soruları ele alışı, duygusal süreçlerin anlaşılmasında bilişsel değerlendirmelerin rolünü vurgulayarak duygusal çeşitliliğin derinlemesine incelenmesine katkı sağlamaktadır. Yani, bir kişinin bir olaya veya duruma nasıl bir anlam yüklediği, bu olayın veya durumun nasıl algılandığı, duyguların oluşumunda merkezi bir öneme sahiptir. Bu yaklaşım, duyguların sadece dışsal olaylara veya bedensel tepkilere dayanmadığını, bunun yerine kişinin bu olayları nasıl algıladığının önemli olduğunu göstermektedir (Gendron ve Barrett, 2009).

Lazarus, bu soruları irdelerken ortaya koyduğu, bilişsel değerlendirme sürecinde iki temel kategoriye dikkat çekmiştir. İlk kategori, birincil değerlendirme olarak adlandırılmaktadır. Bu aşamadaki değerlendirmede birey karşılaştığı durumun kendisine sağlayabileceği avantajları veya riskleri sorgulamaktadır. Kendisi için "Bu durumun benim üzerimde nasıl bir etkisi olabilir? Tehlike mi yoksa fayda mı var?" gibi sorulara yanıt aramaktadır. İkincil değerlendirmede ise birey, karar aşamasına gelir ve karşılaştığı olayın ne tür bir tehlike içerdiği konusunda bir değerlendirme yapmaktadır. Burada birey, söz konusu durum veya olayla başa çıkma kapasitesini ve becerilerini değerlendirmektedir (Scherer vd., 2001). Bu bağlamda, Folkman ve Lazarus'un (1985) geliştirdiği Stresle Başa Çıkma Modeli, Beresford'un (1994) şematik gösterimi aracılığıyla bu süreçleri ve ilişkileri görsel olarak ifade etmektedir. Bu şematik gösterim Şekil-7’de görülmektedir.

Şekil 6

Stres ve Başa Çıkma Süreci Modeli



Kaynak: Beresford (1994)

Bu model, kişisel inançların, beklentilerin ve duygusal durumların birbirleriyle nasıl etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Bu etkileşimlerin bireyin problem çözme yaklaşımlarını ve duygusal deneyimlerini nasıl şekillendirdiğini açıklamaktadır.

İkincil değerlendirme bireylerin, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerini açıklamak için kullanılmaktadır. Birey, problem odaklı başa çıkma stratejisinde, yaşadığı olumsuz durumu kendi hedefleriyle uyumlu hale getirmek üzere doğrudan eyleme geçmektedir. Duygu odaklı başa çıkma stratejisinde ise birey, koşulların kendi hedefleriyle uyuşmadığı durumlarda duygusal tepkilerini düzenleyip duruma uyum sağlama becerisini kullanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Basitçe ifade etmek gerekirse, problem odaklı başa çıkmada birey, problemin neden olduğu

soruna doğrudan müdahale ederek onu değiştirirken, duygu odaklı başa çıkmada birey, soruna karşı duygusal tepkilerini düzenleyerek duruma uyum sağlamaktadır.

Bu durumda, bir hizmet hatasıyla karşılaşan hasta, şikâyetini kuruma ileterek çözüm için adım atarsa, bu seçimi problem odaklı başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilmektedir. Sağlık kurumları tarafından, gelen şikâyetlere telafi sürecinin başlatılması veya başlatılmaması başvuru sahiplerinde hizmete yönelik yeniden değerlendirme sürecini içermektedir. Bu sürece duygu ve biliş arasındaki ilişkinin, sadece duygu veya sadece biliş olarak değil, birbirleriyle etkileşim içinde olduğu bilişsel değerlendirme perspektifinden bakıldığında, müşterinin süreçte algıladığı adalet değerlendirmesine göre duygusal deneyim yaşayacağı anlaşılmaktadır. Bu varsayımlara göre şikâyetçi olan hastanın, telafi sürecindeki duygusal deneyimi üzerinden şikâyet öncesi ve sonrası olaylarla ilgili çeşitli atıflar yaparak işletmeye yönelik tutum ve davranışlar geliştireceği anlaşılmaktadır.

2.5. Duyguların Sınıflandırılması

Duyguların sınıflandırılması, çeşitli araştırmacılar tarafından farklı metodolojiler kullanılarak ele alınmıştır. Psikoloji literatürü, duyguların tanımlanması ve sınıflandırılmasında deneysel çalışmalara dayanan iki önemli yaklaşım geliştirmiştir (Laros vd. 2005, aktaran Johnson vd. 2005; Schoefer ve Diamantopoulos, 2008). Bir yandan duyguların belirli kategorilere ayrılması, diğer yandan ise bunların daha genel boyutlar çerçevesinde değerlendirilmesi yönünde iki farklı yaklaşım bulunmaktadır.

2.5.1. Temel/ Ayrık Duygu Modeli

Bu modelde, her duygu, düşünce ve karar verme süreçleri üzerinde farklı ve benzersiz etkilere sahip bağımsız bir yapı olarak ele alınmaktadır. Bu bakış açısına göre, her duygu benzersizdir ve kendi içinde değerlendirilmelidir (Bagozzi vd., 1999; Valentini vd., 2020).

Bu modellerde, Izard'ın (1977) geliştirdiği farklılaştırılmış duygular ölçeği ve Plutchik'in sınıflandırması en bilinen örneklerdir. Plutchik'in modelinde sekiz temel duygu tanımlanmıştır: sevinç, güven, korku, şaşkınlık, üzüntü, iğrenme, öfke ve beklenti (Plutchik, 2001). Izard'ın modelinde ise on temel duygu tanımlanmıştır: üzüntü, korku, utanç, suçluluk, öfke, iğrenme, aşağılama, şaşkınlık, ilgi ve eğlence (Izard, 1977). Greenberg utanç, tiksinti, öfke, korku, şaşkınlık, üzüntü ve coşku olmak üzere 7 temel

duyguyu ele almıştır (Greenbeg, 2011). Ekman'a (2007) göre ise aşağılama, tikslenme, öfke, şaşkınlık, korku, üzüntü ve mutluluk olmak üzere yedi temel duygu bulunmaktadır. Richins (1997)' e göre, duygusal deneyimin öznel niteliği, çeşitli temel duyguların özel tepki modelinin bir sonucudur. Bu anlayışa göre, herhangi bir durumda, temel duyguların birey tarafından ne ölçüde deneyimlendiğini değerlendirerek duygusal tepkiyi tanımlamak mümkün olacaktır.

Bununla birlikte, “ayrık” duygu yaklaşımı, duygu deneyimini açıklamak için sağlam bir teorik temel olmaksızın yalnızca etiketlemeyi içerdiği için sıklıkla eleştirilmiştir (Rosman 1984, aktaran Rosman, 1991). En uç noktaya götürüldüğünde, her duygusal tepki için ayrı bir temel duygu olabileceği ve bu durumun binlerce farklı temel duygu incelemesini gerektireceği öne sürülmüştür (Johnson vd. 2005, aktaran Schoefer ve Ennew, 2005). Bu eleştiri, ayrık duygu yaklaşımının, duyguları çok fazla bölümlere ayırarak duygu deneyiminin çok boyutlu karmaşıklığını ve bütünlüğünü yeterince kapsamadığı görüşünü ifade etmektedir. Ayrıca Schoefer ve Diamantopoulos (2008) temel duygu modelleri daha çok olumsuz duygulara odaklanma eğiliminde olduğu için, hizmet iyileştirme süreçlerinde ortaya çıkabilecek tüm duygu yelpazesini, yani hem olumlu hem de olumsuz duyguları tam olarak yansıtamayacağını belirtmektedir.

Diener (1999) tarafından yapılan çalışmalarda "ayrık" veya "temel" olarak nitelendirilen duyguların, birbirleriyle karmaşık ve iç içe geçmiş ilişkiler içinde deneyimlendiği ifade edilmektedir. Bu kapsamda, sevinç, sevgi ve gurur gibi pozitif duyguların sıklıkla bir arada yaşandığı gözlemlenirken, öfke, endişe ve üzüntü gibi negatif duyguların da birbirleriyle güçlü bir ilişki içinde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Diener'in ifadesine göre, farklı duygular arasında, bu duygusal deneyimleri birleştiren ve bir arada tutan belirli bir bağlantı mevcuttur. Bu durum, duygusal deneyimlerin yalnızca ayrı ayrı duyguların toplamı olmaktan ziyade, bu duyguların birbiriyle etkileşiminden kaynaklanan bir yapıya sahip olduğu görüşünü desteklemektedir.

2.5.2. Boyutsal Duygu Modeli

Bu model, duyguların müşteri davranışları ve sonuçları üzerindeki etkisini anlamak için duyguların "değerlik" (olumlu veya olumsuz) özelliğini temel almaktadır. Bu yaklaşımda, duyguların arasındaki ayrım daha çok bir spektrum veya boyut üzerinden yapılmaktadır. Örneğin, öfke ve pişmanlık gibi duygular, her ikisi de olumsuz değer

taşıdıkları için "olumsuz duygular" kategorisinde bir araya gelmektedir. Bu model, duyguların belirgin ayrı kategoriler yerine, daha geniş bir duygu yelpazesi üzerinde sürekli bir değişim içinde olduğunu öne sürmektedir. Yani, duyguların yoğunluğu (yüksek veya düşük) veya olumlu ya da olumsuz oluşları gibi özellikler üzerinden bir sınıflandırma yapılmaktadır. Bu sınıflandırma, duyguların müşteri davranışları üzerindeki etkilerini anlamada kullanılmaktadır (Barrett 1998; Lench vd., 2011, aktaran Valentini vd., 2020)

Örnek olarak tüketici davranışı bağlamında kullanılan Russell ve Mehrabian'ın (1977) geliştirdiği Zevk-Uyarılma-Baskınlık (Pleasure-Arousal-Dominance, PAD) modeli ve Watson ve Tellegen'in (1985) tasarladığı sirkumpleks modeli gösterilebilir. Bu modeller, duygusal deneyimlerin çeşitli boyutlarına odaklanarak tüketici davranışlarının analiz edilmesini sağlayan çerçeveler sunmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, hizmet telafisinde hasta ve hasta yakınlarının duygusal deneyimlerinin daha kapsamlı bir biçimde incelenmesine imkan sağlayacağı için duyguların boyutsal bir yaklaşımla ele alınması tercih edilmiştir.

2.6. Hizmet Telafisi Memnuniyeti

İşletmelerin hizmet sorunlarına nasıl yanıt verdikleri ve sorunları çözme çabaları, hizmet telafisi sürecinin temelini oluşturmaktadır (Kelley ve Davis, 1994). Bu süreç, müşteri memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır. Sıfır hata hiçbir işletme için mümkün değilse de hizmet telafisi süreci müşteri memnuniyeti ve müşteri ilişkileri açısından büyük öneme sahiptir (Blodgett vd., 1997; Smith ve Bolton, 2002). İşletmeler bu aşamada müşterilerini kaybetme riskiyle karşı karşıya kalırken, aynı zamanda krizi bir fırsata dönüştürerek müşteri memnuniyetini artırma şansına da sahiptirler.

Bazı çalışmalar, adalet teorisi ve bilişsel değerlendirme teorilerini de dikkate alarak hizmet telafisi sonucunda ortaya çıkan müşteri memnuniyetini duygusal bir perspektifle açıklamaya çalışmaktadır (Schoefer ve Ennew, 2005; Chebat ve Slusarczyk 2005). Araştırmalar, algılanan adaletin dağıtımsal, prosedürel ve etkileşimsel olmak üzere üç boyutunun da müşteri memnuniyetini etkileyebileceğini göstermektedir (Rio-Lanza vd., 2009).

Müşteri memnuniyetiyle ilgili pek çok teori olmasına rağmen, özellikle hizmet telafisi bağlamında adalet teorisi, duygu kontrol teorisi ve bilişsel değerlendirme teorisi ön

plana çıkmaktadır. Bu teorilerin öne çıkmasının temel nedeni, müşterilerin hizmet hatalarını adaletsizlik olarak algılamalarından kaynaklanmaktadır (Maxham, 2001; Konovsky, 2000). Algılanan adalet, özellikle çatışma durumlarında, bireylerin tepkilerini anlamak ve hizmet hatasına karşılık aldığı hizmet telafisini değerlendirmesi açısından önemli bir kavramdır (Blodgett vd., 1997).

Schoefer ve Ennew (2005)'e göre, algılanan adalet, hizmet telafisi deneyimlerinin ardından ortaya çıkan duyguları tetikleyen bir bilişsel değerlendirme boyutu olarak düşünülmelidir. Benzer şekilde, Chebat ve Slusarczyk (2005) tüketicilerin adaletsizlikle başa çıkma yolunun duygular olduğunu belirtmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, hizmet hatası sonrasında gerçekleşen telafi sürecinde, sorunun adil bir şekilde çözülmeye çalışıldığını hisseden müşterilerde hizmet telafi sürecine ilişkin memnuniyet duygusu oluşabilirken, süreci adaletsiz bulan müşterilerde memnuniyetsizlik ve öfke gibi duygular oluşacaktır.

Rio Lanza ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada, hizmet telafisi sürecinde müşteri memnuniyetini etkileyen üç adalet boyutunun önemi vurgulanmıştır. Araştırmada, en etkili boyut olarak prosedürel adalet bulunurken, bunu sırasıyla dağıtımsal adalet ve etkileşimsel adalet takip etmektedir. Kau ve Loh (2006) tarafından yapılan bir araştırmada, algılanan adaletin tüm boyutlarının, şikâyetçilerin hizmet telafisinden duydukları memnuniyet düzeylerini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Dağıtımsal adalet en güçlü katkıyı sağlarken, etkileşimsel adaletin telafiden duyulan memnuniyete daha az katkıda bulunduğu görülmüştür. Ayrıca, hizmet telafisinden memnun olan müşterilerin, ailelerine ve arkadaşlarına işletmeyle ilgili olumsuz yorumlar yapma olasılıkları daha düşük ve işletmeye sadık ve bağlı olma olasılıkları daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diğer yandan, müşteri ve işletme arasındaki ilişkinin doğası da müşterinin hizmet hatasına vereceği tepkileri etkilemektedir. Hess ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmada, hizmet telafisi ve memnuniyet ilişkisinde müşteri-işletme ilişkisinin, düzenleyici olabileceğini göstermektedir. Bu araştırmada ilişkinin devam etmesini isteyen müşterilerin, hizmet telafisine ilişkin beklentilerinin daha düşük olduğunu, beklentinin düşüklüğüne bağlı olarak da hizmet telafi performansından daha fazla memnuniyet sağladığını göstermektedir. Berry (1995) de benzer şekilde duygusal ve

sosyal hizmet ilişkileri içinde olan müşterilerin hizmet hatası meydana geldiğinde daha toleranslı olabildiklerini belirtmektedir.

2.7. Hasta Sadakati

Sadakat, Oliver (1999) tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: Tercih edilen ürün veya hizmetin gelecekte tutarlı bir şekilde yeniden satın alınması veya müşterisi olunması yönünde duyulan derin bir bağlılık, dolayısıyla durumsal etkilere ve değiştirmeye yol açma potansiyeli taşıyan pazarlama çabalarına rağmen aynı markanın tekrar tekrar satın alınmasıdır. Sağlık hizmetlerinde, bu tanımdaki müşteri kavramı, hastanelerdeki emek değerinin değiş tokuş süreci olduğu düşünüldüğünde, hastaları ifade etmektedir (Liu vd., 2021). Hastalara ""müşteri" olarak hitap edilmesi konusundaki tartışmalara, acaba tüketici" olarak mı hitap edilmeli tartışmaları da eklenmiştir (Prakash, 2010).

Hasta kelimesi, köken itibarıyla Farsça “Hasten” kökünden türemiş olup; yaralı, yorgun, sağlığı yerinde olmayan, incinen anlamına gelmektedir (Hakeri, 2014, aktaran Yardım, 2015 s.5). “Tüketici” kelimesi Latince “consumere” kelimesinden türemiştir ve kelimenin tam anlamıyla mal veya hizmet satın alan kişi anlamına gelmektedir. Müşteri kavramı ise tedarikçileri ve daha geniş ticari ilişkileri de kapsamaktadır. Ancak benzer şekilde müşteri (customer) kelimesi de “mal veya hizmet satın alan kişi” olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin yapısındaki değişimler ve teknolojik ilerlemelerle birlikte, bireyler kendilerini sağlık hizmetlerinin alıcısı olarak görmektedirler. Bu satın alan anlamındaki müşteri anlayışı, her bir hastanın belirli haklara sahip olduğu gerçeğiyle kabul edilmelidir (Prakash, 2010).

Bu bağlamda hastaya sunulan hizmetlerin diğer sektörlerden farkı, hastanın genellikle pasif bir rol alması ve öznel olarak genellikle tekrar ziyaret etme isteğinin olmamasıdır (Liu vd., 2021). Bu nedenle, sağlık sektöründe hasta sadakati, diğer sektörlerdeki müşteri sadakatinden farklılık göstermektedir. Hasta sadakatini artırmak ve sürdürmek, doğrudan hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirerek fayda sağlamaktadır. Çünkü hastaların sağlık hizmetlerine aktif katılımı, sağlık sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür (Rundle ve Russell, 2010). Sadakat, tedavide süreklilik, tıbbi tavsiyelere uyum ve koruyucu hizmetlerin daha etkili bir şekilde kullanılmasını motive etmektedir. Sadık hastalar, kontrollerini düzenli takip edip reçete edilen tedavi planlarını başarıyla uygulayarak sağlık hizmeti sunucularıyla uzun vadeli ilişkiler sürdürmektedir. Bu

süreklilik ve uyum, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak sağlık hizmeti çıktılarını hem de hastaların genel sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (MacStravic, 1994, aktaran Zhou, 2017).

Hasta sadakati, yapılan araştırmalarda, genellikle davranışsal sadakat ve tutumsal sadakat olmak üzere iki boyutta değerlendirilmiştir (Kandampully ve Zhang, 2014). Davranışsal sadakat bağlamında, müşterilerin tekrarlanan satın alma işlemleri ve bunların sıklığı değerlendirilirken, tutumsal sadakat ise marka tercihi ve tavsiye etme isteğini ölçmektedir (Liu vd., 2021). Sağlık sektöründe bu durum, hastanın ihtiyaç duyduğunda tekrar aynı hastaneye ve/veya doktora gitmesi (davranışsal) ve çevresine bu hastane veya doktoru tavsiye etmesi (tutumsal) şeklinde ifade edilmektedir.

Hizmet kalitesi hasta memnuniyeti ve hasta sadakatının önemli bir belirleyicisidir (Park vd. 2016, aktaran Ahmed ve Arif, 2017). İyi bir hastane ortamı, hasta ile kurulan olumlu iletişim, gizlilik ve güvenliğe verilen önem gibi faktörler hasta memnuniyetini ve dolayısıyla hasta sadakatini arttırmada önemli rol oynamaktadır (Liu vd., 2021).

Hizmet telafisinin, olumsuz ağızdan ağıza iletişimi azaltıp, müşteri memnuniyetini artırarak hastane imajına önemli bir katkı sağladığı açıktır. Bu kapsamda, Wu (2011) tarafından yapılan araştırmada, hastane marka imajının hasta sadakati üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri olduğu belirtilmiştir. Wu'ya göre, hastane marka imajı sadece hasta sadakatini doğrudan artırmakla kalmaz, aynı zamanda algılanan hizmet kalitesinin yükseltilmesi yoluyla hasta memnuniyetini de arttırmaktadır. Dolayısıyla, etkili bir hizmet telafisi süreci, hastane marka imajını güçlendirirken, aynı zamanda hasta sadakatini ve memnuniyetini de olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Liu ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışmada, hizmet telafisinin hastaların hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik olumlu tutumlarını güçlendirdiği ve bu olumlu etkinin, hasta sadakatini artırmaya önemli katkı sağladığı belirtilmektedir. Moreira ve Silva (2015) ile Ramli ve Sjahruddin (2015)'nin yaptığı çalışmalar, hizmet telafisinin doğrudan hastaların memnuniyet ve sadakat düzeylerini etkilediğini ortaya koymaktadır. Patawayati ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir araştırmada, hasta bağlılığının sadakat üzerinde anlamlı bir pozitif etkisi olduğu ve bu bağlılığın sadakat oluşturulmasında kısmi bir aracı rol oynadığı bulunmuştur.

2.8. Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim

Hastalar için ağızdan ağıza iletişim son derece önemli bir bilgi kaynağıdır. Özellikle daha önce aynı sağlık hizmeti almış olan kişilerin ticari olmayan önerileri (Argan, 2012, 2016; Dobelev ve Lindgreen, 2011, aktaran Martin, 2017), hastaların sağlık hizmeti seçimlerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Genellikle yeni bir sağlık profesyoneli seçilirken aile üyeleri, arkadaşlar, akrabalar, komşular ve iş arkadaşları gibi kişisel ilişkilere dayalı bilgilere güven duymaktadırlar (Argan, 2016). Ancak, bilginin ağızdan ağıza iletişim yoluyla yayılması, yanlış yorumlama veya yeniden yorumlama riskini de beraberinde getirebilmektedir (Liberatore vd., 2019).

Literatürde yapılan çalışmalar, ağızdan ağıza iletişimin hastaların tutumları ve davranışları üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Kişiler arasında yapılan bireysel öneriler ve deneyim paylaşımları, sağlık kararlarında önemli bir rol oynamaktadır. Bu şekilde hastane seçimi, doktor tercihi ve tedavi seçimi dahil olmak üzere çeşitli faktörler üzerinde güçlü bir etkisi olduğuna dair fikir birliği bulunmaktadır (Mazzarol vd., 2007; Haasevd., 2006; Sloane vd., 1999, aktaran Otani vd., 2009).

Sağlık hizmetlerinde bazı insanların bilgi arama bazı insanların ise bilgiyi paylaşma eğilimleri, Martin (2017) tarafından, sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza iletişim modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu model, "Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi", "Zayıf Bağların Gücü Teorisi" ve "Algılanan Risk Teorisi" temel alınarak oluşturulmuştur. Algılanan Risk Teorisi'ne göre bireyler, belirsiz veya riskli durumlarda bilgiye ihtiyaç duyar ve özellikle sağlık hizmeti seçimi gibi riskli kararlarda, çevrelerinden gelen bilgilerle kendilerini daha güvende hissederek. Zayıf Bağların Gücü Teorisi'ne göre, bireyler daha yakın ilişkilerde bilgi almayı ve kabul etmeyi, daha uzak ilişkilerde ise bilgiyi daha rahat paylaşmayı tercih edeceklerdir (Granovetter, 1973). Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi (Festinger, 1957) ise insanların tutumları ve davranışları arasında tutarlılık olması gerektiğini savunmaktadır. Festinger'a göre, bilişsel uyumsuzluklar bireyleri rahatsız eder (Bawa ve Kansal, 2008). Kişi, kendi tutum, görüş veya inancına aykırı bir şey söylemeye veya yapmaya zorlandığında ve tutarsız bilgilere maruz kaldığında bilişsel uyumsuzluk deneyimleyecektir (Oshikawa, 1969, s. 44). Bu durum özellikle önemli ve zor bir karar verildikten sonra ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bir hasta kötü bir deneyim yaşarsa, bu deneyimi çevresiyle paylaşarak hem içsel çatışmasını azaltacak hem de

başkalarına yardımcı olabilecektir. Bu nedenle, ağızdan ağıza iletişim, insanların kendi kararlarını doğrulamalarına yardımcı olmalarına olanak tanımaktadır.

Seçici maruziyet teorisi, bireylerin olumsuz ağızdan ağıza iletişim davranışlarını açıklamada önemli bir rol oynamaktadır. Wangenheim'ın (2005) belirttiği gibi, bir konuda olumsuz algıya sahip kişiler, bu algıyı destekleyen bilgileri ararken, ona aykırı bilgileri göz ardı etmektedir. Dolayısıyla, bir hastane veya doktor hakkında olumsuz bir izlenime sahip hastalar, bu negatif algıyı destekleyen olumsuz ağızdan ağıza iletişim uyarılarına daha açık olacak ve bu tür bilgileri daha sık paylaşırlardır.

Granovetter'in (1973) teorisine göre, kişilerarası ağlardaki bağların gücüne vurgu yapılmaktadır. Bu teori, genellikle aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve meslektaşlar arasında oluşan güçlü bağların, daha geniş bir tanıdık çevreyi içeren zayıf bağlardan ayrıldığını ifade etmektedir. Bireyler, bu güçlü ve zayıf bağlar aracılığıyla birbirlerine bağlı ağ kümeleri oluştururlar ve genellikle aynı sosyal kümelerde yer alan kişiler, güçlü bağlarla birbirlerine bağlıdır (Granovetter, 1973). Olumsuz ağızdan ağıza iletişim perspektifinden bakıldığında, güçlü bağlara sahip bireylerin aynı negatif içerikli bilgilerle karşılaşma ve bunları paylaşma eğilimleri daha yüksektir. Brown ve Reingen'in (1987) ifadesine göre, güçlü bağlar aracılığıyla yayılan ağızdan ağıza iletişim, özellikle belirli bir sağlık hizmetinin kullanımı gibi davranışları etkileme olasılığı daha yüksektir. Bu bağlamda, bir hastanın hastane veya hekimle ilgili olumsuz bir bilgiyi yakın bir tanıdığından alması durumunda, bu bilginin hastayı duygusal ve davranışsal olarak etkileme olasılığı çok daha yüksektir.

Granovetter'in zayıf bağlar teorisi ile birlikte Bauer (1967) ve Cox (1967) tarafından geliştirilen algılanan risk teorisi, ağızdan ağıza iletişimin anlaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle hekimin hastalık hakkında bilgilendirmemesi veya yanlış tedavi planlaması gibi durumlarda hastalar arasında paylaşılan olumsuz ağızdan ağıza iletişim, diğer bireylerin benzer riskleri algılamalarını ve önleyici önlemler almalarını teşvik edebilmektedir. Bu tür olumsuz ağızdan ağıza iletişim, alıcının kendi sağlık hizmetleriyle ilgili kararlarını etkileme potansiyeline sahiptir (De Cruppe ve Geraedts, 2011).

Anderson'ın (1998) çalışması, olumlu sözlü iletişim etkisinin %30, olumsuz sözlü iletişimin ise %70 olduğunu göstermiştir. Bu durum, genellikle negatif yorumların daha etkili olduğunu göstermektedir. Sundaram ve diğerleri (1998) ise, kişilerin negatif WOM'a yönelmelerine sebep olan motivasyonel faktörleri endişe ve kızgınlığı azaltma,

tavsiye arama, intikam alma ve özgecilik olarak sıralamışlardır. Bu bulgular, negatif WOM'un yalnızca bireysel duygusal ihtiyaçları karşılamakla kalmayıp aynı zamanda sosyal etkileşim ve bilgi paylaşımında da önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Smith ve Vogt (1995) tarafından, olumsuz ağızdan ağıza iletişimin, hastanelerin kurum imajı üzerinde olumsuz etkiler yaratma potansiyeli olduğu vurgulanmıştır.

2.9. Hasta Memnuniyeti

Hastalar, sadece tedavi edilmesi gereken bireyler olarak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin alıcıları olarak kabul edilmektedir (Brown vd.,1993, aktaran Zhou vd.,2017). Sağlık hizmeti alıcıları kavramı, hastaların pasif alıcı olmaktan çıkarak, sağlık hizmetleri konusunda daha fazla söz sahibi olmalarını ve taleplerini dile getirmelerini destekleyen bir anlayışı ifade etmektedir. Bu bağlamda hastaların sağlık tüketicisine dönüşmesi "Yeni kamu yönetimi" politikalarının etkisi (Hood, 1995) ve hasta hakları hareketinin ortaya çıkışıyla birlikte (Williams, 1994) olmuştur (aktaran, Gill ve White, 2009). Bu gelişmelerin bir sonucu olarak, sağlık sektöründe hasta memnuniyeti ölçümleri yaygınlaşmıştır.

Prakash (2010), sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti için hekim, hasta ve organizasyon olmak üzere üç temel bileşeni vurgulamaktadır. Bu bağlamda, hekimler, hastaya kaliteli sağlık hizmeti sunarken, hekim-hasta etkileşimini de sağlamalıdır. Hekim-hasta etkileşiminin niteliği, göz teması, gülümseme, nazik ve kibar tutum, sorunları dikkatle dinleme, rahatlatma, süreye uyma ve gecikmelerde özür dileme gibi unsurlar aracılığıyla önemli ölçüde artmaktadır (Wendy, 1994).

Hekim-hasta ilişkisinin kalitesi, hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Safran vd., 2001). Keating ve diğerleri (2002) ayaktan hasta tedavisi hizmetlerinde yaptığı çalışmada, hekim-hasta ilişkisindeki güçlü ve olumlu etkileşimlerin, hastaların sağlık hizmetlerine olan güvenlerini arttırdığını ve memnuniyet düzeylerini yükselttiğini göstermiştir. Ayrıca, etkili bir hekim-hasta iletişiminin, hasta tarafından algılanan hizmet kalitesini artırarak tedavi uyumunu desteklediği ve sonuçta sağlık sonuçlarını iyileştirdiği belirlenmiştir.

Memnun hastaların önerilen tedaviye uyma olasılıkları daha yüksektir (Finkelstein vd.,1999). Araştırmalar, hasta memnuniyeti ile sağlık bakım hizmetleri kalitesi arasında bir bağlantı olduğunu görülmektedir (Naidu, 2009). Yüksek hasta memnuniyeti

seviyelerine sahip olan hastanelerin, genellikle daha düşük mortalite oranlarına sahip olduğu ve sağlık hizmetlerinde süreç kalitesinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Jaipaul ve Rosenthal, 2003; Edlund ve Gesell vd., 2005).

Bu bağlamda, sağlık hizmeti kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki bu olumlu ilişki, sağlık sektöründeki profesyonellerin ve yöneticilerin hizmet sunumunu iyileştirmeye yönelik çabalarını desteklemekte ve hasta odaklı hizmet anlayışını motive etmektedir.

Hasta memnuniyetini etkileyen diğer önemli bir faktör ise hastane veya organizasyonun kendisidir. Prakash (2010) tarafından belirtildiğine göre, hastanede temizlikten laboratuvara kadar geniş bir yelpazede görev alan birçok kişi bulunmakta ve hastalar bu kişilerle çeşitli etkileşimlerde bulunmaktadır. Bu nedenle, organizasyonel yapı, hasta memnuniyeti açısından bütünlük içinde ele alınmalıdır. Bunlar: Telefon aracılığıyla iletişimde profesyonellik, hızlı yanıt verilmesi, nazik karşılama ve bilgilendirme; mekânın uygun şekilde döşenmesi, personelin iyi giyimli ve güleryüzlü olması gibi unsurlar hasta memnuniyetinin önemli bileşenleridir. Ayrıca, bekleme sürelerinin kısa tutulması ve hastanın hastalığı hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, memnuniyeti artıran diğer faktörlerdir.

Çeşitli çalışmalar, hasta memnuniyeti ile sadakat arasındaki ilişkiyi ele almış ve bu bağlamda hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına olan sadakatını önemli ölçüde etkilendiğini göstermiştir (Gabel vd., 1993; Nelson vd., 1992, aktaran Garman ve diğerleri (2004). Bu bulgular, hastanelerin hasta memnuniyetini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmelerinin, hasta sadakatını ve dolayısıyla uzun vadede hastane başarısını artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Hasta memnuniyetinin en kritik bileşenlerinden biri, hastanenin şikâyetleri etkin bir şekilde ele alabilme ve çözümleyebilme kapasitesidir. Sağlık hizmetleri alanında ilk akreditasyon kurumu olan "Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO)" belirlediği kılavuzlara göre, her hastanede a) şikâyetleri almak için etkin bir mekanizma bulunmalı, b) hastalar bu mekanizmadan ve şikâyet haklarından haberdar edilmeli, c) kuruluş, önemli şikâyetlere uygun yanıtlar verip gerekli önlemleri almalı ve d) hastaların şikâyetleri nedeniyle herhangi bir olumsuz muamele görmemeleri sağlanmalıdır. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının, hasta şikâyetlerini ve verilen yanıtları belgelemeleri gerekmektedir (Prakash, 2010).

BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın birinci alt amacı açıklanarak benimsenen yöntem, kavramsal çerçeve ışığında ele alınan kavramlar arası ilişkiler, geçmiş çalışmalara dayanarak geliştirilen araştırma hipotezleri ve araştırma modeli yer almaktadır. İkinci bölüm, hipotezlerin arka planını sunarak temel bilgileri içerdiği için bu kısımda hipotezlerle ilgili açıklamalara yer verilmektedir. Bu şekilde, hipotezlerin araştırma soruları ve hedefleriyle uyumunu bütünlük içinde ifade etmek amaçlanmaktadır. Bu süreçle ilişkin araştırmanın evren ve örnekleminin seçimi, kullanılan veri toplama aracı ve veri toplama süreci ele alınmaktadır. Ayrıca araştırmanın ikinci alt amacı kapsamında hedeflenen hasta şikâyetlerinin kodlanması için tasarlanan nitel araştırma sürecine yer verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulabilmesi için şikâyet yönetimi alanında hasta hakları uygulamalarının planlanmasına, değerlendirilmesine ve uygulanmasına büyük önem verilmektedir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda, hastaların memnuniyetini artırmak amacıyla hasta hakları birimleri oluşturulmuştur. Bu birimler, bireylerin şikâyet, talep, öneri ve teşekkürlerini yüz yüze iletebilmeleri için bir başvuru kanalı olarak işlev görmektedir. Bu birimlerde, şikâyetlerin alınması ve gerekli durumlarda yerinde çözümler üretilebilmesi için iletişim becerileri yüksek olan kişiler görevlendirilmektedir. Bu birimlerden beklenen, hastaların dile getirdikleri sorunları etkili bir şekilde dinleyerek, yerinde müdahale edebilme ve memnuniyeti artırıcı çözümler sunulmasıdır.

Diğer taraftan, sağlık hizmetleri literatüründe hasta şikâyetlerinin hasta güvenliğini izlemek ve hizmet kalitesini artırmak için değerli bir kaynak olduğunu vurgulayan birçok araştırma bulunmaktadır. Bu konuda önemli katkılar sunan çalışmalar arasında Reader ve diğerleri (2014), Harrison ve diğerleri (2016), van Dael ve diğerleri (2020), Bayer ve diğerleri (2021) ve Elias ve diğerleri (2021) yer almaktadır. Bu çalışmalar, şikâyetlerin analiz sürecinde standardizasyonun önemini ve bu şikâyetlerin etkili bir şekilde raporlanması gerekliliğini vurgulamaktadır. Türkiye'deki hasta hakları uygulamaları kapsamında tek tip bir geri bildirim sisteminin olmaması, standart bir raporlama sistemi oluşturulmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum, hasta şikâyetlerinin ve

geri bildirimlerinin tutarlı bir şekilde kaydedilmesi, analiz edilmesi ve raporlanmasını engellemektedir. Ayrıca mevcut uygulamalarda, bir şikâyet yalnızca bir defa kaydedilerek ve sayılarak raporlamada kullanılabilmektedir. Ancak, bir şikâyetin birden fazla nedeni olabileceği ve şikâyet edilen konunun, işleyişteki birden fazla aksaklık veya yanlış uygulamayı da işaret edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu da şikâyet yönetim süreçlerinin, gerçek sorunları tespit etme ve bu sorunlara etkili çözümler üretme kapasitesini sınırlamaktadır.

Bu sebeple, bu çalışmanın iki alt amacı bulunmaktadır: İlki, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi ve hizmet telafilerinin, adalet çerçevesinden nasıl değerlendirildiğini anlamaya yönelik bilişsel süreçleri ve bu süreçler sırasında hissedilen duyguların oluşturduğu tutum ve davranışları incelemektir. İkinci amaç ise Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun bir şekilde, hastaların deneyimlerini, ihtiyaçlarını, beklentilerini ve hizmetlerdeki hataları ilgili kurum yöneticilerine aktaracak ve şikâyetle bulunan hasta profilini tanımlayacak bir hasta şikâyet yönetim sistemi için taksonomi önerisinde bulunmaktır.

Çalışmanın metodolojisi, araştırma amacı doğrultusunda; teorik bir konsepti derinlemesine anlamak, mevcut literatürü incelemek veya yeni bir teori oluşturmak yerine belirli bir durumu veya sorunu pratik bir bakış açısıyla ele alarak, araştırma konusunda somut bilgi ve çözüm önerileri sunmak üzere temellendirilmiştir. Araştırmanın birinci alt amacı detaylandırıldığında, *sağlık hizmetleri sunumundaki hizmet hataları ile karşılaşan hasta ve/veya hasta yakınlarının iletmış olduğu şikâyet başvurularının değerlendirilmesi ve telafilerin sunulması sürecindeki algılanan adaletin, başvuru sahiplerinde oluşturduğu duygular ve telafiden doğan memnuniyet aracılığıyla kuruma karşı oluşan hasta sadakati, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemektir*. Bu çalışma, pozitivist bakış açısıyla sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde neden-sonuç ilişkilerini derinlemesine incelediği için açıklayıcı araştırmadır. Ayrıca, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma ve haklarından yararlanma konusundaki tutum ve davranışlarını incelemeye yönelik bir çalışma olduğu için tanımlayıcı araştırma özelliklerini de taşımaktadır. Araştırma, araştırmacının kendi iş tecrübesinden de hareket ederek Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmeti verilen tüm kurum ve

kuruluşlardaki hasta ve hasta yakınları için tasarlanan, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulamaları'nda belirtilen pratikler çerçevesinde kurgulanmıştır.

Araştırmanın temel odağı, şikâyet yönetimi olduğu için hizmet pazarlaması alanında yürütülen şikâyet yönetimi ve hizmet telafisi odaklı çalışmalar referans alınmıştır. Bu bağlamda, ayakkabı satışı üzerine Blodgett ve diğerleri (1997), taşıma şirketleriyle ilgili Boshoff (1997), otel ve restoran işletmeciliği konusunda Smith ve diğerleri (1999) ve Bolton (2002), restoran hizmetleri için Mattila (1999) ve Yim ve diğerleri (2003), hava yolu taşımacılığı alanında McCollough ve diğerleri (2000) ve McCollough (2009), kuaförlük hizmetleri üzerine Maxham III (2001), ve online alışverişle ilgili Qin ve diğerleri (2012) gibi çalışmalar ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmalarda, genellikle pozitivist paradigmanın etkisi altında şekillenen ampirik araştırma tasarımına dayalı veri toplama yöntemleri tercih edilmektedir. Daha çok, araştırmaya konu olan sektördeki belirli konulara odaklanan senaryolar ile gerçekleştirilen rol oynama teknikleri gibi yöntemler tercih edilmektedir. Tax ve diğerleri (1998) ise iletişim, banka ve sağlık hizmetleri örneklemini kullanarak şikâyeti deneyimlemiş kişilere anket uygulamıştır. Jianfen ve diğerleri (2002) de hastane örneklemini üzerinde benzer bir anket çalışması yapmıştır. Bu çalışmanın yürütüldüğü sağlık hizmetleri, geniş bir yelpazede, acil bakımdan kronik hastalık yönetimine, cerrahi müdahalelerden rehabilitasyona kadar değişen hizmetleri kapsamaktadır. Bu alanda çalışan profesyoneller hem tıbbi bilgi hem de teknolojik beceriler açısından çok fazla sayıda uzmanlığa sahiptir. Bu özellikler, senaryo tekniğinin kullanımını uygun olmayacak şekilde karmaşıktırmaktadır. Bu nedenle, katılımcıların gerçekte deneyimlemiş oldukları hizmet başarısızlıklarına odaklanılmıştır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinde yaşanan gerçek şikâyet deneyimlerini yansıtmak amaçlanmaktadır.

Bu kapsamda araştırmanın verileri üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulan bir eğitim ve araştırma hastanesinde, kolayda örnekleme yöntemi ile tıbbi malpraktis kapsamı dışında kalan, hizmet başarısızlığı sayılabilecek bir konuda hastane yetkililerine şikâyet başvurusunda bulunan kişilerle yüz yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcılar, araştırmanın yapıldığı hastanedeki acil servis, yatan hasta servisleri, poliklinikler, radyoloji veya patoloji hizmetlerinden faydalanmak için hastanede bulunan, bekleme alanlarındaki kişilerden kişilerden amaçlı örnekleme yöntemi çerçevesinde seçilmiştir. Öncelikle bu kişilerden, araştırmanın yapıldığı hastanede, son

bir yıl içerisinde yaşadığı şikâyet deneyimi olup olmadığı sorgulanmıştır. Şikâyet deneyimi olan kişilerden, çalışmaya katılmayı kabul edenlere bu hastanedeki şikâyet deneyimini anımsamaları ve ankette yer alan soru ve ifadeleri cevaplamaları istenmiştir. Araştırmanın, şikâyet deneyiminin gerçekleştiği hastane içerisinde yapılmasının sebebi; fiziksel ortamın, insanların zihinsel süreçlerini etkiliyor olmasıdır (Martin ve Morich, 2011). Geçmiş tecrübelerin ve anlık duyguların depolandığı limbik sistem (duygusal beyin), anılarımız ve duygularımızla ilgili bir bölgedir. Limbik sistemde, özellikle duygu hafızası olarak bilinen amigdala bulunmaktadır (Tan,2021). Bu bölge, geçmiş deneyimlerin ve duygusal anıların depolanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Fiziksel ortam, bu bölgeleri etkileyerek, bir olayın hatırlanmasına katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle, katılımcılar, olasıya dayalı olmayan kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak, yukarıda belirtilen özellikler çerçevesinde ulaşılmıştır.

İkinci bölümde, hipotezlerin arka planı ve kavramlara ilişkin temel bilgiler sunulduğu için bu kısımda doğrudan araştırma modeli ve hipotezlerle ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları, Modeli ve Hipotezleri

Araştırmanın bu noktadaki temel problemi, “Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarında algılanan adaletin duygusal ve davranışsal sonuçlara etkisi ile bu etkide hizmet telafisi memnuniyeti ve duygusal tepkilerin aracılık rolünün olup olmadığının incelenmesi” şeklinde ifade edilebilir. Araştırmanın bu temel problemi ile bağdaştırılacak alt soruları ise şu şekildedir:

3.2.1. Araştırma Soruları

1. Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim sürecinde algılanan adalet ile hasta sadakati arasında ilişki var mıdır?
2. Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim sürecinde algılanan adalet ile olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasında ilişki var mıdır?
3. Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetim sürecinde algılanan adalet ile hasta memnuniyeti arasında ilişki var mıdır?
4. Şikâyet yönetim sürecindeki duyguların, algılanan adaletin alt boyutları ile hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?

5. *Şikâyet yönetim sürecindeki hizmet telafi memnuniyetinin, algılanan adaletin alt boyutları ile hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?*

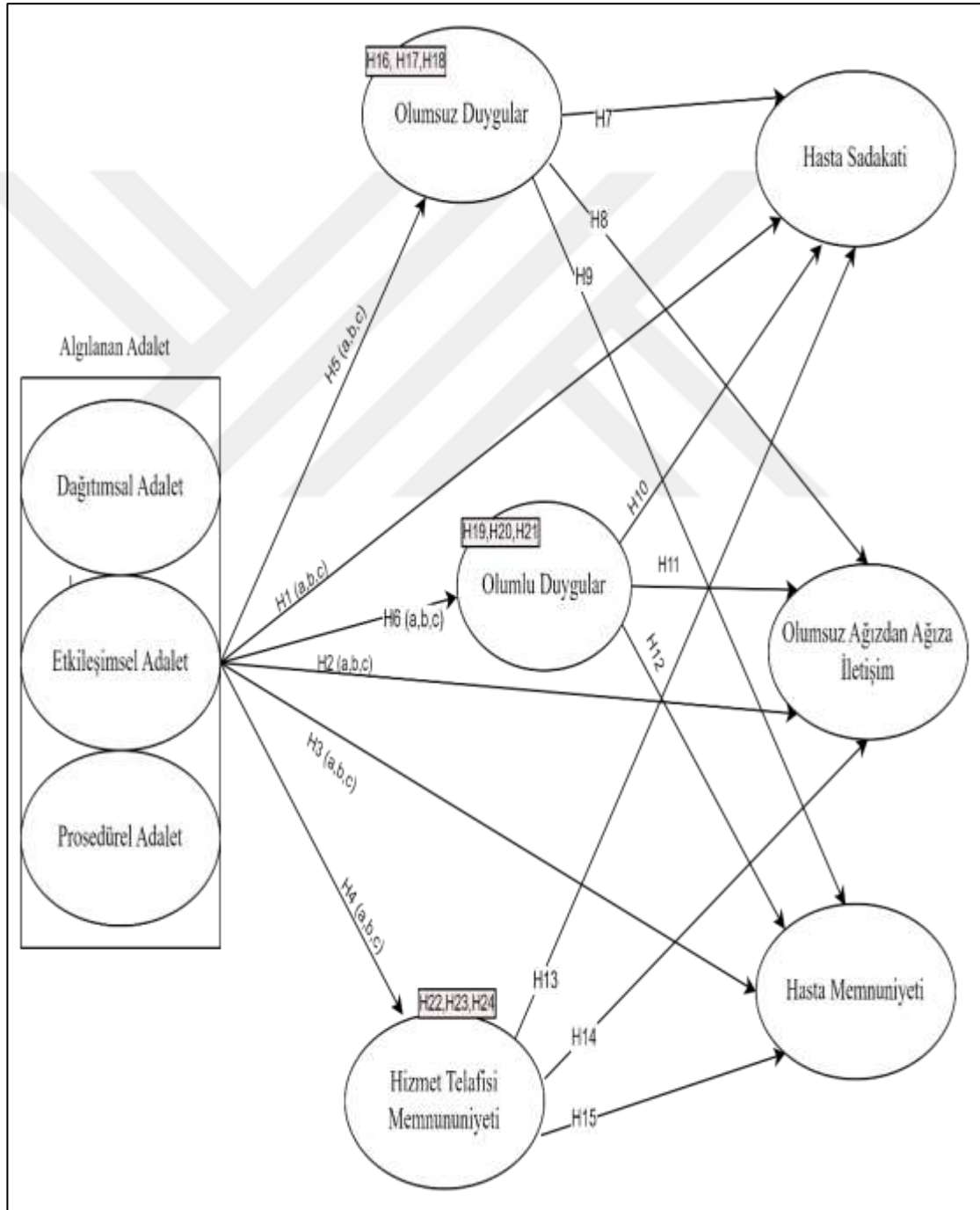


3.2.2. Araştırma Modeli

Araştırmanın temelini oluşturan hipotezler ve bu hipotezlerin genel bir bağlam içinde nasıl şekillendiğine dair nedenleri ilerleyen kısımda yer almaktadır. Araştırmanın modeli, Şekil 8’de görülmektedir.

Şekil 7

Araştırmanın Modeli



3.2.3. Araştırmanın Hipotezleri

3.2.3.1. Algılanan Adaletin Hasta Sadakatine Etkisi

Algılanan adalet, hizmet telafisi çabalarının "adalet" veya "haklılık" düzeyini ifade etmektedir (de Matos vd., 2012). Daha önce yapılan araştırmalar, müşterilerin telafi çabalarını nasıl algıladıkları ve değerlendirdiklerinin, müşteri tutumları ve davranışları üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Brown vd. 1996; Blodgett vd., 1997; Tax vd., 1998; Weun vd., 2004; Karatepe 2006; Maxham III ve Netemeyer 2002; Chebat ve Slusarczyk, 2005; del Rio-Lanza vd., 2009; Guo vd., 2016 Migacz vd., 2018). Bu bağlamda, müşterinin hizmet telafisi sürecinde algılamış olduğu adalet duygusunun, firma ile gelecek davranışlarını belirlemede etkili olduğu ifade edilmektedir. Santos ve Fernandes (2008) tarafından yapılan bir araştırma, müşterilerin hizmet telafisi sürecinde adil bir şekilde muamele gördüklerini algıladıklarında, memnuniyet düzeylerinin arttığını ve bu durumun müşteri sadakatine ve hizmet sağlayıcıya olan güvenlerini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Zhao ve diğerleri (2010), sağlık hizmetleri alanında yaptıkları çalışmada, algılanan adaletin müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatine katkı sağladığını belirtmiştir. Pramono ve diğerleri (2021), özellikle etkileşimsel adalet ve prosedürel adaletin, müşteri sevgisi üzerinden hasta sadakatini olumlu ve anlamlı bir biçimde etkilediğini belirlemiştir. Dolayısıyla hizmet telafisi sürecinde adil bir muamele gördüğünü düşünen bir müşterinin, tekrar benzer hizmeti alma davranışını gösterebileceği ve sadakat hisleri taşıyabileceği ifade edilmektedir (Matilla, 2001). Bu bağlamda, hastanelerden hizmet alan müşteriler açısından, hasta sadakatinin sağlanabilmesi için hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan adalet algısının önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Buradan hareketle adalet algısının alt boyutları dikkate alınarak oluşan H_{1a} , H_{1b} ve H_{1c} hipotezleri geliştirilmiştir.

H_{1a} : Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı hasta sadakatini pozitif yönde etkiler.

H_{1b} : Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı hasta sadakatini pozitif yönde etkiler.

H_{1c} : Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı hasta sadakatini pozitif yönde etkiler.

3.2.3.2. Algılanan Adaletin Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişime Etkisi

Hizmet hataları, müşterilerin beklentilerinin karşılanmamasına neden olarak, genellikle hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlik duygularına yol açmaktadır. Bu hatalar, müşterilerin hizmet aldıkları kuruluşla ilgili olumsuz bir izlenim edinmelerine ve bu deneyimlerini olumsuz bir şekilde değerlendirmelerine sebep olmaktadır. Bu durum, müşterileri olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapmaya, satın alma niyetlerini azaltmaya ve hatta hizmetleri tamamen bırakmaya yönlendirmektedir (Chebat ve Slusarczyk, 2005; del Rio-Lanza vd., 2009; Swanson ve Kelley, 2001; Ellyawati vd., 2013). Ağızdan ağıza iletişim olumsuz bir şekilde yapılabildiği gibi olumlu anlamda da kullanılabilir. Bir müşteri, bir ürün veya hizmetten memnun kaldığında, bunu başkalarına tavsiye etmek isteyebilir. East ve diğerleri (2008)'e göre, olumlu ağızdan ağıza iletişim, satın alma kararı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Çünkü müşteriler genellikle bir karar vermeden önce olumlu önerilerden çok fazla etkilenmektedir. Uygun bir hizmet telafisi sunulması, başarısızlık durumlarında bile müşteri memnuniyetini arttırmakta ve sonuç olarak olumlu ağızdan ağıza iletişime yol açmaktadır (Gosling ve Matos, 2007). Awa ve diğerleri (2016) yapmış olduğu çalışmada, hizmet sektöründeki telafi sürecinde algılanan adaletin, ağızdan ağıza iletişime olumlu katkı yaptığını tespit etmiştir. Bu bağlamda hizmet başarısızlığı sonrasındaki telafi çabaları ile olumlu etkilerin artırılması hedeflenmektedir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, en ufak bir ihmal bile hastaların kendilerine haksızlık edildiğini düşünmelerine ve hoşnutsuzluklarına neden olabilmektedir (Liang vd., 2017). Telafi sürecindeki düşük adalet algısının, olumsuz ağızdan ağıza iletişimi attıracağı, artan adalet algısının ise olumsuz iletişimi azaltacağı yönünde değerlendirme yapılmaktadır (Susskind, 2002). Müşterilerde oluşan adalet algısı ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki etki ve adalet algısının üç alt başlığı kapsamında geliştirilen hipotezler aşağıda sunulmuştur.

H_{2a}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini negatif yönde etkiler.

H_{2b}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı, olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini negatif yönde etkiler.

H_{2c}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini negatif yönde etkiler.

3.2.3.3. Algılanan Adaletin Telifinden Doğan Memnuniyet ve Hasta Memnuniyete Etkileri

Berry ve Parasuraman (1992) hizmet başarısızlığının bir sorun olarak değil, memnun müşteriler yaratmak için bir fırsat olarak görülmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Hizmet teliflerinin, müşteri sadakati ve müşteri memnuniyeti üzerinde güçlü etkileri olduğu belirtilmektedir (Miller vd., 2000; Smith ve Bolton, 2002; Tax ve Brown,1998). Memnuniyet, beklentiler üzerinden işleyen karmaşık bir dizi farklı faktörün sonucu olan çok boyutlu bir yapıdır (Sitzia ve Wood, 1997; Peters vd., 2010). Telifi değerlendirmelerinde, adalete dayalı telif beklentisi oluşturan müşteriler, bu beklentilerini, firmaların sunduğu hizmet telif performansı ile karşılaştırmaktadır (Yim vd., 2003). Müşterilerin telif çabalarına nasıl tepki verdiğini incelemek için genellikle üç boyutlu adalet görüşü kullanılmaktadır. Dağıtımsal adalet, memnun olmayan müşterilerin, şikâyetlerini çözebilmek için sunulan hizmet telifisinin sonucu anlamına gelmektedir (Blodgett vd.,1997; Hoffman ve Kelley, 2000; Kim vd., 2009). Dağıtımsal adaletin bazı hizmet işletmelerindeki hataları gidermede en etkili telif unsuru olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar, telif çabalarının bir sonucu olarak dağıtımsal adaletin, genel memnuniyete olumlu etki ettiğini göstermektedir (Smith vd., 1999; Goodwin ve Ross, 1992; Boshoff, 1997; Hoffman vd., 1995; Ok vd., 2005; Karatepe, 2006). Prosedürel adalet, firmalar tarafından özellikle şikâyetleri ele almak ve bir karara varmak için ayrılan zamanı desteklemek ve şekillendirmek için kullanılan politikalar, prosedürler ve araçlardan oluşmaktadır (Davidow, 2003). Bazı araştırmalarda, telif sürecinde uygulanan prosedürel adaletin, müşterilere sağlanan telif sonrasında memnuniyet düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği ortaya konulmuştur (Smith vd.,1999; Tax vd., 1998). Ancak Blodgett ve diğerleri (1997), adalet boyutları arasında en az öneme sahip olan boyutun prosedürel adalet olduğunu öne sürmüştür. Bu durum, prosedürel adaletin dağıtımsal adalet ve etkileşimsel adaletten daha az görünür olmasına bağlanabilir. Bazı sektörlerde ait çalışmalarda, prosedürel adalet boyutu kullanılmazken sağlık hizmetlerindeki prosedürler, şikâyeti iletmek ve çözüm sunabilmek açısından sınırları çizdiği ve yüksek önem arz ettiği için bu çalışmada yer verilmiştir. Adaletin üçüncü yönü olan etkileşimsel adalet, prosedürel adalet unsurlarından geliştirilmiştir. Etkileşimsel adalet, prosedürel adalet gibi süreçle ilgilidir. Ancak, etkileşimsel adalet, “prosedürlerin tamamlanmasında ve sonuçların sunulmasında kişilerarası davranışlarla ilgilenmek” anlamına gelmektedir (Clemmer ve Schneider,1996; Tax vd., 1998). Diğer

bir ifade ile kişilerarası iletişimde adaletin sağlanmasına işaret etmektedir (McColl-Kennedy ve Sparks, 2003). Etkileşimsel adalet, en çok önerilen ve telafi sürecine dahil edilmesi gereken, asgari kurtarma stratejisi olan özrü içermektedir. Clemmer ve Schneider (1996), müşterilerin etkileşimsel adaleti değerlendirirken kullandıkları altı ilkeyi *samimiyet, dürüstlük, ilgili, duyarlılık, önyargısız olma ve nezaket* olarak sıralamıştır. Liang ve diğerleri (2017) hastalardaki adalet algısının, hasta memnuniyetine olumlu yönde katkı yaptığını tespit etmiştir. Müşterilerde oluşan olumlu adalet algısının üç alt boyutu ve memnuniyet arasındaki etki dikkate alınarak sırasıyla H_{3a}, H_{3b}, H_{3c}, H_{4a}, H_{4b} ve H_{4c} hipotezleri geliştirilmiştir.

H_{3a}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı hasta memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

H_{3b}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı hasta memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

H_{3c}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı hasta memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

H_{4a}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı başvuru sahiplerinin telafiden doğan memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

H_{4b}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı başvuru sahiplerinin telafiden doğan memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

H_{4c}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı başvuru sahiplerinin telafiden doğan memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

3.2.3.4. Algılanan Adaletin Duygulara Etkisi

Müşteriler, hizmet telafisi sırasında genellikle yoğun duygusal tepkiler gösterme eğilimindedir ve bu duygusal tepkiler, hizmet sağlayıcı ile olan gelecekteki ilişkilerini büyük ölçüde etkilemektedir (Smith ve Bolton, 2002). Müşterilerin hizmet telafi sürecini nasıl değerlendirdiklerini anlamak için duygusal değerlendirmelerin kullanılması dikkat çeken bir araştırma alanıdır (Bagozzi vd., 1999; Schoefer, 2008; Schoefer ve Diamantopoulos, 2008; Weiss vd., 1999, aktaran Chebat ve Slusarczyk, 2005; Bonning ve Cole, 2007; Baker vd., 2013; Gelbrich, 2010; Kim vd., 2009; Cai ve Qu, 2018).

Hizmet telafisi sürecinde, Kuo ve Wu (2011), algılanan adaletin hem duygusal hem de davranışsal bir yönü içerdiğini belirtmektedir. Müşteriler, bir hizmet telafisinde algıladıkları adalet düzeyine bağlı olarak farklı duygular deneyimlemektedirler (Schoefer, 2008). Birçok araştırmacı hizmet telafisi sürecinde algılanan adalet çerçevesinde müşteri duygularının etkisini incelemiştir (Weiss vd., 1999; William, 1999; Schoefer ve Ennew, 2005; Chebat ve Slusarczyk, 2005; Schoefer, 2008; del Rio-Lanza vd.,2009).

Schoefer ve Ennew (2005) tarafından yürütülen çalışmanın bulguları, hizmet telafisi sürecinde algılanan adaletin düşük düzeyde olmasının, olumsuz duygulara (öfke, kızgınlık ve mutsuzluk) yol açtığını göstermektedir. Müşteriler, telafi sonucundan memnun olmadıklarında veya telafi sürecinin adaletsiz olduğunu algıladıklarında öfkelenip olumsuz duygular hissedebilmektedir (Weiss vd., 1999). Dağıtımsal adalet düzeyinin yüksek düzeyde algılanması hoş duygular uyandırırken, dağıtımsal adaletin düşük düzeyde algılanması müşterileri hayal kırıklığına uğratmakta, hatta kızdırmaktadır (William, 1999). Chebat ve Slusarczyk (2005), algılanan adaletin olumlu ve yüksek düzeyde olduğu durumlarda müşterilerde olumsuz duyguların azalma eğiliminde olduğunu, daha spesifik olarak dağıtımsal ve etkileşimsel adaletin olumlu yönde algılandığında ise müşterilerde olumlu duyguların artma eğiliminde olduğunu tespit etmişlerdir. Müşterilerin adalet algılarının, hissedilen olumlu ve olumsuz duygulara yönelik etkileri dikkate alındığında sırasıyla H_{5a}, H_{5b}, H_{5c}, H_{6a}, H_{6b} ve H_{6c}, hipotezleri geliştirilmiştir. Algılanan adalet değişkeninin alt başlıkları kapsamında geliştirilen alt hipotezler de aşağıda sunulmaktadır.

H₅: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı başvuru sahiplerinin olumsuz duygularını negatif yönde etkiler.

H_{5b}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı başvuru sahiplerinin olumsuz duygularını negatif yönde etkiler.

H_{5c}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı başvuru sahiplerinin olumsuz duygularını negatif yönde etkiler.

H_{6a}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan dağıtımsal adalet algısı başvuru sahiplerinin olumlu duygularını pozitif yönde etkiler.

H_{6b}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan etkileşimsel adalet algısı başvuru sahiplerinin olumlu duygularını pozitif yönde etkiler.

H_{6c}: Hizmet telafisi sürecinde başvuru sahiplerinde oluşan prosedürel adalet algısı başvuru sahiplerinin olumlu duygularını pozitif yönde etkiler.

3.2.3.5. Olumsuz Duyguların Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri

Müşterilerin hizmet telafisi sürecindeki duyguları, hizmet deneyimine ve telafi sonrası tepkilerine rehberlik eden duygusal deneyimleri olarak görülmektedir (Baumeister vd., 2007; Lazarus, 1991, aktaran Cai ve Qu, 2018). Genellikle hizmet başarısızlıklarının sinir bozucu deneyimler olduğu düşünülmektedir (Nyer, 2000; Laros ve Steenkamp, 2005). Bu durumlarda müşterilerde hayal kırıklığı, öfke, kızgınlık gibi çeşitli duyguların gelişebildiği görülmektedir. Strauss ve diğerleri (2005) hayal kırıklığını, güçlü bir şekilde hissedilen müşteri memnuniyetsizliğinin, özel bir durumu olarak tanımlamaktadır. Araştırmacılara göre, hayal kırıklığı son derece olumsuz bir duygu olarak kabul edilmekte ve öfkeyle ilişkilendirilmektedir (Wetzer vd., 2007). Genellikle hizmet başarısızlıklarına en baskın duygusal tepki öfkedir (Kalamas vd., 2008). Diener ve diğerleri (1995) tarafından önerilen modelde, hizmet başarısızlıklarında öfke, kızgınlık ve tiksinti duyguları ele alınmıştır. Hizmet başarısızlığı sonucunda müşterilerin olumsuz ağızdan ağıza iletişime yöneldiği ifade edilmektedir (Tax vd., 1998; Susskind, 2002; Wetzer vd., 2007; Karande vd., 2007). Gheorghe ve Liao (2012) sağlık sektörü özelinde yapmış olduğu çalışmada negatif ağızdan ağıza iletişim ile kızgınlık ve öfke gibi duyguların aralarında pozitif ilişki olduğunu tespit etmiştir. Badawi (2012) ise olumsuz duygular ile memnuniyet arasında negatif ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu bağlamda hizmet telafi sürecinde hastaların negatif duygularının hastaların sadakat, memnuniyet ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim eğilimlerini etkilediği ifade edilebilir. Buradan hareketle aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₇: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, hasta sadakatini negatif yönde etkiler.

H₈: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini pozitif yönde etkiler.

H₉: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, hasta memnuniyetini negatif yönde etkiler.

3.2.3.6. Olumlu Duyguların Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri

Hizmet telafi sürecindeki olumsuz duygular, negatif ağızdan ağıza iletişime neden olabilmektedir (del Rio-Lanza vd., 2009; Schoefer ve Ennew, 2005; Cai ve Qu, 2018). Maute ve Dube (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışma, sakin/hoşgörülü olarak etiketlenen bir duygu kümesinde yüksek puan alan bireylerin olumlu algılarla pozitif yönde ilişkilendirildiğini ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim niyetinde olma olasılıklarının daha düşük olduğunu bulmuştur. Diğer taraftan, araştırmacılar, düşmanca/kızgın bir duygu kümesinde olan bireyleri ise bir dizi farklı olumsuz niyetle ilişkilendirmişlerdir. White (2006), olumlu ve olumsuz duygular boyutlarının hem iyi hem de kötü ruh halindeki katılımcıların, ağızdan ağıza iletişim niyetleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtirken, Nyer (1997) bir duygu değişkeninin olumlu ağızda ağıza değişimdeki varyansın %58'ini açıkladığını ve müşteri sadakati üzerinde etkili olduğunu bulmuştur. White (2010), hizmet sektöründe olumlu duyguların ağızdan ağıza iletişim ve genel memnuniyet ile sonuçlanabileceğini tespit etmiştir. Hastalarda oluşan olumlu duyguların, olumsuz ağızdan ağıza iletişim eğilimlerini, memnuniyet ve sadakatini etkileyebileceği değerlendirilmektedir. Bu kapsamda pozitif duyguların hasta sadakati, hasta memnuniyeti ve ağızdan ağıza iletişime etkileri dikkate alınarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁₀: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, hasta sadakatini pozitif yönde etkiler.

H₁₁: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini negatif yönde etkiler.

H₁₂: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, hastalar memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

3.2.3.7. Hizmet Telifisinden Doğan Memnuniyetin Hasta Sadakati, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim ve Genel Memnuniyete Etkileri

Hizmet telifisinden kaynaklanan memnuniyet, genel memnuniyetten farklı olarak hizmet hatası ve sonrasında gerçekleşen telifinin tüketiciler üzerindeki duygusal etkilerine odaklanmaktadır. Hizmet hatası telifisi, o anki karşılaşmaya özgü geçici bir değerlendirme olarak incelenmektedir (Boshoff, 1999; McCollough vd., 2000; Wang, Hsu, ve Chih, 2014). Swanson ve Kelley (2001)'in çalışması müşterilerin, hizmet hatası sonrasında firmaların tutarlı bir şekilde etkili bir telifi sağladığına inandıklarında, müşteri davranışlarının daha olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Yani, müşterilerin, hizmet hatalarının düzeltilmesi konusunda güven duydukları bir firma ile daha olumlu bir etkileşim içine girebilecekleri ve bu firmaya sadık kalma eğiliminde olabilecekleri ifade edilmektedir. Hizmet hatası durumunda, firmaların tutarlı bir şekilde hizmet telifisi uyguladığına inanan müşterilerin davranışsal niyetlerinin daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, Robbins ve Miller (2004), iyi yönetilen hizmet telifilerinin müşteri memnuniyetini ve sadakatini güçlü bir şekilde etkilediğini bulmuşlardır. Hizmet telifisi memnuniyetinin, müşteri sadakati, müşteri memnuniyeti ve ağızdan ağıza iletişime olan etkileri kapsamında, adalet algısının üç alt başlığı kapsamında geliştirilen hipotezler aşağıda sunulmuştur.

H₁₃: Hizmet telifisi sürecinde hastalarda oluşan telifi memnuniyeti, hasta sadakatini pozitif yönde etkiler.

H₁₄: Hizmet telifisi sürecinde hastalarda oluşan telifi memnuniyeti, kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemini negatif yönde etkiler.

H₁₅: Hizmet telifisi sürecinde hastalarda oluşan telifi memnuniyeti, hasta memnuniyetini pozitif yönde etkiler.

3.2.3.8. Aracılık İlişkileri

Hizmet hatası ve bu hatanın telifisi sürecinde ortaya çıkan duygular, müşterilerin tepkilerini belirlemede önemli bir faktördür. Temelde, bu duyguların hizmet telifisi durumlarında önemli bir rol oynamasının iki nedeni vardır. İlk olarak, hizmet telifisinin temel sonuçlarından biri olan memnuniyetin, sadece bilişsel değil, aynı zamanda duygusal öncülleri olacağı yönünde kabul gören araştırmalardır (Schoefer, 2008).

Bu bağlamda, Nikbin ve diğerleri (2014) tüketicinin hizmet hatası ve telafisine yönelik bilişsel değerlendirmesinin, şikâyet etme veya işletmeyi terketme gibi tepkileri belirlemede kilit bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Genellikle müşterilerin, şikâyetlerini iletme motivasyonları hizmet hatası karşısında, bir hatanın kimin sorumluluğuna atfedildiğiyle ilişkilendirilmektedir (Xie ve Heung, 2012). Şikâyetlerini iletme hedefleri ise telafi arama ve hayal kırıklığını giderme amacına dayanmaktadır (Matilla 2001). Müşterilerin, hizmet telafisi ile ilgili süreci bilişsel olarak nasıl değerlendirdiği ve neler hissettiği müşterilerin hizmet işletmesi ile olan ilişkilerini devam ettirip ettirmeme konusundaki kararlarını etkilediği belirtilmektedir (Schoefer ve Diamantopoulos, 2008). Hizmet telafisi sürecinde ortaya çıkan olumlu ve olumsuz duyguların etkisi, yapılan çalışmalar aracılığıyla ortaya konulmuştur. Duyguların genel memnuniyet, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişimde etkili olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Nyer, 1997; Nyer, 2000; Laros ve Steenkamp, 2005; Kalamas vd., 2008; Gheorghe ve Liao, 2012). Özellikle olumsuz duyguların negatif ağızdan ağıza iletişimi arttırdığı ileri sürülmektedir (Wetzer vd., 2007; Gheorghe ve Liao, 2012). Diğer taraftan adalet algısının yükselmesi ile olumlu duyguların ve telafiden doğan memnuniyetin arttığı farklı birçok çalışmada ortaya konulmuştur (William, 1999; Chebat ve Slusarczyk, 2005; Schoefer, 2008b; del Rio-Lanza vd., 2009; Uruena ve Hidalgo, 2014).

Bu bağlamda hizmet telafisi memnuniyeti ile hizmet telafisi karşılaşmalarında yaşanan duyguların, hastaların adalet algısı ile hasta sadakati, hasta memnuniyeti ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim eğilimleri arasındaki ilişkide aracı etkisi olabileceği değerlendirilmektedir. Bu kapsamda bahsi geçen aracılık ilişkilerini ifade eden aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁₆: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, hastaların adalet algısı ile hasta sadakati ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₁₇: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, hastaların adalet algısı ile hastaların kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemi ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₁₈: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumsuz duygular, hastaların adalet algısı ile genel memnuniyet ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₁₉: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, hastaların adalet algısı ile hasta sadakati ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₂₀: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, hastaların adalet algısı ile hastaların kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemi ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₂₁: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan olumlu duygular, hastaların adalet algısı ile genel memnuniyet ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₂₂: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan telafi memnuniyeti, hastaların adalet algısı ile hasta sadakati ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₂₃: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan telafi memnuniyeti, hastaların adalet algısı ile hastaların kurum hakkında olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma eylemi ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

H₂₄: Hizmet telafisi sürecinde hastalarda oluşan telafi memnuniyeti, hastaların adalet algısı ile genel memnuniyet ilişkisinde aracı etkiye sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmaya konu olan hastane, üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulan bir kurumdur. İleri düzey tıbbi tetkikler ile özel tedaviler gerektiren hastalıklar için kırk dört dahili, yirmi cerrahi, dokuz temel branşlarda sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Acil durumlar için bir yetişkin acil, bir çocuk acil ve bir tane de kadın doğum acil servis hizmeti bulunmaktadır. Tüm bu hizmetlere ek olarak AMATEM (madde bağımlılığı), ÇİM (çocuk izleme merkezi) ve GETAT (geleneksel tamamlayıcı tıp), hiperbarik oksijen tedavisi, yara bakım merkezi, yanık tedavi birimi gibi özellikli hizmetler faaliyetleri kapsamındadır. Bu hizmetlerin sunumu için yüksek teknolojili altyapısı ve eğitim ile araştırma hizmetlerine uygun donanımı mevcuttur. İlgili mevzuata uygun olarak tüm hastalıkların tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek kapasite ve donanıma sahip olan hastane, aynı zamanda sağlık profesyonelleri için eğitim ve araştırma faaliyetleri de sunmaktadır.

Altunışık ve diğerleri (2022)'ne göre örnekleme, araştırma için seçilen evreni temsil kabiliyeti olabilecek daha küçük bir grubu oluşturma sürecidir. Burada amaç, evren hakkında genelleme yapılmasına imkân tanıyacak veriyi toplamaktır. Bu sebeple

araştırma evreni olan hastanedeki hasta hakları birimlerine son bir yıldaki yüz yüze görüşme kanalı ile gelen şikâyetlerin tümü incelenmiştir. İncelemeye konu olan dönemde, şikâyet verilerinin frekans dağılımları ve demografik özellikleri Tablo 7’de, şikayete konu olan birim Tablo 8’de, şikayete konu olan meslek grubu Tablo 9’da ve başvuru nedenleri Tablo 10’da görülmektedir.

Tablo 7

Şikâyet Başvurusunda Bulunanların Demografik Özellikleri

Özellikler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	1188	49,67
Erkek	1204	50,33
Yaş		
25 yaş ve altı	189	7,9
26-30	307	12,83
31-35	498	20,82
36-40	638	26,67
41 yaş ve üstü	760	31,77
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	822	34,36
Lise	1143	47,78
Üniversite	359	15,01
Lisansüstü	50	2,09
Meslek		
Kamu Çalışanı	230	9,62
Özel Sektör Çalışanı	383	16,01
Ev Hanımı	548	22,91
Emekli	382	15,97
Çalışmıyor	104	4,35
Diğer	515	21,33
GENEL TOPLAM	2392	%100

Toplam başvuru sayısı 2392'dir. Bu başvurulardan 1188 kişi (%49,67 kadın, 1204 kişi (%50,33) erkektir. 25 yaş ve altı olan katılımcı sayısı 189 (%7,9), 26-30 yaş aralığında olan katılımcı sayısı 307 (%12,83), 31-35 yaş aralığında olan katılımcı sayısı 498 (%20,82), 36-40 yaş aralığında olan katılımcı sayısı 638 (%26,67), 41 yaş ve üstü olan katılımcı sayısı 760 (%31,77)'tir. Eğitim durumu ilköğretim 822 (%34,36), lise 1143 (%47,78), üniversite 359 (%15,01) ve yüksek lisans ve üstü 50'dir.

Tablo 8*Şikâyetlerin Başvuruya Konu Olan Birimlere Göre Dağılımı*

Birim	Frekans	%
Poliklinik (Ayaktan Hasta Tedavisi)	1515	63,34
Acil Servis	199	8,32
Klinik Hizmetleri (Yatan Hasta Tedavisi)	182	7,61
Görüntüleme ve Laboratuvar	132	5,52
Yoğun Bakım	74	3,09
Otelcilik Hizmetleri	37	1,55
İdare	18	0,75
Ameliyathane	2	0,08
Diğer (Halkla İlişkiler, Sosyal Hizmetler)	233	9,74
GENEL TOPLAM	2392	100

Başvurularda başvuruya konu olan sağlık hizmetleri birimlerin frekansları ve yüzdelik dağılımları poliklinik hizmetleri 1515 (%63,34), acil servis 199 (%8,32), klinik hizmetleri 182 (%7,61), laboratuvar/görüntüleme 132 (%5,52), yoğun bakım: 74 (%3,09), otelcilik hizmetleri 37 (%1,55), idare 18 (%0,75), ameliyathane: 2 (%0,08), diğer (halkla ilişkiler, sosyal hizmetler): 233 (%9,74)'tür.

Tablo 9*Şikâyetlerin Başvuruya Konu Olan Meslek Grubuna Göre Dağılımı*

Meslek Grubu	Frekans	%
Hekim	716	29,93
Sekreter Güvenlik Personeli Temizlik Personeli	298	12,46
Hemşire/Sağlık Memuru	160	6,69
Yardımcı Sağlık Personeli fizyoterapist)	36	1,51
Diğer	1182	49,41
GENEL TOPLAM	2392	100

Hekim 716 Yüzde (%29,93), Sekreter, Güvenlik Personeli, Temizlik Personeli Meslek Grubu 298 (% 12,46), Hemşire/Sağlık Memuru Meslek Grubu 160(% 6,69), Yardımcı Sağlık Personeli (Fizyoterapist) Meslek Grubu 36 (% 1,51) ve Diğer (Sistemsel) 1182 (% 49,41)' dir.

Tablo 10*Şikâyetlerin Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı*

Başvuru Nedenleri	Frekans	%
Hizmetten Genel Olarak Yararlanamama	776	32,44
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	408	17,06
Bilgilendirilmeme	375	15,68
Güvenliğin Sağlanamaması	4	0,02
Mahremiyet Uyulmaması	3	0,01
Sağlık Kuruluşunu /Hekim Seçememe-Değiştirme	0	0
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	0	0
Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul Edememe	0	0
Başvuru ve Dava Edememe	0	0
Bilgilendirilmemiş Rızanın Alınmaması	0	0
Diğer	826	34,53
GENEL TOPLAM	2392	100

Tablo 10’da sağlık hizmetleri ile ilgili başvuru nedenleri ve bu nedenlerin frekansları görülmektedir. Hizmetten genel olarak yararlanamama 776 (%32,44), saygınlık ve rahatlık görememe 408 (%17,06), bilgilendirilmeme 375 (%15,68), güvenliğin sağlanamaması 4 (%0,017) ve mahremiyet uyulmaması 3 (%0,013). Hasta hakları kapsamında görülmeyen konular yani diğer 826 (%34,53), ‘tür.

Ankete dayalı araştırmalarda güvenilir sonuçlar elde etmek doğru bir örneklem büyüklüğü belirlemenin, popülasyonu doğru temsil etme olasılığını arttırmaktadır. Öncelikle yapısal eşitlik modellemesi için oluşturulacak veri seti için toplam başvuru sayısı üzerinden örneklem büyüklüğü hesaplama yoluna gidilmiştir. Bu sebeple örneklem hacmi belirlemede hata toleransı ve güven düzeyi ile örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılmıştır.

Araştırmacının elde etmek istediği sonuçların ne kadar kesin olmasını istediğine dair hassasiyet derecesi, parametrelerinden ne kadar sapma gösterebileceğini belirten kabul edilebilir hata marjı, uygulanacak istatistikî analizler ve evren büyüklüğü örneklem sayısının temel belirleyici kıstaslarıdır.

Değişkenler:

n: Örneklem büyüklüğü

N: Toplam popülasyon büyüklüğü

p: Popülasyondaki belirli bir özelliği taşıyan bireylerin oransal frekansı

q: Popülasyondaki belirli bir özelliği taşımayan bireylerin oransal frekansı ($q=1-p$)

Z: Belirli bir güven düzeyi için standart normal dağılımın kritik değeri (1,96)

d: Hata toleransı

Formül:

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1 * d^2)] + (p * q * Z^2)} \quad (3.1)$$

Hesaplama:

$$n = \frac{2392 * 0.5 * 0.5 * 1,96^2}{[(2392 - 1) * 0.05^2] + (0.5 * 0.5 * 1.96^2)}$$
$$n = \frac{2297,2768}{6,9379} = 331,119 \cong \mathbf{331}$$

Kline (1998) ve Altunışık (2022) tarafından öne sürülen görüşe göre, çok değişkenli istatistiksel analizlerde, tercihen örneklem büyüklüğünün değişken sayısının 10 veya 15 katına denk gelmesi önerilmektedir. Bu öneri, analizlerin güvenilirliği ve sonuçların genellenme kabiliyetini artırmayı amaçlamaktadır. Araştırma modelinde algılanan adalet bağımsız değişkeni için üç alt boyut, telefiden doğan memnuniyet ve duygular aracı değişkeni için iki alt boyut, hasta sadakati, hasta memnuniyeti ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim bağımlı değişkenleri olmak üzere toplam 9 değişken için 37 ifade bulunmaktadır. Araştırmaya toplam 605 kişi katılım sağlamış, 17 anketin şikâyet konusu tıbbi teknik konuları (tıbbi malpraktis) içermesi nedeniyle elenmiştir. Toplam 588 anket analizlere dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmış olup anketin uygulama şekli ise yüzyüze görüşme şeklinde olmuştur. Anket formunun birinci bölümünde, katılımcıların demografik özelliklerine ek olarak sağlık hizmetlerini ve hasta haklarını

kullanma konusundaki tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Öncelikle çalışmaya konu olan hastaneden kaç yıldır ve ne sıklıkla hizmet alındığı, bu hastaneden hizmet almak için ne şekilde (randevu almadan, MHRS’den randevu alarak, takipli hasta vb.) hastaneye gitmiş olduğu gibi şikâyet deneyiminin öncesine ait ifadelerle yer verilmiştir. Devamında katılımcılardan, araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ilettiği şikâyet konusu, şikâyete konu olan meslek grubu ve biriminin belirtilmesi istenmiştir. Ayrıca bu bölümde özellikli hasta grubunda yer alıp almadığının (engel durumu) belirlenmesi sağlanmıştır. Son olarak, hasta hakkı ihlali durumunda hasta ve/veya yakınlarının, sergiledikleri tepki biçimleri ve bu durumlarda dava açma, şikâyet etme ve başvuruda bulunma haklarına ilişkin tercih ettikleri başvuru kanallarını belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir.

Anketin devamında, araştırma modelinde yer alan değişkenlere ait ifadelerle yer verilmiştir. İkinci bölüm, başvuru sahiplerinin, şikâyeti ilettikten sonraki telafi sürecinde prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet algısını ölçen ifadelerden oluşmaktadır. Bu kısımda, pilot uygulama sonrası hizmet başarısızlığından kaynaklanan algıların değil, sunulan hizmet telafi sürecinin, hastalarda oluşturduğu adalet algısını ölçmeye yönelik geçerliliğini sağlayabilmesi için “*Aşağıdaki ifadeleri, şikâyetinizi kurum yetkilisine ilettiğiniz andan sonraki süreci düşünerek işaretleyiniz.*” ifadesiyle başlıklandırılmıştır.

Üçüncü bölümde, hizmet telafisinden doğan memnuniyet ile olumlu ve olumsuz duygular ve dördüncü bölümde ise hasta sadakati, hasta memnuniyeti ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma niyetini ölçmeye yönelik ifadelerle yer verilmiştir. Yine bu bölümlerde “*Aşağıdaki ifadeleri, şikâyetinizi/ talebinizi kurum yetkilisine ilettiğiniz andan sonraki süreci düşünerek işaretleyiniz.*” ve “*Lütfen aşağıdaki ifadeleri şikâyetinizi/talebinizi kurum yetkilisine iletirken o anki beklentilerinizi düşünerek okuyunuz ve şikâyet deneyiminiz sonrasında hastane ile ilgili kararınızı düşünerek işaretleyiniz.*” ifadeleriyle başlıklandırılmıştır.

Araştırma modelinde yer alan kavramların ölçülmesine dair her bir ölçeğe ait ifadeler ve ölçeklerin hangi kaynaklardan uyarlandığına ilişkin bilgiler aşağıdaki Tablo 11’de yer almaktadır.

Ölçek ifadeleri İngilizce’den, Türkçe’ye çevrilmiş ve sağlık hizmetlerine yönelik sektör uyarlamaları yapılmıştır. Bu sebeple hem uzmanlığı pazarlama olan üç akademisyene

hem de uzmanlığı sağlık yönetimi olan iki akademisyene ifadeler kontrol ettirilerek uzman görüşü alınmıştır çalışmada izleyen kısımda yer alan geçerlilik başlığı altında söz konusu sürece ilişkin detaylara yer verilmiştir.

Likert tipi ölçek maddeleri genellikle 3, 5 veya 7 seçenekli olarak kullanılmaktadır. Literatürde özellikle yapısal eşitlik modelini kullanan çalışmalarda yedili veya beşli Likert leğinin daha sık tercih edildiği görülmektedir. Korkut Altuna ve Arslan (2016)'ın SERVPERF leği üzerinden 5 ve 7 puanlı Likert tipi ölçekler arasındaki farkları incelemeyi amaçladıkları çalışmada, 7 puanlı formatın KFA için farklı boyutsal yapılar ortaya koyduğu ve DFA için de en iyi uyumun 7 puanlı formatta elde edildiği belirtilmektedir. Ancak, ANCOVA analizi sonuçlarına göre 5 ve 7 puanlı ölçek formatları arasında belirgin bir farklılık bulunmadığı belirtilmektedir. Çalışmamızda pilot uygulama esnasında katılımcıların genel fikri 5'li Likert kullanılmasının daha uygun olacağı yönünde olduğu için Korkut Altuna ve Arslan'(2016)'nın çalışma bulguları da göz önünde bulundurularak 5'li Likert kullanılmaya karar verilmiştir.

Tablo 11

Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Yapı (Kısaltması) / İfadeler	Kaynaklar
Prosedürel Adalet (PAD)	
PAD1. Hastanede sorunumu hangi yetkiliye/birime ileteceğimi kolaylıkla bulabildim. (accessibility)	Tax vd. (1998); Maxham ve Netemayer (2002); del Rio-Lanza vd., 2009); DeWitt vd. 2009
PAD2. Hastane sorunumu en kısa sürede çözmeye çalıştı. (timing/speed)	
PAD3. Hastane bana sorunumla ilgili her şeyi anlatma fırsatı sağladı. (process control)	
PAD4. Hastane ilettiğim sorunun çözümü ile ilgili söz sahibi olmamı sağladı. (decision control)	
PAD5. Hastane sorunumu çözmek için esneklik gösterebildi. (flexibility)	
Dağıtımsal Adalet (DAD)	
DAD1. Bu hastaneden başvuruma yönelik iletilen sonuç oldukça adil. (equity)	Tax vd. (1998); Maxham ve Netemayer (2002); del Rio-Lanza vd., 2009); DeWitt vd. 2009
DAD2. Yaşanan sorun ve kaybedilen zaman dikkate alındığında hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç kabul edilebilir düzeydeydi. (equality)	
DAD3. Hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç benim için yeterliydi. (need)	
Etkileşimsel Adalet (EAD)	
EAD1. Hastane şikâyet yetkilisi sorunuma yönelik tüm bilgilendirme ve açıklamaları yaptı. (explanation/causal account)	Tax vd. (1998); Maxham ve Netemayer (2002); del Rio-Lanza vd., 2009); DeWitt vd. 2009
EAD2. Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözerken dürüst davrandı. (honesty)	
EAD3. Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözerken kibar davrandı. (politeness)	
EAD4. Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözebilmek için çaba gösterdi. (effort)	
EAD5. Hastane şikâyet yetkilisinin sorunumu dinlerken konuya benim bakış açımı yaklaştığını hissettim. (empathy)	
Olumsuz Duygular (OMZ)	
OMZ1. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle üzgündüm. (sad)	Schoefer ve Diamantopoulos (2008); Schoefer (2009)
OMZ2. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle keyfim kaçtı. (upset)	
OMZ3. Şikâyetimi ilettikten sonraki tüm yapılanları düşünürsem o an kızgın olduğumu hissettim. (angry)	
OMZ4. Kötü bir ruh halinde olduğumu hissettim. (in a bad mood)	
OMZ5. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle sinirliydim. (annoyed)	
Olumlu Duygular (OMU)	
OMU1. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle neşelendim (joyful)	Schoefer ve Diamantopoulos (2008); Schoefer ve Diamantopoulos (2009)
OMU2. Hastaneye karşı bir yakınlık/sıcaklık hissettim. (warm feelings)	
OMU3. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle bana değer verildiğini hissettim. (being valued)	
OMU4. Şikâyetimi ilettikten sonraki tüm yapılanları düşünürsem o an gururlandım. (proud)	
OMU5. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle mutlu olduğumu hissettim (happy)	
Hizmet Telifisinden Memnuniyet (HTM)	
HTMT1. Genel olarak bu hastanede şikâyetlerin çözümü/ hizmet telifisi karşılaşmalarının iyi olacağını hissettim.	Maxham (2001); Kuo ve Wu (2012)
HTMT2. Genel olarak ilettiğim şikâyetin çözülme şeklinden memnun kaldım.	
HTMT3. Bu hastanede hizmet telifisi deneyimimden genel olarak memnun kaldım.	
Hasta Sadakati (HSAD)	
HSAD1. Bu hastaneyi tanıdıklarına tavsiye edeceğim.	Zeithaml vd. (1996); Kondasani ve Panda (2015); Anbori vd. (2010)
HSAD2. Gelecekte tıbbi bir bakıma ihtiyacım olursa/hastalanırsam yine bu hastaneye gelirim.	
HSAD3. Hastalık halinde arkadaşlarımı ve akrabalarımı da bu hastanede tedavi olmaları için cesaretlendiririm.	
HSAD4. Özel hastaneye gitme imkânım olsa bile bu hastaneye gelirim.	
Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ)	
OAAİ1. Yaşadığım olumsuz olayı arkadaşlarıma ve yakınlarıma anlatırım.	Blodgett, Wakefield ve Barnes (1995); Wirtz vd. (2009)
OAAİ2. Kendi yaşadıklarımı düşündüğümde, arkadaşlarıma ve yakınlarıma bu hastaneye gitmemelerini söylerim.	
OAAİ3. Arkadaşlarımı ve yakınlarımı bu hastaneden hizmet almamaları için uyarırım.	
Hasta Memnuniyeti (GEM)	
HMEM1. Bu hastanenin tıbbi tedavisinden memnun kaldım. (medical care)	Leiter vd. (1998); Ahmed vd. (2017)
HMEM2. Bu hastanede çalışanların sağlık bakım hizmetlerinden (hemşirelik, pansuman vb.) memnun kaldım. (nursing care)	
HMEM3. Hastane olanaklarından (tesis, hasta karşılama ve imkanlar) memnun kaldım. (administrative service)	
HMEM4. Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım.	

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde veri toplama süreci, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Ancak örneklem, tıbbi malpraktis kapsamı dışında kalan ve hizmet başarısızlığı olarak değerlendirilebilecek konularda şikâyet başvurusunda bulunmuş bireylerden oluşmaktadır. Bu sebeple örneklemin oluşturulmasında amaçlı örnekleme uygulamasına başvurulmuştur. Veri toplama yöntemi olarak yüz yüze anket uygulaması tercih edilmiştir.

3.6. Pilot Çalışma

Anket formunun düzenlenmesi sürecinde, formun anlaşılabilirliğini, sorulara verilen yanıtların tutarlılığını ve anketin toplam doldurma süresini değerlendirmek amacıyla bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu pilot çalışma, araştırmanın örneklemine dahil edilen yetişkin hasta grubundan seçilen 35 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılara anket formu uygulanarak, soruların açıklığı ve anlaşılabilirliği, yanıtlama süreleri ve anketin genel akışı değerlendirilmiştir. Bu süreç, anket formunun güvenilirliği ve geçerliliğini ölçmek için kritik öneme sahiptir ve elde edilen geri bildirimler, anket formunun son hali üzerinde iyileştirmeler yapılmasına olanak tanımıştır.

3.7. Hasta Hakları Uygulamaları İçin Bir Hasta Şikâyetleri Taksonomisi Araştırması

Bu aşamada, nitel araştırma yöntemlerinden olan durum çalışması deseninden faydalanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme kullanılarak hastanedeki şikâyet yetkilileri ile yarı yapılandırılmış görüşmeler rehberi doğrultusunda odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme sürecinde elde edilen verilerden kod, kategori ve temalara ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Türkiye'deki sağlık tesisleri için bir hasta şikâyet taksonomisi önerisi sunulmuştur.

3.7.1. Hasta Şikâyetleri Taksonomisinin Geliştirilme Süreci

Hastanedeki şikâyet birimi çalışanlarıyla gerçekleştirilen odak grup görüşmeleri, bir hasta şikâyet taksonomisi geliştirilmesi amacıyla literatür doğrultusunda yapılmıştır. Odak grup görüşmesinde kullanılan, yarı yapılandırılmış görüşme formu Tablo 6'da yer alan, hasta şikâyetlerinin kalite iyileştirme programına entegre edilmesi amacıyla

yapılan Van Dael ve diğerkleri (2020)'nin çalışmasında belirtilen 1, 6, 7, 8, 9, 10 numaralı konfigürasyonlardan esinlenilerek oluşturulmuştur. Bu konfigürasyonlar şu unsurları içermektedir:

1. Bilgiye Erişim (Konfigürasyon 1): Hasta haklarına dair farkındalığı arttıracak özellikle başvuru hakkı ve prosedürlerin anlaşılabilirliği için bir sistem oluşturmak gerekmektedir.
2. Güvenilir Kodlama Taksonomisi (Konfigürasyon 6): Şikayetlerin güvenilir bir şekilde sınıflandırılması için bir kodlama çerçevesi ve yöneticilere kanıta dayalı raporlama sağlayacak bir sisteminin önerilmesi gerekmektedir. Bu şekilde şikayetlerden öğrenme içgörükleri sağlanacaktır.
3. Standart Eğitim ve Kılavuzlar (Konfigürasyon 7): Kodlamayı yapacak personelin standart bir eğitim alması ve bu işlemler özelinde kılavuzların hazırlanması gerekmektedir.
4. Merkezi Bilgi Sistemine Erişim (Konfigürasyon 8): Verilerin merkezi bir sistemde toplanması, düzenlenmesi ve paylaşılması amacıyla bir bilgi sistemi önerilmektedir. Bu yaklaşım, daha etkili bir veri yönetiminin sağlanabileceğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda kodlama önerisinin, bilgi sistemi alt yapısına uygun olması gerekmektedir.
5. Uygun Veri Örneklemesi (Konfigürasyon 9): Şikayet verilerinin sıklığını doğru şekilde ifade edebilecek düzgün bir örneklemesi alınması yani hastanedeki tüm hizmetleri içeren bir taksonomi geliştirilmesi gerekmektedir.
6. Karma Yöntemlerle Analiz (Konfigürasyon 10): Şikayetlere odaklanarak nicel verilerden, sorun odaklarını belirleyip, nitel analizlerle şikayetin kök nedenlerinin belirlenmesine yönelik analizlerin gerçekleştirilebilmesi için uygun bir veri altyapısı ve bu konuda eğitim almış personel gerekmektedir.

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik açısından, Licoln ve Guba (1986) tarafından önerilen güven duyulabilirlik (trustworthiness) varsayımının genel kabul gördüğü ifade edilmektedir (Arastaman vd., 2018). Bu nedenle, taksonomi oluşturulması için yapılan görüşme sürecinde Guba ve Lincoln'un geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için geliştirdiği yöntemlere başvurulmuştur. Güven duyulabilirlik genellikle dört ana ölçüt üzerinden incelenmektedir. Bunlar; inandırıcılık (credibility), aktarılabilirlik (transferability), güvenilebilirlik (dependability), onaylanabilirlik (confirmability) ölçütleridir. Öncelikle

çalışmaya katılmayı kabul eden, hasta haklarında deneyimli şikâyet birimi çalışanlarına, yarı yapılandırılmış görüşme formunda geçen konularda bilgilendirmeler yapılmıştır. İlgili birimde farklı kademelerde görevli olan bu çalışanların (n=14) deneyim süreleri ve profillerine yönelik diğer bilgiler, Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12

Katılımcılar

No	Cinsiyet	Mesleği	Sağlık Hizmetleri Deneyimi (Yıl)	Hasta Hakları Deneyimi (Yıl)
1	Erkek	Hekim	29	20
2	Kadın	Hemşire	26	17
3	Kadın	Ebe	27	19
4	Kadın	Hemşire	20	3
5	Kadın	(Hemşire- Sabim-Cimer Koordinatörü)	18	16
6	Kadın	Ebe	20	2
7	Kadın	VHKİ	11	7
8	Kadın	VHKİ	12	3
9	Kadın	Ebe	8	6
10	Kadın	Hemşire	6	5
11	Erkek	Tıbbi Sekreter	16	5
12	Kadın	Sağlık Teknikeri	9	2
13	Kadın	Tıbbi Sekreter	10	8
14	Kadın	Tıbbi Sekreter	12	1

1. Ölçüt: İnandırıcılık, bulguların gerçeklikle ne düzeyde uyumlu olduğunu ifade etmektedir (Arastaman vd., 2018). Araştırmada iç geçerlik (inandırıcılık) sağlanmak amacıyla:

1. Adım: Çalışma ortamında uzun süreli ilişkiler kurulması gerekmektedir. Farklı kampüslerde görevli hasta hakları birim sorumluları ile farklı dönemlerde çalışarak bu süreç tamamlanmıştır. Bu süreci önyargılardan arındırmak için hastane yönetimindeki farklı birimlerde görev yapan yöneticilere (başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve teknik işler müdür) çalışmanın amacı anlatılarak görüşleri alınmıştır.

Bu aşamada taksonomide şikâyet konu işlem veya hizmetlerden sorumlu amire de yer verilmesi yönünde karar verilmiştir. Bu şekilde, ilgili yöneticinin hem her şikâyetten haberdar olması hem de şikâyet takip sürecine dahil edilmesi düşünülmüştür.

2. Ölçüt: Nitel çalışmalarda aktarabilirlik, bulguların diğer bağlamlara ne düzeyde uyarlanabildiği ile ilgilidir (Arastaman vd., 2018). Bu bağlamda, kodlama çerçevelerinde Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tanımlamalarının kullanılması, araştırmanın dış geçerliği (aktarabilirlik) açısından etkili olmuştur.

3. Ölçüt: Güvenilebilirlik, araştırmanın sürekli ve güvenilir bir şekilde tekrarlanabilir olup olmadığını değerlendirir. Güvenilebilirlik, aynı bağlamda aynı katılımcılarla aynı bulgulara ulaşılmasını ifade etmektedir (Arastaman vd., 2018). Tez izleme komitesi tarafından çalışmanın tasarımı, örneklemin belirlenmesi, veri toplama yöntemi, analiz ve sonuçları denetlenmiştir.

4. Ölçüt: Onaylanabilirlik, araştırmacının öznel görüşlerinden ve ön yargılarından bağımsızlığına odaklanır. Bulguların araştırmacının değil, katılımcıların deneyim ve düşüncelerinden kaynaklandığını ortaya koymaktır (Shenton, 2004, aktaran Arastaman vd., 2018). Kodlamaların Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tanımlamaları çerçevesinde yapılması, taksonomide yol gösterici olmakla birlikte güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik ölçütlerine de katkı sağlamıştır.

3.7.2. Hasta Şikâyetleri Taksonomisinde Belirlenen Temaların Açıklanması

Türkiye'deki hastane yapıları içinde, sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması uygulamalarında yönetim şekillerinde oluşan farklılıklar; organizasyon yapıları, departmanları ve aralarındaki etkileşimleri değiştirmektedir. Bu sebeple birleştirilmesiyle tamamlanan ancak ihtiyaç halinde yeniden parçalara ayrılabilen beş ana başlıktan oluşan modüler bir yapı tasarımının uygun olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda, hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi ve raporlanması amacıyla önerilen taksonomide, altı ana tema belirlenmiştir.

3.7.2.1. Tıbbi Malpraktis

Malpraktis, Latince “Male” ve “prakxis” kelimelerinden türemiş olup “kötü”, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir. Genel olarak herhangi bir meslek mensubunun mesleği ile ilgili bir faaliyet sırasında yaptığı kusurlu, hatalı davranışları, uygulamaları anlatmak için kullanılmaktadır (Yardım, 2015 s.16). Tıbbi Malpraktis, hastanın tedavisi esnasında gelişen zarar biçiminde tanımlanmaktadır. Sağlık meslek mensuplarının

tamamı tarafından gerçekleştirilebilecek bir kusur halidir. Bu tür başvurular hasta hakları birimleri tarafından kayıt altına alınarak hastane yönetimi tarafından incelemeci atanarak veya dosya disiplin birimine sevk edilerek incelenmesi sağlanır. Disiplin birimine sevk edilen dosyalarda, hasta hakları birimi incelemeden çekilmiş durumdadır. Dosya incelemesi gizlilik ilkesine riayet edilerek tamamlandıktan sonra sadece sonuç kısmı, başvuru sahibine iletilmek üzere hasta hakları birimine yazılı olarak bildirilir. Dosya sonucu değerlendirildikten sonra başvuru sahibine yazılı ve sözlü geri bildirimde bulunulur. Bu tür şikâyetlerin öncelikli olarak değerlendirmeye alınıp çıktılarından hizmet kalitesi ve hasta güvenliği prosedürlerine uygun olmayan durumların tespit edilmesi ve düzeltilmesi için düzeltici önleyici faaliyete dönüştürülmesi beklenmektedir.

Tablo 13

Tıbbi Malpraktis Konusundaki Şikâyetler (A Grubu Hizmetler)

Tanım: Tabibin veya diğer sağlık uzmanlarının, tedavi için güncel ve standart uygulamaları yapmama/yapamama durumu yahut hastanın tedavisini vermemesi veya geç verme sebebiyle gelişen zararları kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ Hizmet kalitesi ve hasta güvenliği prosedürlerine uygun olmayan durumların tespit edilmesi
- ✓ İstenmeyen ve Ramak Kala Olayların Raporlanması (Hasta Güvenliğinin Arttırılması)
- ✓ Tıbbi/Teknik Hataların Tespit Edilmesi ve Tekrarının Önlenmesi

Örnek Şikâyet Konuları: Yanlış tedavi, geç başlanmış tedavi, enjeksiyon sonrası sinir hasarı, hastanın rıza ve onamda belirtilen izin verdiği tedaviler dışında tedavi uygulanması vb.

Değerlendiren Yönetici: İlgili Başhekim Yardımcısı_ Klinik İdari Sorumlusu_ Sağlık Bakım Hizm.Müdürü_Disiplin Birimi

Meslek Grupları: Asis doktor, uzm. doktor, öğretim üyesi, intörn doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, fizyoterapist, diğer sağlık çalışanları (ameliyathane teknikeri, diyaliz teknikeri, att, tıbbi görüntüleme teknikeri, tıbbi laboratuvar teknikeri), intörn sağlık profesyoneli (hemşire, ebe, psikolog, fizyoterapist vb.)

3.7.2.2. Destek ve Kalite Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının konforunu içeren süreçlerdir. Bu süreç otoparktan morg hizmetlerine kadar olan tüm iş ve işlemleri kapsamaktadır. Hastanın hizmeti nasıl aldığı veya hizmetin nasıl sunulduğunu ifade eden foksiyonel kalite ile ilgilidir. Hasta karşılama ve yönlendirme hizmetleri ile hastaların yatış ve taburculuğuna ilişkin protokol defterleri ve bilgisayar dosyalarının kayıtları da bu başlık altında yer

almaktadır. Hastanın beslenme hizmetleri, koruma ve güvenlik, çamaşırhane, temizlik gibi tüm destek veya tamamlayıcı hizmetleri içermektedir. Bu destek hizmetler arasında bahçe ve çevre düzenlemesi, arşiv hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve denetlenmesi gibi hizmetlerin yürütülmesi de yer almaktadır.

Tablo 14

Destek ve Kalite Hizmetleri Konusundaki Şikâyetler (B Grubu Hizmetler)

Tanım: Sağlık hizmetlerinde destek hizmetlerinin beklentileri karşılamaması veya hizmetlerin sunulmasında aksaklıkların yaşanmasıyla ortaya çıkan şikâyetleri kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ Hizmet kalitesi ve hasta güvenliği prosedürlerine uygun olmayan durumların tespit edilmesi
- ✓ Destek hizmetlerdeki kalitenin artırılması
- ✓ Doğru hastaya, doğru kayıt işlemleri ve diğer destek hizmetlerindeki hataların tespit edilmesi

Örnek Şikâyet Konuları: Hastaların tekerlekli sandalye veya sedye ihtiyaçları, temizlik hizmetleri, beslenme hizmetleri veya hasta karşılama işlemlerinde beklentilerin karşılanamaması vb.

Değerlendiren Yönetici: Destek ve kalite hizmetler müdürü/ sağlık otelciliği sorumlusu/ otelcilik ve destek hizmetleri müdürü/ müdür yardımcısı_ disiplin birimi

Meslek Grupları: Tıbbi sekreter, veri hazırlama kont. işletmeni, klinik destek personelleri, koruma ve güvenlik personeli, temizlik personeli, beslenme hizmetleri personelleri ve diğer destek elamanları

3.7.2.3. İdari ve Mali İşler Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde idari ve mali hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulması için gerekli planlamaların yapılmasını kapsamaktadır. Hastalar için, sağlık tesisi içinde her türlü, ilaç ve laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda bulundurulmasını, eksik olan malzemelerin zamanında ve yeteri miktarda tedarik edilmesini sağlamak amacıyla stok yönetimini yapmaktadır. Aynı zamanda, satın alma yoluyla tıbbi cihaz temin süreçlerini yönetmek ve tüm malzemelerin kullanıma hazır olarak bulundurulması için gerekli iş ve işlemleri takip etmektedir. Ayrıca, sağlık tesisindeki bilgi sistemleri ve alt yapı, yazılım ve donanım hizmetlerinin diğer birimlerle uyum içinde yürütülmesi, sürekli olarak çalışır halde bulundurulması ve teletıp uygulamaları için veri aktarımının sağlanması gibi süreçler bu hizmetler kapsamında yer almaktadır.

Tablo 15

İdari ve Mali İşler Konusundaki Şikâyetler (C Grubu Hizmetler)

Tanım: Sağlık hizmetlerinde eksik malzeme sebebiyle hizmetlerin sunulamaması, veri aktarımındaki hata veya gecikmeler sebebiyle rapor veya reçetelerde yaşanan sorunlar veya faturalandırma ile ilgili yaşanan aksaklıkları kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ Malzeme veya cihaz teminlerinin tam ve zamanında sağlanması
- ✓ Depo, satın alma ve fatura işlemlerindeki aksaklıkların tespit edilmesi
- ✓ Doğru ve zamanında veri aktarımının sağlanması

Örnek Şikâyet Konuları: SGK’da görünmeyen hastalık veya ilaç raporu veya protez temini sağlanamadığı için ameliyatların yapılamaması vb.

Değerlendiren Yönetici: İdari ve Mali İşler Müdürü/ İlgili Müdür Yardımcısı, Başhek. Yard. _ Disiplin Birimi

Meslek Grupları: Hizmet sunumunda arka planda görevli sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Şikâyetler genellikle herhangi bir personeli ifade etmez. Meslek grubu “diğer” grubunda değerlendirilmelidir.

3.7.2.4. Teknik İşler Hizmetleri

Hizmet binalarının bakım, tadilat ve onarımlarının aksatılmadan gerçekleştirilmesi için gerekli tedbirleri almakla birlikte yapılan çalışmaların denetlemesini içermektedir. Bu çerçevede, binaların fiziksel durumunu iyileştirmek ve işlevselliğini sürdürmek amacıyla yapılacak tadilat, bakım ve onarımların planlanması ve uygulanmasını kapsamaktadır. Sağlık tesisi içindeki asansörler başta olmak üzere her türlü cihazların ve mobilya gibi eşyaların düzenli olarak kontrol edilmesi, bakım ve kalibrasyon işlemlerinin gerçekleştirilmesi, bu eşya ve cihazlar için kayıtların tutulması ve bu cihazların hazır ve kullanılır durumda bulundurulması teknik hizmetler kapsamındadır.

Tablo 16

Teknik İşler Konusundaki Şikâyetler (D Grubu Hizmetler)

Tanım: Sağlık hizmetlerinde fiziksel koşullar ve arızalara ilişkin tüm şikâyetleri kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ Hizmet binalarının fiziksel kalitesi ve uygunluğunun kontrol edilmesi
- ✓ Hizmet binalarında oluşan arızaların giderilmesi ve kontrolünün sağlanması

Örnek Şikâyet Konuları: Asansör, musluk arızaları veya aydınlatma ve ısıtma sistemlerindeki teknik sorunlar, hasta monitörlerinin görünürlüğü vb.

Sevk: Teknik İşler Müdürü/ İlgili Müdür Yardımcısı, Satın Alma Sor. Başhek. Yard.

Meslek Grupları: Hizmet sunumunda arka planda görevli sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Şikâyetler genellikle herhangi bir personeli ifade etmez. Meslek grubu yerine şikâyet “diğer” grubunda değerlendirilmelidir.

3.7.2.5. Sağlık Hizmetlerinde İletişim

İsteyerek veya istemeden yapılan çalışan davranışlarıdır. Genelde hastaların istek ve ihtiyaçları karşısında çalışanların verdiği tepkilere bağlı oluşan başarısızlıklar olarak açıklanabilmektedir. Hastane kuralları ve sistem gereği hastaların özel talep ve tercihlerine cevap verilememesi sonucu oluşan iletişim hataları hastanın tanı, tedavi, tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmesi veya hasta eğitimi sırasında da gelişebilmektedir. Sağlık hizmetleri sürecindeki tüm etkileşimleri kapsamaktadır.

Tablo 17

İletişim Sorunları (E Grubu Hizmetler)

Tanım: İsteyerek veya istemeden yapılan çalışan davranışları sebebiyle iletişim ile ilgili şikayetlerin tümünü kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ İletişim hatalarının hangi süreçte ve neden kaynaklandığının belirlenmesi
 - ✓ Özellikle iletişimde hataya sebep olan kök nedenleri tespit ederek önleyici tedbirlerin alınması
-

Örnek Şikâyetler: Hastaya bilgi verilmemesi, saygısız davranışlarda bulunulması veya kimliksiz işlem talebi, randevusuz muayene talebi gibi özel taleplere cevap verilememesi sebebiyle iletişim sorunu yaşanması vb.

Değerlendiren Yönetici: İlgili Birim Amiri: Başhekim, İlgili Başhekim Yardımcısı, İlgili Müdür, İlgili Müdür Yardımcısı_ Disiplin Birimi

Meslek Grupları: Tüm sağlık hizmetleri çalışanlarını kapsamaktadır.

3.7.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Sistemsel Sorunlar

Sağlık hizmetlerinde bir sağlık kuruluşu içerisindeki hizmet süreçlerinin ve kaynakların yönetilmesini ifade etmektedir. Daha çok kapasite planlanması ile ilgili sorunlara işaret etmektedir. Sağlık hizmetlerinde süreçler iç sistemler ve dış sistemler olarak ikiye ayrılmaktadır. İç sistemler kurumun idarecileri tarafından yönetilebilir konularını ifade ederken dış sistemler kurumun bağlı olduğu, geri bildirimde bulunabildiği fakat direk olarak yönetemediği konuları ifade etmektedir. İç sistemler için hastanedeki bekleme süreleri dış sistemler için MHRS (Merkezi Randevu Sistemi) örnek verilebilir.

Tablo 18

Sistemsal Sorunları (SIS Grubu Hizmetler)

Tanım: Sağlık hizmetlerinden hastaların herhangi bir sebeple faydalanamadığını ifade eden şikâyetlerin tümünü kapsamaktadır.

Hedefler:

- ✓ Kurumun hizmet taleplerine cevap verebilirliğinin ölçülmesi
 - ✓ Hastane içerisindeki sistem gereği özel taleplere cevap verilememesi sonucu oluşan diğer hatalarının tespit edilmesi
 - ✓ Mevcut kapasitenin değerlendirilmesi ve optimum kapasitenin belirlenmesi
-

Örnek Şikâyetler: Bir iç sistem örneği tekrar eden hastane yatak kapasitesinin talepleri karşılamada yetersiz kalması veya ameliyatlara için uzun süre beklenildiğinin ifade edilmesi veya MHRS’den uzun süredir randevu alınmaması vb.

Değerlendiren Yönetici: İlgili Birim Amiri: Başhekim, İlgili Başhekim Yardımcısı, İlgili Müdür, İlgili Müdür Yardımcısı_

Meslek Grupları: Şikâyetler genellikle herhangi bir personeli ifade etmez. Meslek grubu yerine şikâyet “SIS 1 ve SIS 2” grubunda değerlendirilmelidir.

BÖLÜM 4. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ VE BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde, katılımcıların demografik özellikleri ve şikâyet deneyimleri hakkında verdikleri cevaplar, frekans dağılımları üzerinden tanımlayıcı istatistikler ile detaylı olarak sunulmaktadır. Araştırma modelini oluşturan her bir değişken için uygulanan Keşfedici Faktör Analizi (KFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçları ve elde edilen yapıların geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmaktadır. Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) kullanılarak gerçekleştirilen hipotez testlerine ilişkin bulgulara kapsamlı bir şekilde yer verilmektedir. Ayrıca araştırmanın ikinci alt amacı kapsamında hasta şikâyetlerinin kodlanması için bir hasta şikâyet taksonomisi ve şikâyet kayıt ve takip süreci önerileri sunulmaktadır. Şikâyet ekibiyle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler ve elde edilen bulgular ile Microsoft Excel’de oluşturulan tablolar yardımıyla betimleyici analizler ve frekans dağılımlarına göre oluşturulan şikâyet taksonomisi ve raporları sunulmaktadır.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı istatistikler bölümünde, ilk olarak sosyo-demografik özellikler incelenmektedir. Katılımcıların *cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grupları, aylık ortalama gelir düzeyleri* ve *özellikli hasta grubunda yer alıp almadıklarının (engel durumu)* belirlenmesine ilişkin bulgular ayrıntılı bir şekilde sunulmaktadır.

İkinci olarak, çalışmaya konu olan hastaneden katılımcıların *kaç yıldır ve ne sıklıkla hizmet aldığı, bu hastaneden hizmet almak için ne şekilde (randevu almadan hastaneye gitme, MHRS’den randevu alarak hastaneye gitme, takipli hasta vb.) hastaneye gitmiş olduğu gibi şikâyet deneyimlerinin, öncesini ifade eden* yanıtlara yer verilmektedir.

Devamında katılımcılardan, araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki *şikâyet deneyimine ilişkin; başvuru sahibinin ilettiği şikâyet konusu ve şikâyete konu olan meslek grubu ile şikâyete konu olan birim için* verdikleri yanıtlara yer verilmiştir. Ek olarak şikâyet başvurusunu ileten kişinin, hastaya olan yakınlığı (*hastanın kendisi veya hasta yakını*) yine bu bölümde sunulmaktadır.

Ayrıca bu başlık altında, hastaların veya hasta yakınlarının, hasta haklarının ihlal edildiğini düşündüğü durumlarda dava, şikâyet ve başvuru haklarına ilişkin tepki verme

biçimleri ve tepkisiz kalmaması halinde tercih etmiş olduğu başvuru kanallarına yer verilmiştir. Son olarak çalışmanın odağı olan katılımcıların, *hasta hakları bilgi düzeyi algılarına* ve katılımcıların en sık başvurduğu sağlık kurumundaki *hasta hakları biriminin yerini bilip bilmeme oranlarına* yer verilmiştir.

Araştırmada yer alan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, Tablo 38-45'te sunulmaktadır.

4.1.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grupları, aylık ortalama gelir düzeyleri ve engel durumuna ilişkin bulgular Tablo 19'da görülmektedir.

Tablo 19

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler	Frekans	%
Cinsiyet		
Kadın	297	50,5
Erkek	291	49,5
Yaş		
19-29	118	20,1
30-39	145	24,7
40-49	141	24,0
50-64	133	22,6
65 yaş ve üstü	51	8,7
Engelli/ Öncelikli Hasta		
Evet	31	5,3
Hayır	557	94,7
Medeni Durum		
Evli	436	74,1
Bekar	152	25,9
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	149	25,4
Lise	260	44,2
Üniversite	165	28,1
YL ve üstü	14	2,4
Meslek		
Kamu Çalışanı	113	19,2
Özel Sektör Çalışanı	259	44,0
Ev Hanımı	101	17,2
Emekli	75	12,8
Diğer	40	6,8
TOPLAM	588	100

Tablolarda yer alan frekanslar, her bir soru veya ifadeye verilmiş olan toplam cevap sayılarını, cevaplar sütununun yanında yer alan % değerleri, verilen cevabın tüm cevaplar içerisindeki nisbi ağırlığını göstermektedir. Tablo 26’da yer alan katılımcılara ait veriler incelendiğinde, katılımcıların %50,5’i kadın, %49,5’i erkeklerden oluşmaktadır. Yaşlarına ilişkin dağılımlarına bakıldığında, %24,7’si 30-39 ve %24’ü 40-49 iken %22,6’sı 50-64 yaş grubunda yer almaktadır. Bu yaş grupları arasında yer alan katılımcıların oranı, neredeyse birbirine eşittir. 65 yaş üstü olan yaş grubu %8,7 iken 29 yaş altı grupta yer alanların oranı ise %20,1’dir. Katılımcıların %5,3’ü engelli, yani öncelikli grupta yer alan hastalardan oluşmaktadır. Medeni duruma göre %71,1’nin evli olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ele alındığında %45’inin lise mezunu, yaklaşık %31’inin lisans veya üstü, %25’inin ise ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Meslek gruplarına ilişkin dağılım dikkate alındığında katılımcıların, %44’ü özel sektör çalışanı, %19,2’si kamu çalışanı, %17’si ev hanımı, yaklaşık %13’ü de emekli grubunda iken %6,8’lik kısım ise diğer meslek (serbest meslek vb.) grubunda yer almaktadır. Katılımcıların aylık gelirleri içerisinde, en çok orana sahip olan %49,3’ünün 8.100-15.000 TL, yaklaşık %32’sinin ise 15.100-25.000 TL gelir grubunda olduğu görülmektedir. %7,7’si 25.100 ve üstü gelir grubunda iken %8,3’ü ise 8.500 ve altı gelir grubu arasındadır.

4.1.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastanenin Hizmetlerinden Kaç Yıldır Yararlandığına İlişkin Bilgiler

Katılımcılara, araştırmaya konu olan hastane ile ilişkilerini belirlemeye yönelik “*Bu hastanenin hizmetlerinden kaç yıldır yararlanıyorsunuz?*” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 20’de görülmektedir.

Tablo 20

Katılımcıların Hastanenin Hizmetlerinden Kaç Yıldır Yararlandığına İlişkin Bilgiler

Zaman	Frekans	%
<1 yıl	43	7,3
1- 5 yıl	137	23,3
6- 10 yıl	131	22,3
≥11 yıl	275	46,8
Toplam	588	100

Katılımcıların yaklaşık %47’si 11 yıl ve üzeri, araştırmaya konu olan hastanenin hizmetlerden yararlandığını ifade etmiştir. Bu kesim, katılımcılar arasında en yüksek

temsil oranına sahiptir. Zamansal olarak hastane ile ilişkisi en yeni olan, 1 yıldan az zamandır, hastanenin hizmetlerinden faydalanan grup ise %7,3 ile en düşük orana sahiptir. Hastanenin sağlık hizmetlerden faydalanılmasında katılımcıların, %23,3'ü 1-5 yıldır, % 22,3'ü de 6-10 yıldır hizmet alan gruplar arasındadır.

4.1.3. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastanenin Hizmetlerinden Ne Sıklıkla Yararlandığına İlişkin Bilgiler

Katılımcılara, araştırmaya konu olan hastane ile ilişkilerini belirlemeye yönelik “*Bu hastanenin hizmetlerinden ne sıklıkla yararlanıyorsunuz?*” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 21’de görülmektedir.

Tablo 21

Katılımcıların Hastanenin Hizmetlerinden Ne sıklıkla Yararlanıldığına İlişkin Bilgiler

Sıklık	Frekans	%
Haftada 1	11	1,9
Ayda 1	117	19,9
Yılda 3 veya 4	152	25,9
Altı ayda 1	198	33,7
Gerektiğinde/çok nadir	110	18,7
Toplam	588	100

Katılımcıların, %1,9'u haftada 1, %19,9'u Ayda 1, yüzde 33,7'si altı ayda 1 ve %25,9'u ise yılda 3 veya 4 defa hastaneye gittiğini belirtmiştir. Sadece %18,7'si ise gerektiğinde/çok nadir hastaneye gittiğini ifade etmiştir.

4.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Deneyimine İlişkin Bilgiler

Araştırma modelindeki değişkenler aracılığıyla ölçülmeye çalışılan hizmet telafisi sürecine dair katılımcıların şikâyet deneyimlerini incelemek üzere, araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen örnekleme, tıbbi malpraktis konularını kapsamayan ve hizmet başarısızlığına dair şikâyetle bulunmuş olan hasta ve hasta yakınları dâhil edilmiştir. Bu kapsamda, katılımcılardan, araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede yaşadıkları şikâyet deneyimine ilişkin; ilettiği şikâyet konusu ve şikâyete konu olan meslek grubu ile şikâyete konu olan birim ve bu hastaneden hizmet almak için ne şekilde (randevu almadan hastaneye gitme, takipli hasta vb.) hastaneye gidilmiş olduğu sorgulanmıştır.

4.2.1. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneden Hizmet Almak İçin Ne Şekilde Başvurduğuna İlişkin Bilgiler

Katılımcıların, çalışmaya konu olan hastaneden hizmet almak için kuruma nasıl başvurduğunu belirlemeye yönelik “*Hastaneye hizmet almak için ne şekilde gitmiştiniz?*” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 22’de görülmektedir.

Tablo 22

Katılımcıların Hizmet Almak İçin Hastaneye Başvuru Şekli

Hizmet Almak İçin Hastaneye Başvuru Şekli	Frekans	%
Randevu Almadan gittim.	118	20,1
MHRS’den Randevu Alarak gittim.	210	35,7
Takipli Hasta Olarak Çağrıldım (Ameliyat Hazırlık, Kanser, KBY, Diyabet vb.)	83	14,1
Görüntüleme işlemleri (MR, Ultrason vs.) için sıra verilmişti	30	5,1
Acil Servise gitmiştim	102	17,3
Diğer	45	7,7
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki katılımcıların, yaklaşık %36’sı MHRS’den randevulu olarak %20’si ise randevu alınmadan hastaneye gidildiğini belirtmiştir. %17,3’ü acil servise gitmiştim, %14,1’i takipli hasta olarak çağrıldım (kanser, kby, diyabet vb.), %5,1’i görüntüleme işlemleri (MR, ultrason vs.) için sıra verilmişti ve %7,7’si ise diğer seçeneğini işaretlemiştir.

4.2.2. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyetle Hastaya Olan Yakınlık Derecesi

Araştırma kapsamında iletilen şikâyetlerin, kimler tarafından iletildiği ve şikâyeti ileten kişinin, hastaya olan yakınlık derecesi sorgulanmıştır. Bu sebeple katılımcılara başvuruyu yapan kişinin *hastaya olan yakınlığı (kendisi veya hasta yakını)* sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 23’te görülmektedir.

Tablo 23

Katılımcıların Hastaya Olan Yakınlık Derecesi

Başvuruyu Yapan	Frekans	%
Hastanın Kendisi	358	60,9
Hasta Yakını	230	39,1
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki şikâyet başvurularının %60,9'u hastanın kendisi tarafından yapılırken, %39,1'inin ise hasta yakını tarafından iletildiği görülmektedir.

4.2.3. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyet Konusu

Katılımcılardan, araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki şikâyet deneyimine ilişkin; *ilettiği şikâyet konusu* sorgulanmıştır. Verilen yanıtlar neticesinde ilettiği şikâyete konu olan birim için elde edilen bulgular Tablo 24'te görülmektedir.

Tablo 24

Şikâyete Konu Olan Birim

Birim	Frekans	%
Poliklinik	285	48,5
Yatan Hasta Servisi	87	14,8
Acil Servis	78	13,3
Laboratuvar- (Kan alma- Numune verme)	10	1,7
Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR vb.)	46	7,8
Yoğun Bakım Hizmetleri	20	3,4
Ameliyathane Hizmetleri	21	3,6
Fizik Tedavi/ Hiperbarik üni. vb.	7	1,2
Birime bağlı olmayan bir konu (otercilik hizmeti, sistemsel vb.)	34	5,7
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki hastaneye iletilen şikâyetler, şikâyete konu olan birim olarak sorgulandığında, yaklaşık %49'u poliklinik hizmetleri olarak belirtilmiştir. Bu oran, şikâyete konu olan birimler arasında en yüksek temsil oranına sahiptir. Şikâyete konu olan durumun, %14,8'i yatan hasta servislerinde, %13,3'ü acil serviste, %7,8'i ise görüntüleme hizmetlerinde gerçekleşmiştir. Sadece % 3'6'sı ameliyathane hizmetleri, %3,4'ü yoğun bakım hizmetleri ve %1,7'si laboratuvar hizmetleri iken % 1,2'si ise fizik tedavi vb. ünitelerde gerçekleşmiştir.

4.2.4. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Hastaneye İlettikleri Şikâyete Konu Olan Meslek Grubu

Katılımcılardan, araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki şikâyet deneyimine ilişkin; ilettiği şikâyet konu olan meslek grubu sorgulanmıştır. Verilen yanıtlar neticesinde ilettiği şikâyete konu olan meslek grubu için elde edilen bulgular Tablo 25'te görülmektedir.

Tablo 25*Şikâyeteye Konu Meslek Grubu*

Meslek Grubu	Frekans	%
Hekim	193	32,8
Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru	49	8,3
Tıbbi Sekreter/ VHKİ- kayıt personeli	83	14,1
Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, FZT, Diyetisyen vb.)	12	2,0
Temizlik Personeli	32	5,4
Klinik Destek/ Hasta Bakıcı	6	1,0
Danışma ve Yönlendirme Personeli	21	3,6
Güvenlik Görevlisi	18	3,1
Kişiyeye bağlı olmayan bir konu (Otelcilik Hizmetleri, Sistemsel)	174	29,6
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki hastaneye iletilen şikâyetler, şikâyeteye konu olan meslek grubu olarak sorgulandığında, yaklaşık %34'ünün hekimler hakkında olduğu görülmektedir. İkinci olarak %29,6'sının kişiyeye bağlı olmayan bir konu (otelcilik hizmetleri, sistemsel vb.) hakkında şikâyetinde bulunduğu görülmektedir. %14,1'inin tıbbi sekreter/ vHKİ- kayıt personeli, %8,3'ünün hemşire, ebe veya sağlık memuru, %5,4'ünün temizlik personeli, %3,6'sının danışma ve yönlendirme personeli, %3,1'inin güvenlik personeli, %2'sinin diğer sağlık uzmanları (psikolog, fizyoterapist, diyetisyen vb.) ve yaklaşık %1'inin ise klinik destek/ hasta bakıcı olduğu görülmektedir. Şikâyeteye konu olan meslek grupları arasında en yüksek temsil oranı hekim grubundadır.

4.3. Katılımcıların Sağlık Hizmetlerindeki Problemlere İlişkin Algı ve Tutumları

Hastaların veya hasta yakınlarının sağlık hizmetlerindeki problemlere yönelik algı ve tutumlarını belirlemek için katılımcıların, hasta haklarının ihlal edildiğini düşündükleri durumlarda dava, şikâyet ve başvuru haklarına karşı verdikleri tepkiler sorgulanmıştır. Ayrıca hasta hakları konusunda bilgi düzeyi algıları ve en sık başvurmuş olduğu sağlık kurumundaki şikâyet biriminin yerini bilip bilmediği sorulmuştur

4.3.1. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında En Sık Sorun Yaşadığını Düşündüğü Meslek Grubu

Katılımcıların, sağlık kurumlarındaki şikâyet algı ve tutumlarını belirlemeye yönelik bazı sorular sorulmuştur. Bunlardan ilki “Sağlık kuruluşlarında en sık sorun yaşadığınızı düşündüğünüz meslek grubu hangisidir?” sorusu olmuştur. Çalışmaya

katılım sağlayan sağlık hizmeti kullanıcılarının, vermiş olduğu yanıtlar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 26’da görülmektedir.

Tablo 26

Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında En Sık Sorun Yaşadığını Düşündüğü Meslek Grubu

Meslek Gurubu	Frekans	%
Hekim/ Asistan Hekim	199	33,8
Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru	55	9,4
Tıbbi Sekreter/ VHKİ- kayıt personeli	129	21,9
Güvenlik /Temizlik	63	10,7
Kişiyeye bağlı olmayan/ Sistemsel	140	23,8
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki katılımcıların, sağlık hizmetlerinden faydalanırken en sık sorun yaşadığını düşündüğü meslek grubu yaklaşık %44 ile hekim/asistan hekim grubu olmuştur. %23.8’inin kişiyeye bağlı olmayan/ sistemsel sorunlarla karşılaştığı, %21.9’unun tıbbi sekreter/ vHKİ- kayıt personeli, %10.7’si destek hizmetlerindeki güvenlik /temizlik personelleri ve %9.4’ünün ise hemşire, ebe, sağlık memuru ile sorun yaşadığını belirttiği görülmektedir.

4.3.2. Katılımcıların Şikâyet Davranışlarına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların, şikâyet davranışlarını belirlemeye yönelik “Sağlık hizmetlerinde karşılaştığınız sorunları hangi kanallar aracılığı ile iletirsiniz?” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 27’de görülmektedir.

Tablo 27

Katılımcıların Şikâyetler İçin Davranışları

Başvuru Tercihi	Frekans	%
Sözel olarak İletirim	363	61,7
Yazılı dilekçe ile iletirim	122	20,7
Telefonla (Alo 184)	57	9,7
İnternetten Başvuru Yaparım	23	3,9
Şikâyetimi İletmem	19	3,2
Diğer (İl Sağlık Müdürlüğü, Valilik, Açık Kapı vb.)	4	0,7
Toplam	588	100

Tablo 34’te yer alan veriler incelendiğinde, %61,7’sinin şikâyetlerini sözel olarak iletmeyi tercih ettiği, %20.7’sinin yazılı dilekçe ile şikâyetlerini iletmeyi tercih ettiği görülmektedir. %9,7’sinin Telefonla (Alo 184), %3,9’unun internet kanalıyla şikâyet

başvurusu iletmeyi tercih ettiği, %3,2'si ise şikâyetlerini iletmediklerini belirtmektedir. Yaklaşık %1'i ise Diğer (il sağlık müdürlüğü vb.) kanalı ile şikâyetlerini ilettiklerini belirtmiştir.

4.3.3. Katılımcıların Hasta Hak ve Sorumlulukları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Oranları

Katılımcıların, hasta hakları bilgi düzeyi algılarını belirlemeye yönelik “*Hasta hak ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?*” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 28’de görülmektedir.

Tablo 28

Katılımcıların Hasta Hak ve Sorumlulukları Konusunda Yeterlilik Algıları

Yanıt	Frekans	%
Evet	409	69,6
Hayır	179	30,4
Toplam	588	100

Araştırma kapsamındaki katılımcıların, %69,6’sı Hasta Hak ve Sorumlulukları Konusunda Kendilerini Yeterli görmektedir. %30,4’ü ise yeterli olmadığını belirtmiştir.

4.3.4. Katılımcıların En Sık Başvurduğu Sağlık Kurumundaki Hasta Hakları Biriminin Yerini Bilme Oranları

Katılımcıların, hasta hakları bilgi düzeyi algılarını belirlemeye yönelik “*En sık başvurduğunuz sağlık kurumunda ‘Hasta Hakları Birimi’nin yerini biliyor musunuz?*” sorusu sorulmuştur. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 29’da görülmektedir.

Tablo 29

Katılımcıların Hasta Hakları Biriminin Yerini Bilme Oranları

Yanıt	Frekans	%
Evet	297	50,5
Hayır	291	49,5
Toplam	588	100

Katılımcıların, %50,5’i en sık başvurduğu sağlık kurumunda hasta hakları biriminin yerini bildiğini belirtirken %49,52’i bilmediğini belirtmiştir.

4.3.5. Katılımcıların Otelcilik ve Malpraktise Yönelik Şikâyet Davranışlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların, şikâyet için tutumlarını belirlemeye yönelik “Hastanelerde tıbbi hatalar ile ilgili konularda sorun yaşadığınızı düşündüğünüzde (tedavi, ilaç, reçete veya enjeksiyon vb.) genellikle nasıl tepki verirsiniz?” ve “Hastanelerde tıbbi hatalar dışındaki konularda sorun yaşadığınızı düşündüğünüzde (iletişim, randevu, otopark, temizlik vb.) genellikle nasıl tepki verirsiniz?” soruları sorulmuştur. En fazla üç olmak kaydıyla birden fazla yanıt verilebileceği belirtilmiştir. Verilen cevaplar neticesinde elde edilen bulgular Tablo 30’da görülmektedir.

Tablo 30

Otelcilik ve Malpraktise Yönelik Şikâyet Davranışlarının Karşılaştırılması

Tepki Seçeneği	Tıbbi ve Teknik Hatalar	Otelcilik Hizmetlerinde Hatalar
Her zaman tepkimi belli ederim, yazılı veya sözlü şikâyetinde bulunurum	431	331
Hasta Hakları Birimlerine Başvururum	344	221
CİMER’e İletirim	136	54
SABİM’e İletirim	114	56
Hasta İdaresine Başvururum	93	55
Yasal Yollara Başvurmak İçin Avukatla Görüşürüm	48	6
Genellikle tepkide bulunmam, şikâyet etmem	45	176
Yaşadığım sorunu etrafımdaki akrabalarım/arkadaşlarıma anlatırım	41	25
Mesafe olarak uzak olsa da başka bir devlet/özel hastaneye giderim	19	17
Fikrim yok	9	2
Toplam	1280	943

Katılımcıların, Tıbbi Teknik Hata Algısına ilişkin *Her zaman tepkimi belli ederim, yazılı veya sözlü şikâyetinde bulunurum* 431, *Hasta Hakları Birimlerine Başvururum* 344, *CİMER’e İletirim* 136, *SABİM’e İletirim* 114, *Hasta İdaresine Başvururum* 93, *Yasal Yollara Başvurmak İçin Avukatla Görüşürüm* 48, *Genellikle tepkide bulunmam, şikâyet etmem* 45, *Yaşadığım sorunu etrafımdaki akrabalarım/arkadaşlarıma anlatırım* 41, *Mesafe olarak uzak olsa da başka bir devlet/özel hastaneye giderim* 19, *Fikrim Yok* 9 kişi tarafından tercih edilmiştir. Otelcilik Hizmetleri Hatalarına ilişkin ise sıklık sıralamasının değişmiş olduğu görülmektedir. *Her zaman tepkimi belli ederim, yazılı veya sözlü şikâyetinde bulunurum* 331, *Hasta Hakları Birimlerine Başvururum* 221, *Genellikle tepkide bulunmam, şikâyet etmem* ise 176 kişi tarafından belirtilmiştir.

CİMER'e İletirim 54, SABİM'e İletirim 56, Hasta İdaresine Başvururum 55, Yaşadığım sorunu etrafımdaki akrabalarım/arkadaşlarıma anlatırım 25, Mesafe olarak uzak olsa da başka bir devlet/özel hastaneye giderim 17, Yasal Yollara Başvurmak İçin Avukatla Görüşürüm 6, Fikrim Yok ise 2 kişi tarafından tercih edilmiştir.

4.4. Araştırma Modelindeki Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Algılanan adalet değişkeninin üç alt boyutu; prosedürel adalet algısı, etkileşimsel adalet ve dağıtımsal adalet algısı, olumsuz ve olumlu duygular, hizmet telafisi memnuniyeti ve hasta sadakati, olumsuz ağızdan ağıza iletişim ve hasta memnuniyeti değişkenlerine ait ifadelerin frekans dağılımları üzerinden sunulan tanımlayıcı istatistikleri aşağıdaki tabolarda gösterilmektedir.

Tablo 31

Presedürel Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
pad1	Hastanede sorunumu hangi yetkiliye/birime ileteceğimi kolaylıkla bulabildim.	588	3,64	1,43
pad2	Hastane sorunumu en kısa sürede çözmeye çalıştı.	588	3,51	1,47
pad3	Hastane bana sorunumla ilgili her şeyi anlatma fırsatı sağladı.	588	3,59	1,48
pad4	Hastane ilettiğim sorunun sonucu ile ilgili söz sahibi olmamı sağladı.	588	3,61	1,45
pad5	Hastane sorunumu çözmek için esneklik gösterebildi.	588	3,38	1,44
PAD		588	3,54	1,37

Ss*: Standart Sapma

Presedürel adalet algısı değişkeninin ortalaması 3,54 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,64 olduğu görülmektedir.

Tablo 32

Dağıtımsal Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
dad1	Bu hastaneden başvuruma yönelik iletilen sonuç oldukça adildi.	588	3,39	1,35
dad2	Yaşanan sorun ve kaybedilen zaman dikkate alındığında hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç kabul edilebilir düzeydeydi.	588	3,36	1,36
dad3	Hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç benim için yeterliydi.	588	3,38	1,36
DAD		588	3,37	1,32

Dağıtımsal adalet algısı değişkeninin ortalaması 3,37 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,39 olduğu görülmektedir.

Tablo 33*Etkileşimsel Adalet Algısı Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
ead1	Hastane şikâyet yetkilisi sorunuma yönelik tüm bilgilendirme ve açıklamaları yaptı.	588	3,77	1,38
ead2	Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözerken dürüst davrandı.	588	3,85	1,34
ead3	Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözerken kibar davrandı.	588	3,91	1,31
ead4	Hastane şikâyet yetkilisi sorunumu çözebilmek için çaba gösterdi.	588	3,83	1,33
ead5	Hastane şikâyet yetkilisinin sorunumu dinlerken konuya benim bakış açımıyla yaklaştığını hissettim.	588	3,81	1,36
EAD		588	3,83	1,29

Etkileşimsel adalet algısı değişkeninin ortalaması 3,83 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,91 olduğu görülmektedir.

Tablo 34*Olumsuz Duygular Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
omz 1	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle üzgündüm	588	2,35	1,42
omz 2	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle keyfimi kaçı	588	2,41	1,45
omz 3	Şikâyetimi ilettikten sonraki tüm yapılanları düşünürsem o an kızgın olduğumu hissettim	588	2,45	1,50
omz 4	Kötü bir ruh halinde olduğumu hissettim	588	2,43	1,48
omz 5	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle sinirliydim	588	2,37	1,46
OMZ		588	2,40	1,38

Olumsuz duygular değişkeninin ortalaması 2,40 olup en yüksek değere sahip ifadenin 2,45 olduğu görülmektedir.

Tablo 35*Olumlu Duygular Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
omu1	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sayesinde neşeliydim.	588	3,23	1,46
omu2	Hastaneye karşı bir yakınlık/sıcaklık hissettim	588	3,31	1,54
omu3	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle bana değer verildiğini hissettim	588	3,36	1,53
omu4	Şikâyetimi ilettikten sonraki tüm yapılanları düşünürsem o an gururlandım	588	3,29	1,56
omu5	Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle mutlu olduğumu hissettim	588	3,28	1,48
OMU		588	3,29	1,45

Olumlu duygular değişkeninin ortalaması 3,29 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,31 olduğu görülmektedir.

Tablo 36*Hizmet Telifisi Memnuniyeti Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
htm1	Genel olarak bu hastanedeki hizmet telifisi (şikâyet çözümü) karşılaşmalarının iyi olacağını hissettim.	588	3,37	1,35
htm2	Genel olarak bu şikâyetin çözülme şeklinden memnun kaldım.	588	3,36	1,34
htm3	Bu hastanedeki hizmet telifisi deneyimimden genel olarak memnun kaldım.	588	3,41	1,35
HTM		588	3,38	1,31

Hizmet telifisi memnuniyeti değişkeninin ortalaması 3,37 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,41 olduğu görülmektedir.

Tablo 37*Hasta Sadakati Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
hsad1	Bu hastaneyi tanıdıklarına tavsiye edeceğim	588	3,46	1,42
hsad2	Gelecekte tıbbi bir bakıma ihtiyacım olursa/hastalanırsam yine bu hastaneye gelirim	588	3,48	1,41
hsad3	Hastalık halinde arkadaşlarımı ve akrabalarımı da bu hastanede tedavi olmaları için cesaretlendiririm	588	3,46	1,41
hsad4	Özel hastaneye gitme imkânım olsa bile bu hastaneye gelirim		3,22	1,48
HSAD		588	3,40	1,36

Hasta sadakati değişkeninin ortalaması 3,40 olup en yüksek değer 3,48 olduğu görülmektedir.

Tablo 38*Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
oai1	Yaşadığım olumsuz olayı arkadaşlarıma ve yakınlarıma anlatırım	588	3,37	1,46
oai2	Kendi yaşadıklarımı düşündüğümde, arkadaşlarıma ve yakınlarıma bu hastaneye gitmemelerini söylerim	588	2,42	1,49
oai3	Arkadaşlarımı ve yakınlarımı bu hastaneden hizmet almamaları için uyarırım	588	2,36	1,47
OAAI		588	2,72	1,29

Olumsuz ağızdan ağıza iletişim değişkeninin ortalaması 2,72 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,37 olduğu görülmektedir.

Tablo 39*Hasta Memnuniyeti Değişkenine İlişkin İstatistikler*

Kod	İfade	N	Aritmetik Ortalama	Ss*
hmem1	Bu hastanenin tıbbi tedaviden memnun kaldım. (medical care)	588	3,67	1,33
hmem2	Bu hastanede çalışanlarının sağlık bakım hizmetlerinden memnun kaldım. (nursing care)	588	3,65	1,33
hmem3	Hastane olanaklarından (tesis, hasta karşılama ve imkanlar) memnun kaldım. (administrative service)	588	3,66	1,37
hmem4	Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım	588	3,64	1,34
HMEM		588	3,66	1,30

Genel memnuniyet değişkeninin ortalaması 3,66 olup en yüksek değere sahip ifadenin 3,67 olduğu görülmektedir.

4.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Farklı hizmetler bağlamında farklı özelliklerin ortaya çıkacağı dikkate alındığında ölçeklerin farklı bağlamlara göre revize edilmesi ölçeğin geçerliliğinin yeniden gözden geçirilmesine yol açacaktır (DeVellis, 2016; Altunışık vd., 2022, s.250). Anket formu oluşturulup nihai çalışmaya geçilmeden önce ölçeğin görünüş/yüzeyel (face) geçerliliğinin değerlendirilmesi süreci bir önceki bölümde detaylı olarak anlatılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği ise yapıların, yakınsak geçerliliği (convergent validity) ve ıraksak geçerliliği (discriminant validity) ile test edilmiştir. Bu analizlere geçilmeden önce kültürel etkiler, veri toplama yöntemi, örneklem ve hizmetler bağlamındaki farklılıklar göz ardı edilmemesi için öncelikle keşfedici faktör analizinden (KFA) faydalanılmıştır.

Faktör analizi için değişkenler arasındaki korelasyon, faktör modelinin uygun olup olmadığını belirlemek açısından önemlidir. Bu nedenle, faktör modelinin uygunluğunu test etmek amacıyla Bartlett's testi kullanılmaktadır. Bu test, popülasyondaki değişkenler arasındaki korelasyonu inceleyerek değerlendirmektedir (Hair vd., 1998 s. 99). Verilerin çoklu normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemek ve korelasyon matrisindeki ilişkilerin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Bartlett's testi, önemli bir araçtır. Faktör analizinin uygunluğunu belirlemede kullanılan bir diğer önemli test ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testidir. KMO değeri genellikle 0,5-1 arasında kabul edilebilir olarak değerlendirilir; 0,5'in altındaki değerler

faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığını göstermektedir (Altunışık vd., 2010, s.266).

Keşfedici faktör analizinde, özdeğeri bir ve daha büyük olan faktörlerin hesaba katılması, yaygın olarak kullanılan bir kriterdir. Joliffe kriterine göre ise, 0,7 veya daha büyük değerlere sahip özdeğerlerin faktörlerin analize dahil edilmesi için uygun olduğunu öneren bir yaklaşımdır (Karagöz, 2017: s. 404). Gerçekleştirilen KFA'da, faktör sayısı özdeğer yöntemiyle belirlenmiş ve özdeğerlerin 0,7 üzerinde olması durumunda faktörlerin oluşması sağlanmıştır.

4.5.1. Keşfedici Faktör Analizi Bulguları

KMO testi sonucu 0,949 olarak belirlenmiş ve Bartlett testi $p < 0,000$ güven seviyesinde 13141.449 değeriyle elde edilmiştir. Bu bulgular, örnek büyüklüğü ve güven seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeklerde bulunan ifadelerin faktör analizine uygun olduğu tespit edilmiştir. Temel bileşenler (principal components) ve varimax dönüştürmesi (varimax rotation) faktör analizi yöntemleri olarak kullanılmıştır.

Tablo 40

Algılanan Adalet Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	10,256	78,890	35,585	35,585
2	,996	7,659	31,627	67,212
3	,773	5,947	25,284	92,496

KMO:0, 826, Bartlett Testi: 2075, 48, df:78, $p < 0,000$

Varimax döndürme yöntemi uygulandığında, ilk faktör toplam varyansın %35,585'ini, ikinci faktör 31,627'sini ve üçüncü faktör ise %25,284'ünü temsil etmektedir Üç faktör, toplam varyansın 92,496'sını açıklamaktadır.

Tablo 41

Algılanan Adalet Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler			AV* (%)
	1	2	3	
ead5	,854			35,585
ead3	,848			
ead4	,841			
ead2	,824			

ead1	,773	
pad1	,852	
pad3	,801	
pad4	,787	31,627
pad2	,784	
pad5	,700	
dad2	,830	
dad3	,829	25,284
dad1	,793	

AV* - Açıklanan varyans yüzdesi

Tablo 41’de de faktör yükleri arasında en düşük değer 0,700, en yüksek değer ise 0,854 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, üç faktörün, alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını göstermektedir.

Tablo 42

Olumlu ve Olumsuz Duygular Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	8,154	81,536	45,728	45,728
2	,860	8,600	44,408	90,136

KMO:0,943, Barlett Testi: 9368,358, df:45, p<0,000

Varimax döndürme yöntemi uygulandığında, ilk faktör toplam varyansın %45,728 ini, ikinci faktör 44,408’sını temsil etmektedir. İki faktör, toplam varyansın 90,136’sını açıklamaktadır.

Tablo 43

Olumlu ve Olumsuz Duygular Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler		AV* (%)
	1	2	
omu3	,863		
omu 2	,860		
omu 4	,857		45,728
omu 1	,849		
omu 5	,847		
omz 4		,850	
omz 2		,846	
omz 5		,835	44,408
omz 3		,833	
omz 1		,814	

AV*:-

Açıklanan varyans yüzdesi

Tablo 43’te faktör yükleri arasında en düşük değer 0,814, en yüksek değer ise 0,857 olarak belirlenmiştir. İki faktörün, alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını görülmektedir.

Tablo 44

Hizmet Telifisi Memnuniyeti Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	2,846	94,858	94,858	94,858

KMO:0,769, Barlett Testi: 2467,750, df:3, p<0,000

Modelde tek faktör bulunmaktadır ve toplam varyansın %94,858'ini açıklamaktadır.

Tablo 45

Hizmet Telifisi Memnuniyeti Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler	
	1	AV* (%)
htm2	,981	94,858
htm3	,976	
htm1	,965	

Tablo 45'te faktör yükleri arasında en düşük değer 0,965, en yüksek değer ise 0,981'dir. Alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını göstermektedir.

Tablo 46

Hasta Sadakati Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	3,608	90,206	90,206	90,206

KMO:0,864, Barlett Testi: 3261,429, df:6, p<0,000

Modelde tek faktör bulunmaktadır ve toplam varyansın %90,206'sını açıklamaktadır.

Tablo 47

Hasta Sadakati Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler	
	1	AV* (%)
hsad3	,972	90,286
hsad2	,970	
hsad1	,963	
hsad4	,891	

Tablo 47'de bulunan faktör yüklerinde en düşük değer 0,963 en yüksek değer ise 0,972'dir. Alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını göstermektedir.

Tablo 48

Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	2,320	77,327	77,327	77,327

KMO:0,639, Barlett Testi: 1140,644, df:3, p<0,000

Modelde tek faktör bulunmaktadır ve toplam varyansın %77,327'sini açıklamaktadır.

Tablo 49

Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler	
	1	AV* (%)
nwom2	,937	77,327
nwom3	,936	
nwom1	,753	

Tablo 49'da bulunan faktör yüklerinde en düşük değer 0,753, yüksek değer ise 0,937'dir. Alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını göstermektedir.

Tablo 50

Hasta Memnuniyeti Değişkeni İçin Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

Faktörler	Öz Değerler	Açıklama Yüzdesi	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Varyans (%)
1	3,747	93,676	93,676	93,676

KMO:0,639, Barlett Testi: 1140,644, df:3, p<0,000

Modelde tek faktör bulunmaktadır ve toplam varyansın %96,676'sını açıklamaktadır.

Tablo 51

Hasta Memnuniyeti Değişkenine Ait Faktör Yükleri

İfadeler	Faktörler	
	1	AV* (%)
gem4	,976	93,676
gem2	,972	
gem3	,967	
gem1	,957	

Tablo 51’de bulunan faktör en düşük değer 0,957, yüksek değer ise 0,976’dır. Alan yazınında yaygın olarak kabul edilen 0,70 eşik değerinden daha büyük olduklarını göstermektedir.

Tablo 52

Model Uyum İndeksleri

Kriterler	χ^2	NFI $\geq,80$	SRMR $\leq,08$
	3712,402	0,903	0,072

Genel olarak, SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) ve NFI (Normed Fit Index) değerlerine dayanarak, tahmin edilen modelin kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu belirtilebilir. Genel kabul gören bir kural olarak, SRMR değeri 0.08 veya daha düşükse, modelin uyumu iyi olarak kabul edilir. NFI değeri 0.90'ın üzerinde ise modelin uyumu genellikle iyi olarak değerlendirilir. SRMR değeri 0,08'in altında ve NFI değeri 0.90'ın üzerinde olduğundan, model uyumları kabul edilebilir düzeydedir. Ki-kare değeri 3712,402 çıkmıştır.

4.5.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Bu bölümde, araştırmanın ölçüm modeli kapsamında ölçeklerin iç tutarlılığı diğer bir ifade ile güvenilirliği, birleşme ve ayrışma geçerliliği değerlendirilmiştir. İç tutarlılık değerlendirmesinde, Cronbach Alfa ve Birleşik Güvenirlik (CR=Composite Reliability) değerleri ele alınmıştır. Ayrışma geçerliliği değerlendirmesinde ise Fornell ve Larcker (1981) ve Henseler ve diğerleri (2015) tarafından önerilen HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) kriterleri kullanılmıştır. Birleşme geçerliliğinin analizinde ise faktör yükleri ve AVE (Average Variance Extracted) değerleri incelenmiştir. Aşağıdaki Tablo 53’te bu ölçüm modelinin sonuçları detaylı bir şekilde sunulmaktadır.

Tablo 53*Ölçüm Modeli Sonuçları*

Değişken	İfade	Faktör Yüğü	Cronbach	CR	AVE
Prosedürel Adalet	pad1	0,898	0,969	0,976	0,892
	pad2	0,960			
	pad3	0,962			
	pad4	0,971			
	pad5	0,929			
Dağıtımsal Adalet	dad1	0,968	0,973	0,982	0,949
	dad2	0,981			
	dad3	0,974			
Etkileşimsel Adalet	ead1	0,944	0,974	0,981	0,928
	ead2	0,965			
	ead3	0,965			
	ead4	0,971			
	ead5	0,971			
Olumsuz Duygular	omz1	0,888	0,966	0,974	0,881
	omz2	0,948			
	omz3	0,956			
	omz4	0,960			
	omz5	0,940			
Olumlu Duygular	omu1	0,934	0,978	0,983	0,921
	omu2	0,963			
	omu3	0,974			
	omu4	0,971			
	omu5	0,956			
Hizmet Telafi Memnuniyeti	htm1	0,965	0,973	0,982	0,949
	htm2	0,981			
	htm3	0,975			
Hasta Sadakati	hsad1	0,965	0,963	0,974	0,902
	hsad2	0,971			
	hsad3	0,973			
	hsad4	0,887			
Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	oaai1	0,709	0,849	0,908	0,771
	oaai2	0,951			
	oaai3	0,951			
Hasta Memnuniyeti	hmem1	0,971	0,977	0,983	0,937
	hmem2	0,957			
	hmem3	0,972			
	hmem3	0,967			

Tablodaki değerler incelendiğinde, yapıların Cronbach Alfa katsayıları 0,849 ile 0,974 aralığında, CR (Composite Reliability) katsayılarının ise 0,908 ile 0,983 aralığında olduğu belirlenmiştir. İdeal olarak, faktör yüklerinin 0,70 veya üzeri, birleşik güvenirlik değerlerinin 0,70 veya üzeri olması beklenmektedir (Hair vd., 2006, aktaran Hair vd., 2014). Bu değerler, yapıların yüksek düzeyde iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, faktör yükleri 0,898 ile 0,971 arasında değişirken, AVE (Average Variance Extracted) değerleri 0,771 ile 0,949 arasında tespit edilmiştir. Bu bulgular, yapıların birleşme geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Ayrışma geçerliğinin sağlanabilmesi için, araştırmada yer alan boyutların AVE (Average Variance Extracted) değerlerinin karekökleri, bu boyutlar arasındaki korelasyon değerlerinden daha yüksek olmalıdır (Fornell ve Larcker, 1981, s.43). Elde edilen sonuçlar, Tablo 54’te sunulmuştur.

Tablo 54

Ayrışma Geçerliği Bulguları

	DAD	EAD	HME	HSA	HTM	OAA	OMU	OMZ	PAD
DAD	0,974								
EAD	0,772	0,963							
HME	0,729	0,682	0,968						
HSA	0,742	0,675	0,824	0,950					
HTM	0,824	0,735	0,785	0,828	0,974				
OAA	-0,500	-0,403	-0,572	-0,616	-0,482	0,878			
OMU	0,707	0,664	0,754	0,828	0,794	-0,596	0,960		
OMZ	-0,638	-0,626	-0,716	-0,739	-0,679	0,601	-0,810	0,939	
PAD	0,788	0,789	0,706	0,812	0,716	-0,575	0,779	-0,691	0,944

Kaynak: Fornell ve Larckell, (1981).

Tablo 54 incelendiğinde, her bir değişkenin AVE değerlerinin kareköklerinin, bu değişkenlerin diğer yapılarla olan korelasyon değerlerinden yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Henseler ve diğerleri (2015) tarafından öne sürülen HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) kriteri, araştırma modelindeki farklı yapılar arasındaki ifadelerin korelasyon ortalamalarını, bu yapıların kendi içindeki ifadelerin korelasyonlarının geometrik ortalamasına oranlamaktadır. HTMT değerlerinin 0,85'in altında olması tavsiye edilmektedir (Henseler vd.,2015, s.119).

Tablo 55*Ayrışma Geçerliği Sonuçları (HTMT Kriteri)*

	DAD	EAD	HMEM	HSAD	HTM	OAAİ	OMU	OMZ
DAD								
EAD	0,790							
HMEM	0,747	0,697						
HSAD	0,765	0,692	0,847					
HTM	0,846	0,753	0,805	0,852				
OAAİ	0,524	0,433	0,601	0,663	0,505			
OMU	0,725	0,677	0,770	0,851	0,814	0,642		
OMZ	0,658	0,642	0,737	0,763	0,700	0,650	0,832	
PAD	0,809	0,807	0,723	0,838	0,736	0,617	0,799	0,711

Tablodaki değerler incelendiğinde HTMT katsayılarının belirlenen eşik değerlerin altında olduğu görülmektedir. Tablo 54 ve Tablo 55'teki bulgulara dayanarak ayrışma geçerliğinin sağlandığı belirtilebilir.

4.6. Yapısal Eşitlik Modeli Testi ve Bulguları

Bu araştırmada, model analizi için kısmi en küçük kareler yol analizi (PLS-SEM) yöntemi tercih edilmiştir. Veri analizi, SmartPLS 3.2.8 istatistik programı aracılığıyla yapılmıştır. Modelin doğrusallığı, yol katsayıları, R^2 ve Tahmin gücü (Q^2) hesaplamalarında ise Blindfolding analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 56'da gösterilmiştir. PLS yol katsayılarının anlamlılığını değerlendirmek amacıyla, yeniden örnekleme (bootstrapping) yöntemiyle 5000 alt örneklem üzerinden t-değerleri hesaplanmıştır. Araştırma sonuçlarına ait bulgular Şekil 8 ve Tablo 57'de gösterilmiştir.

Tablo 56*Araştırma Modeli Katsayıları*

Değişkenler	VIF		R2	Q2	
Prosedürel Adalet (PAD)	Olumsuz Duygular	3,372			
	Olumlu Duygular	3,372			
	Hizmet Telafisi Memnuniyeti	3,372	Olumsuz Duygular	0,504	0,501
	Hasta Sadakati	4,435			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	4,435			
	Hasta Memnuniyeti	3,367			
Dağıtımsal Adalet (DAD)	Olumsuz Duygular	3,139			
	Olumlu Duygular	3,139			
	Hizmet Telafisi Memnuniyeti	3,139	Olumlu Duygular	0,628	0,626
	Hasta Sadakati	4,402			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	4,402			
	Hasta Memnuniyeti	4,227			
Etkileşimsel Adalet (EAD)	Olumsuz Duygular	3,144			
	Olumlu Duygular	3,144			
	Hizmet Telafisi Memnuniyeti	3,441	Hizmet Telafisi Memnuniyeti	0,703	0,702
	Hasta Sadakati	3,632			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	3,362			
	Hasta Memnuniyeti	3,362			
Olumsuz Duygular (OMZ)	Hasta Sadakati	3,044			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	3,044	Hasta Sadakati	0,814	0,683
	Hasta Memnuniyeti	3,008			
Olumlu Duygular (OMU)	Hasta Sadakati	5,68			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	5,068	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	0,433	0,341
	Hasta Memnuniyeti	5,068			
Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM)	Hasta Sadakati	4,602			
	Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim	4,620	Hasta Memnuniyeti	0,695	0,583
	Hasta Memnuniyeti	4,602			

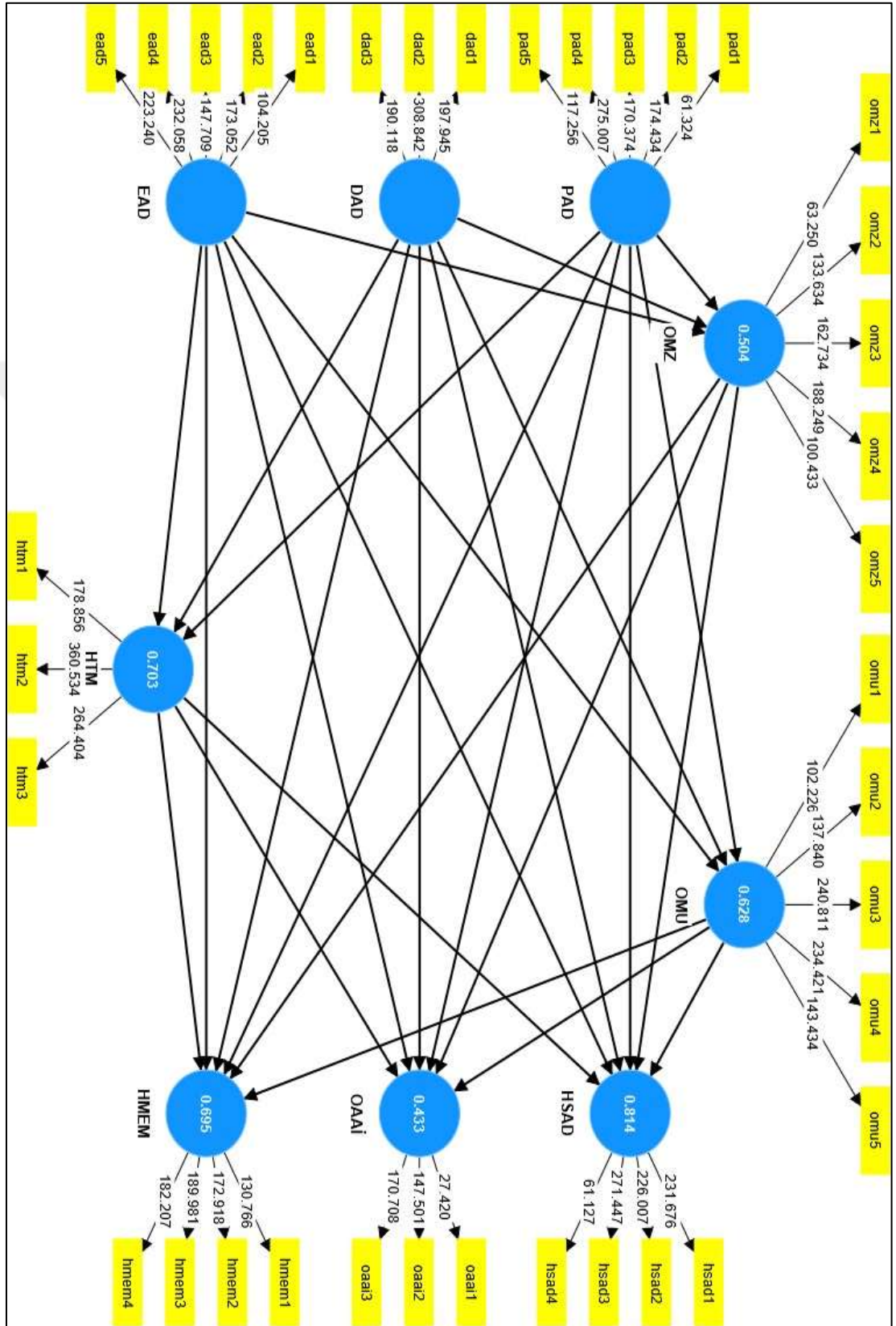
VIF (Variance Inflation Factor), çoklu bağlantı sorununun varlığını değerlendiren bir katsayıdır. Genel bir kabul göre, eğer VIF değeri 10'dan büyükse, modelde çoklu bağlantı sorunu mevcuttur (Cohen, 2013; Sönmez Çakır, 2019). Hair ve diğerleri (2014) ise yaptıkları çalışmada, VIF değerinin 5'in üzerinde olması durumunda çoklu bağlantı sorunu olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre, VIF değerleri genellikle 5'in altındadır ve yalnızca iki boyutta 5'in hemen üstündedir; bu nedenle veride belirgin bir çoklu bağlantı sorunu gözlemlenmemiştir.

Modelde yer alan endojen değişkenlere ait Q^2 (tahmin gücü katsayısı) değerlerinin sıfırın üzerinde olması, araştırma modelinin bu değişkenleri etkin bir şekilde tahmin edebildiğini ortaya koymaktadır (Hair vd., 2014). Tablodaki Olumlu Duygular (OMU): $Q^2 = 0,626$, Olumsuz Duygular (OMZ): $Q^2 = 0,501$, Hizmet Telafisi Memnuniyet (HTM): $Q^2 = 0,702$, Hasta Sadakati (HSAD): $Q^2 = 0,683$, Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): $Q^2 = 0,341$, Hasta Memnuniyeti (HMEM): $Q^2 = 0,583$ olarak hesaplanmıştır. Bu değerlere bakıldığında, modelin bu endojen değişkenler için iyi bir tahmin gücüne sahip olduğu belirtilebilmektedir. Yalnızca "Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim" değişkeni diğer değişkenlere göre daha düşük bir tahmin gücüne işaret etmektedir. Ancak yeterli tahmin gücüne sahip olduğu belirtilebilmektedir.

Modele ait R^2 değerleri incelendiğinde, "Olumsuz Duygular" değişkeninin %50'sini, "Olumlu Duygular" değişkeninin %63'ü, "Hizmet Telafisi Memnuniyeti" değişkeninin %70'ini, "Hasta Sadakati" değişkeninin %81'ini, "Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim" değişkeninin %43'ünü, "Hasta Memnuniyeti" değişkeninin %69,5'ini açıkladığı görülmektedir. Bu analiz, araştırma modelinin "Olumsuz Duygular", "Olumlu Duygular", "Hizmet Telafisi Memnuniyeti", "Hasta Sadakati", "Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim" ve "Hasta Memnuniyeti" değişkenlerini orta ila yüksek düzeyde açıkladığını göstermektedir.

Şekil 8

Araştırmanın Hipotezlerinin Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile Test Edilmesi



Sağlık hizmetleri bağlamında araştırma modelinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği hipotezlerin test edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara aşağıdaki Tablo 57’de yer verilmiştir

Tablo 57

Araştırma Modeli Doğrudan Etki Katsayıları

H Kod	Değişkenler	Std. β	SS	t İstatistikleri	p Değerleri	Sonuç
H1a	PAD -> HSAD	0,426	0,047	9,036	0,000	Kabul
H2a	PAD -> OAAİ	-0,341	0,069	4,918	0,000	Kabul
H3a	PAD -> HMEM	0,070	0,049	1,419	0,156	Red
H4a	PAD -> HTM	0,077	0,037	2,071	0,038	Kabul
H5a	PAD -> OMZ	-0,430	0,053	8,148	0,000	Kabul
H6a	PAD -> OMU	0,567	0,051	11,216	0,000	Kabul
H1b	EAD -> HSAD	0,141	0,038	3,727	0,000	Kabul
H2b	EAD -> OAAİ	-0,256	0,055	4,655	0,000	Kabul
H3b	EAD -> HMEM	0,069	0,044	1,588	0,112	Red
H4b	EAD -> HTM	0,212	0,034	6,165	0,000	Kabul
H5b	EAD -> OMZ	-0,138	0,049	2,826	0,005	Kabul
H6b	EAD -> OMU	0,039	0,045	0,861	0,389	Red
H1c	DAD -> HSAD	-0,059	0,046	1,261	0,207	Red
H2c	DAD -> OAAİ	-0,130	0,081	1,612	0,107	Red
H3c	DAD -> HMEM	0,104	0,061	1,692	0,091	Red
H4c	DAD-> HTM	0,599	0,042	14,174	0,000	Kabul
H5c	DAD-> OMZ	-0,193	0,049	3,894	0,000	Kabul
H6c	DAD -> OMU	0,230	0,045	5,136	0,000	Kabul
H7	OMZ -> HSAD	-0,125	0,038	3,288	0,001	Kabul
H8	OMZ -> OAAİ	0,331	0,065	5,064	0,000	Kabul
H9	OMZ -> HMEM	-0,222	0,050	4,456	0,000	Kabul
H10	OMU -> HSAD	0,168	0,052	3,221	0,001	Kabul
H11	OMU -> OAAİ	-0,178	0,089	2,014	0,044	Kabul
H12	OMU -> HMEM	0,120	0,062	1,919	0,055	Red
H13	HTM -> HSAD	0,457	0,051	8,964	0,000	Kabul
H14	HTM -> OAAİ	0,050	0,082	0,606	0,545	Red
H15	HTM -> HMEM	0,353	0,061	5,757	0,000	Kabul

4.6.1. Prosedürel Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

Tabloda yer alan bulgular H_{1a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Hasta Sadakati (HSAD): Prosedürel adaletin hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta=0,426$; $p<0,05$). H_{2a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Prosedürel adaletin olumsuz ağızdan ağıza iletişimi negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=-0,341$; $p<0,05$). H_{4a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Hizmet Telifisi Memnuniyeti (HTM): Prosedürel adaletin hizmet telifisi memnuniyetini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta=0,077$; $p<0,05$). H_{5a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Olumsuz Duygular (OMZ): Prosedürel adaletin olumsuz duygular üzerinde negatif bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($\beta=-0,430$; $p<0,05$). H_{6a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Olumlu Duygular (OMU): Prosedürel adaletin olumlu duygular üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,567$; $p<0,05$). H_{3a} Prosedürel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Hasta Memnuniyeti (HMEM): Prosedürel adaletin hasta memnuniyetini etkilemediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0,070$; $p>0,05$).

4.6.2. Etkileşimsel Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

H_{1b} Etkileşimsel Adalet (EAD) $\rightarrow$ Hasta Sadakati (HSAD): H_{2b} Etkileşimsel adaletin hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği görülmektedir ($\beta=-0,141$; $p<0,05$). Aynı şekilde H_{2b} Etkileşimsel Adalet (EAD) $\rightarrow$ Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Etkileşimsel adaletin olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0,256$; $p<0,05$). H_{4b} Etkileşimsel Adalet (EAD) $\rightarrow$ Hizmet Telifisi Memnuniyeti (HTM): Etkileşimsel adaletin hizmet telifisi memnuniyetine pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,212$; $p<0,05$). H_{5b} Etkileşimsel Adalet (EAD) $\rightarrow$ Olumsuz Duygular (OMZ): Etkileşimsel adaletin olumsuz duygular üzerinde negatif bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=-0,138$; $p<0,05$). Etkileşimsel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Hasta Memnuniyeti (HMEM): Etkileşimsel adaletin hasta memnuniyetini ise direk olarak etkilemediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0,069$; $p>0,05$). Etkileşimsel Adalet (PAD) $\rightarrow$ Olumlu Duygular (OMU): Etkileşimsel adaletin olumlu duygular üzerinde direk olarak etkisi olmadığı gözlemlenmiştir ($\beta=-0,039$; $p>0,05$).

4.6.3. Dağıtımsal Adaletin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

H_{1c} Dağıtımsal Adalet (DAD) $\rightarrow$ Hasta Sadakati (HSAD): Dağıtımsal adaletin hasta sadakatini etkilemediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0,059$; $p>0,05$). H_{2c} Dağıtımsal Adalet

(DAD) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Dağıtımsal adaletin olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilemediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0,130$; $p>0,05$). H_{3c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Dağıtımsal adaletin hasta memnuniyetini etkilemediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0,104$; $p>0,05$). H_{4c} Dağıtımsal Adalet (DAD)-> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM): Dağıtımsal adaletin hizmet telafisi memnuniyetine pozitif bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($\beta=0.599$; $p<0.05$). H_{5c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ): Dağıtımsal adaletin olumsuz duygular üzerinde negatif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0.193$; $p<0.05$). H_{6c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumlu Duygular (OMU): Dağıtımsal adaletin olumlu duygular üzerinde pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0.230$; $p<0.05$).

4.6.4. Olumsuz Duyguların Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

H₇ Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Sadakati (HSAD): Olumsuz duyguların hasta sadakatini negatif yönde etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0.125$; $p<0.01$). H₈ Olumsuz Duygular (OMZ) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Olumsuz duyguların olumsuz ağızdan ağıza iletişimi pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.331$; $p<0.05$). H₉ Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Olumsuz duyguların hasta memnuniyetini negatif yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta=-0.222$; $p<0.05$).

4.6.5. Olumlu Duyguların Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

H₁₀ Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Sadakati (HSAD): Olumlu duyguların hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.168$; $p<0.01$). H₁₁ Olumlu Duygular (OMU) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Olumlu duyguların olumsuz ağızdan ağıza iletişimi negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=-0.178$; $p<0.05$). H₁₂ Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Olumlu duyguların hasta memnuniyetini etkilemediği görülmektedir ($\beta=-0,120$; $p>0,05$).

4.6.6. Hizmet Telafî Memnuniyetinin Araştırma Modelinde Yer alan Farklı Değişkenlere Etkisi

H₁₃ Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM)-> Hasta Sadakati (HSAD): Hizmet telafisi memnuniyetinin hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.457$; $p<0.05$). H₁₅ Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM):

Hizmet telafisi memnuniyetinin hasta memnuniyetine pozitif bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($\beta=0.353$; $p<0.05$). H₁₄ Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Hizmet telafisi memnuniyetinin olumsuz ağızdan ağıza iletişime etkisi olmadığı görülmektedir ($\beta=-0,050$; $p>0,05$).

Sağlık hizmetleri bağlamında değişkenler arasındaki dolaylı ilişkiler incelenmiştir. Araştırma modelinde yer alan dolaylı etki hipotezlerinin test edilmesi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 58

Araştırma Modeli Dolaylı Etki Katsayıları

H Kod	Değişkenler	β	Ss	t İstatistikleri	p Değerleri	Sonuç
H16a	PAD-> OMZ -> HSAD	0,054	0,053	3,315	0,001	Kabul
H17a	EAD-> OMZ -> HSAD	0,017	0,018	1,915	0,056	Red
H18a	DAD-> OMZ -> HSAD	0,024	0,024	2,288	0,022	Kabul
H16b	PAD-> OMZ -> OAAİ	0,142	0,142	4,383	0,000	Kabul
H17b	EAD -> OMZ -> OAAİ	0,046	0,047	2,357	0,018	Kabul
H18b	DAD -> OMZ -> OAAİ	0,064	0,064	3,167	0,002	Kabul
H16c	PAD -> OMZ -> HMEM	0,095	0,096	4,000	0,000	Kabul
H17c	EAD -> OMZ -> HMEM	0,031	0,032	2,275	0,023	Kabul
H18c	DAD -> OMZ -> HMEM	0,043	0,044	2,648	0,008	Kabul
H19a	PAD -> OMU -> HSAD	0,095	0,094	3,215	0,001	Kabul
H20a	EAD -> OMU -> HSAD	0,007	0,007	0,757	0,449	Red
H21a	DAD -> OMU -> HSAD	0,039	0,038	2,617	0,009	Kabul
H19b	PAD -> OMU -> OAAİ	-0,101	-0,102	1,963	0,050	Kabul
H20b	EAD -> OMU -> OAAİ	-0,007	-0,007	0,733	0,464	Red
H21b	DAD -> OMU -> OAAİ	-0,041	-0,041	1,870	0,062	Red
H19c	PAD -> OMU -> HMEM	0,068	0,068	1,857	0,063	Red
H20c	EAD -> OMU -> HMEM	0,005	0,005	0,697	0,486	Red
H21c	DAD -> OMU -> HMEM	0,028	0,027	1,793	0,073	Red
H22a	PAD -> HTM -> HSAD	0,035	0,035	2,092	0,037	Kabul
H23a	EAD -> HTM -> HSAD	0,097	0,097	4,978	0,000	Kabul
H24a	DAD -> HTM -> HSAD	0,274	0,274	7,293	0,000	Kabul
H22b	PAD -> HTM -> OAAİ	0,004	0,004	0,522	0,602	Red
H23b	EAD -> HTM -> OAAİ	0,011	0,011	0,597	0,550	Red
H24b	DAD -> HTM -> OAAİ	0,030	0,031	0,602	0,547	Red
H22c	PAD -> HTM -> HMEM	0,027	0,027	1,934	0,053	Red
H23c	EAD -> HTM -> HMEM	0,075	0,075	4,323	0,000	Kabul
H24c	DAD -> HTM -> HMEM	0,211	0,210	5,364	0,000	Kabul

4.6.7. Olumsuz Duyguların Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi

H_{16a} Prosedürel Adalet (PAD)-> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Sadakati (HSAD): Prosedürel adaletin olumsuz duygular üzerinden hasta sadakatini etkilediği görülmüştür ($\beta=0.054$; $p<0.01$). H_{17a} Etkileşimsel Adalet (EAD)-> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Sadakati (HSAD): Etkileşimsel adaletin olumsuz duygular üzerinden hasta sadakatine etkisi, istatistiksel olarak sınırdadır ve bu hipotez reddedilmiştir ($\beta=0.017$; $p<0.056$). H_{18a} Dağıtımsal Adalet (DAD)-> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Sadakati (HSAD): Dağıtımsal adaletin, olumsuz duygular üzerinden hasta sadakatini etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.024$; $p<0.05$).

H_{16b} Prosedürel Adalet (PAD)-> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Prosedürel adaletin olumsuz duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.142$; $p<0.01$). H_{17b} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Etkileşimsel adaletin, olumsuz duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.046$; $p<0.05$). H_{18b} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Dağıtımsal adaletin, olumsuz duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.064$; $p<0.01$).

H_{16c} Prosedürel Adalet (PAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Prosedürel adaletin, olumsuz duygular üzerinden hasta memnuniyetini etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.095$; $p<0.01$). H_{17c} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Etkileşimsel adaletin, olumsuz duygular üzerinden hasta memnuniyetine etkisi tespit edilmiştir ($\beta=0.031$; $p<0.05$). H_{18c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumsuz Duygular (OMZ) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Dağıtımsal adaletin, olumsuz duygular üzerinden hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.043$; $p<0.01$).

4.6.8. Olumlu Duyguların Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi

H_{19a} Prosedürel Adalet (PAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Sadakati (HSAD): Prosedürel adaletin, olumlu duygular üzerinden hasta sadakatini etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.095$; $p<0.01$). H_{20a} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Sadakati (HSAD): Etkileşimsel adaletin olumlu duygular

üzerinden hasta sadakatine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.007$; $p=0.449$). H_{21a} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Sadakati (HSAD): Dağıtımsal adaletin, olumlu duygular üzerinden hasta sadakatini etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.039$; $p<0.01$).

H_{19b} Prosedürel Adalet (PAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Prosedürel adaletin, olumlu duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkilediği bulunmuştur ($\beta=-0.101$; $p<0.05$). H_{20b} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Etkileşimsel adaletin olumlu duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=-0.007$; $p<0.464$). H_{21b} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Dağıtımsal adaletin, olumlu duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkisi, istatistiksel olarak sınırda kalmıştır ($\beta=-0.041$; $p<0.062$).

H_{19c} Prosedürel Adalet (PAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Prosedürel adaletin, olumlu duygular üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.068$; $p<0.063$). H_{20c} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Etkileşimsel adaletin olumlu duygular üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.005$; $p<0.486$). H_{21c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Olumlu Duygular (OMU) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Dağıtımsal adaletin, olumlu duygular üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak sınırda kalmıştır ($\beta=0.028$; $p<0.073$).

4.6.9. Hizmet Telafisi Memnuniyetinin Araştırma Modelindeki Değişkenlere Aracılık Etkisi

H_{22a} Prosedürel Adalet (PAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Sadakati (HSAD): Prosedürel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta sadakatini etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.035$; $p<0.05$). H_{23a} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Sadakati (HSAD): Etkileşimsel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta sadakatine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0.097$; $p<0.01$). H_{24a} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Sadakati (HSAD): Dağıtımsal adaletin,

hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta sadakatini etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.274$; $p<0.01$).

H_{22b} Prosedürel Adalet (PAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Prosedürel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.004$; $p<0.602$). H_{22b} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Etkileşimsel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.011$; $p<0.55$). H_{24b} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim (OAAİ): Dağıtımsal adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişimi etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0.030$; $p<0.547$).

H_{22c} Prosedürel Adalet (PAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Prosedürel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak sınırda kalmıştır ($\beta=0.027$; $p<0.053$).

H_{23c} Etkileşimsel Adalet (EAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Etkileşimsel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0.075$; $p<0.01$).

H_{24c} Dağıtımsal Adalet (DAD) -> Hizmet Telafisi Memnuniyeti (HTM) -> Hasta Memnuniyeti (HMEM): Dağıtımsal adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta memnuniyetini etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.211$; $p<0.01$).

4.7. Hasta Hakları Uygulamaları İçin Bir Hasta Şikâyetleri Taksonomisi ve Şikâyet Kayıt ve Takip Süreci Önerisi

Hastanedeki şikâyet birimi çalışanlarıyla yapılan yarı yapılandırılmış odak görüşmeler sonucunda, literatürdeki önerilere dayanan bir hasta şikâyet taksonomisi oluşturulmuştur. Bu görüşmeler sırasında, literatürde yer alan şikâyetlerin kodlanması için bir süreç önerisi de geliştirilmiştir. Önerilerde özellikle çok faktörlü şikâyetlerin eksik kaydedilmesi ve farklı başvuru kanallarından gelen aynı başvurular için mükerrer işlemlerin önlenmesi amaçlanmaktadır.

4.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Kayıt ve Takip Süreci İçin Öneriler

1. Şikâyetlerin Kaydedilmesi

Şikâyet No Oluşturma: Şikâyet kaydedildiğinde, sistemin otomatik olarak bir kod belirlemesidir. Bu kod, şikâyetin yapıldığı yıl, şikâyetin yaşandığı kampüs ve şikâyetin sıra numarasını içermektedir. Bu kodlama, şikâyetin zaman ve mekân açısından doğru sınıflandırılmasına ve raporlanmasına olanak tanır. Başvuru sahibi bilgileri ile hastaya ait bilgiler birlikte kaydedilmelidir. Böylelikle aynı hasta için farklı hasta yakınları veya farklı şikâyet kanallarından başvuru yapılması gibi durumlarda mükerrer işlemler engellenmiş olacaktır.

Konu Özeti ve Tanımlanması: Veri girişlerinde şikâyetlerin sadece sayısal değerlerinin sisteme girilmesi değil her bir şikâyetin temel konusunun kısa ve net bir şekilde özetlenmesini ifade etmektedir. Örneğin, "Sekreterin *randevusuz hasta* ile karşılıklı iletişim sorunu yaşaması" gibi. Bu tanımlama veri girişinde olası hataların kontrolünü sağlamak ve veri analistleri için daha derin analizlerin yapılmasına olanak sağlamış olacaktır.

İlgili Birimin Seçilmesi: Şikâyetin yaşandığı mekânın belirlenmesi açısından önemlidir. Süreç hatalarının tespiti ve iyileştirmeler için yön gösterici olacaktır.

İlgili Yöneticinin Seçilmesi ve Şikâyetin İletilmesi: Yönetici kodları tablosu kullanılarak, şikâyet ilgili olduğu amire sistem üzerinden tanımlanır. Bu kodlama hem yöneticinin kendi yönetim alanıyla ilgili tüm şikâyet verilerini takip etmesi açısından hem de yöneticinin çözüm sürecindeki performansının takip edilmesi açısından raporlamaya katkı sunacaktır.

Şikâyet Edilen Kişinin Tanımlanması: İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) üzerinden şikâyet edilen kişi seçilir ve tanımlanır. Bu adım, hem personelin kendisi ile ilgili şikâyet verisinden haberdar olmasını sağlayacak hem de performans analizleri için yöneticilere yön gösterici olacaktır.

Hasta Hakkı Maddesinin Belirlenmesi ve Şikâyet Konusu Seçimi: Şikâyetin temel konusu ve hangi hasta hakkı maddesi kapsamında olduğunun belirlenmesi için kullanılır. Bu kodlama, şikâyetin ilgili hasta hakkı maddesi kapsamında incelenmesi için yön gösterici olacaktır. Ayrıca hem çalışanlar hem de hastalar için hasta hakları farkındalığını arttıracaktır. Personelin bu süreçteki rollerini ve sorumluluklarını kanıta

dayalı olarak anlamaları, şikâyetlerin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

Kalite Birimine İletilmesi: Sağlık hizmetleri sunumundaki tüm süreçlerde özellikle hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek konularda ve gerekli durumlarda, şikâyetin kime ait olduğu (başvuru sahibi) gizlenerek kalite yönetim sistemine iletilmesi ve düzeltici önlemlerin alınması için kayıt sevki yapılmasını ifade etmektedir. Bu adım, şikâyetin tüm yönlerinin kapsamlı bir şekilde ele alınmasını ve sürekli iyileştirme için fırsatların değerlendirilmesini sağlamaktadır. Dikkat edilmesi gereken koşul gizlilik ilkesine riayet ederek kalite birimi tarafından konuların değerlendirilmesini sağlamaktır.

Disiplin Birimine Sevk Edilmesi: Tıbbi malpraktis, hastanın tedavisi sırasında oluşan zararı ifade etmektedir. Bu tür başvurular, incelenmek üzere genellikle disiplin birimine sevk edilmektedir. Dosya incelemesi, gizlilik ilkesine uygun bir şekilde tamamlandıktan sonra, sadece sonuç bölümü hasta hakları birimine yazılı olarak iletilmelidir. Dosya sonuçları değerlendirildikten sonra, başvuru sahibine hem yazılı hem de sözlü geri bildirimde bulunulması gerekmektedir.

2. Çok Faktörlü Şikâyetlerin Kaydedilmesi

Salazar ve diğerleri (2018) çok faktörlü şikâyetlerin veri olarak sisteme işlenmesindeki sorunlara değinmiştir. Hasta şikâyetlerinin, bazen birden çok konuya değindiğini ifade etmektedir. Bu konudaki ilk örneği, hastanın sedyeden hemşire çağırma düğmesine ulaşamadığı için ilgisizlik hissetmesi ve kimlik bilek bandının henüz verilmemiş olması nedeniyle hasta tanımlamanın doğru şekilde yapılmadığını düşünmesidir. Bu şikâyet, bir beceri ve davranış sorunu (hasta bakımını tehlikeye sokan hasta kimlik eksikliği) ve bir hizmet sorunu (kötü yerleştirilmiş çağrı düğmeleri) olarak kodlanması gerekmektedir. Diğer örnek, bir hastanın, miyelografi sırasında bir komplikasyon olduğuna inanmasını içermektedir. Ancak, tıbbi kayıtlar incelendiğinde, herhangi bir belgelenmiş komplikasyonun bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumun, beceri ve davranış kategorisi (stajyer yeterliliği sorunu) ile güvenlik olayları kategorisi (algılanan komplikasyon) altında kodlanması önerilmiştir.

Uygulama açısından bakıldığında, hasta şikâyetleri birden çok konuya değindiği gibi bazı durumlarda birden çok sağlık personelini de ifade edebilmektedir. Hatta bazı durumlarda bir çalışan hakkında şikâyet ederken başka bir çalışan için teşekkürlerini de

iletebilmektedir. Örneğin, doktorundan çok memnun olup beklediği ameliyatıyla ilgili eksik malzemenin alınmaması veya başka bir konu olarak sağlık bakım personeliyle sorun yaşadığını ifade edebilmektedir.

Buradaki öneri, şikâyetin birden fazla yönü varsa, her biri için aynı şikâyet kodu kullanılarak ayrı bir kayıt yapılmasıdır. Örneğin, Konu1: Sekreter İletişim Sorunu ve Konu2: Hastanın Randevu Alamaması" gibi kaydedilmesi gerekmektedir. Aşağıdaki Tablo 59'da detayları görülmektedir.

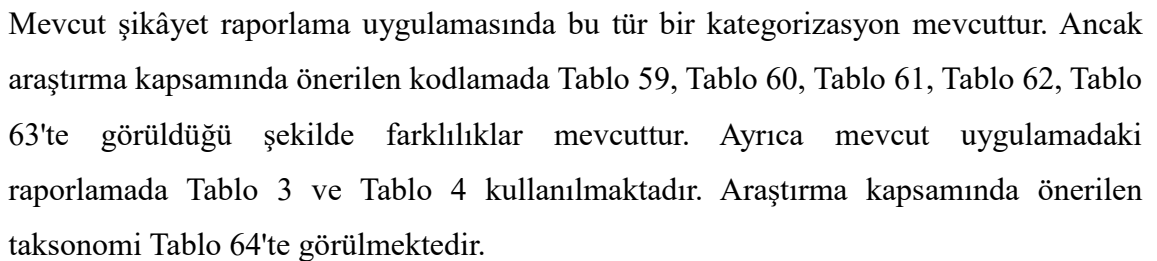
Tablo 59

Çok Faktörlü Şikâyetlerin Kaydedilmesi

Kod: (Yıl/Kampüs/Kod)	1. Veri Girişi	2. Veri Girişi	3. Veri Girişi
Şikâyet Kodu: 2013-K_817771	1. Konu: Sekreter İletişim sorunu	2. Konu: Hastanın Randevu Alamaması	3. Konu: Yok
	Kayıt: Polk. /Sekreter/ SRG İlet: Otelcilik Müd. İletişim Eğitimleri? Kişide Kaç Defa Yaşandı	Kayıt: Polk/ Sistemsel/ HGU İlet: İlgili Başhek. Yard. MHRS çizelgeleri Kapasite Tam Çalışıyor mu?	
Şikâyet Kodu 2013-M_817778	1.Konu: Hemşire İletişim sorunu	2.Konu: Hastanın Üroflowmetri TestiniYaptıramaması	
	Kayıt: Polk/ Hemşire/ Saygınlık Rahat İlet: Sağlık Bak. Hizm. Müd.	Kayıt: Polk/ İdari Mali İşler/ HGU İlet: İlgili Müdür Yard. Eksik Malzeme var mı? Eksik/ Arızalı- Cihaz var mı? Bildirilmiş mi?	
Şikâyet Kodu: 2013-D_817779	1.Konu: Hekim İletişim Sorunu	2.Konu Hastaya Öncelik Verilmemesi	
	Kayıt: Polk/ Hekim/SRG İlet: İlgili Başhek Yard. İletişim Eğitimleri? Kişide Kaç Defa Yaşandı	Kayıt: Polk/İdari Mali İşler/Öncelik Hakkı İlet: İlgili Müdür Yard. Hasta Öncelik Uygulaması Sistemde Tanımlı Mı? Monitör Arızası Var Mı?	
Şikâyet Kodu: 2013-M_817778	1.Konu: Hastanın Randevu Alamaması		
	Kayıt: Polk/ Sistemsel/ HGU MHRS uygulaması kons. Bilgilendirme (Kapatıldı)		
TOPLAM: 4	4	3	
TOPLAM: 7			

Bu tabloya göre toplam 4 şikâyet başvurusu alınmış fakat 7 inceleme konusu oluşmuştur.

Sağlık Hizmetlerindeki Şikâyetleri İşleme Akış Diyagramı Önerisi



145

düzeyi, mesleği ve varsa engel durumu ve yabancı uyruklu olup olmadığı) belirtilmelidir.

Tablo 60

Şikâyetlerin Kaydedilmesinde Başvuru Sahibini Tanımlama

Başvuruyu Yapan			
Hastanın Kendisi	Hasta Yakını		Üçüncü Taraf
Demografik Özellikler			
Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek

Not: Belirtildiyse Engel Durumunu ve Yabancı Uyruklu ise bilgilerini belirtiniz.

2. Adım Şikâyetlerin kaydedilmesinde ***başvuru kanalının tanımlaması***dır. Şikâyetlerin geldiği kanallar (Hasta Hakları Birimine Gelen Yazılı Başvuruları (HHBS), Hasta Hakları Birimine Gelen Sözel Başvuruları (YÇSD), Dilek, Öneri ve Şikâyet Kutuları (D), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CIMER), Bilgi Edinme (BE), Memnuniyet Değerlendirme Anketi(A), Yerinde Değerlendirme Ekibi (YDE), Hastane Web Sayfası (WEB), Basın, Sosyal Medya veya İnternet Haberi(M)) işletmelerin dikkate alınması gereken faktörlerdir.

Tablo 61

Şikâyetlerin Kaydedilmesinde Başvuru Kanalı İçin Kodlama Önerisi

Kod	Şikâyetin Geldiği Kanal
HHBS	Hasta Hakları Birimine Gelen Yazılı Başvuruları
YÇSD	Hasta Hakları Birimine Gelen Sözel Başvuruları
D	Dilek, Öneri ve Şikâyet Kutuları
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim MERkezi
CIMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim MERkezi
BE	Bilgi Edinme
A	Memnuniyet Değerlendirme Anketi
YDE	Yerinde Değerlendirme Ekibi
WEB	Hastane Web Sayfası
M	Basın, Sosyal Medya veya İnternet Haberi

3. Adım Şikâyetlerin ***hasta hakları çerçevesinde tanımlanması***dır. Yapılandırılmış bir taksonomi ile sağlık yöneticilerine gelen şikâyetlerin iletilmesi, şikâyetlerin değerlendirilmesi için yol gösterici bir yaklaşım sunacaktır. Ayrıca yapılandırılmış

taksonomi, şikâyetlerin analizinde daha sistematik ve bütünsel bir yaklaşım benimsemelerine olanak tanıyacaktır. Aynı zamanda bu taksonomiden elde edilen sonuçlar kodlamada geçerlik ve güvenilirlik ölçütlerini karşılayacaktır. Şikâyet kodlamada hasta hakları (1 Hizmetten Genel Olarak Faydalanma Hakkı (1.1., 1.2., 1.3., B, C,D, E, SIS), 2 Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı, 3 Saygınlık Görme ve Rahatlık, 4 Sağlık Pers. ve Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı, 5 Mahremiyet, 6 Tedaviyi Reddetme, Durdurma ve Rıza, 7 Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma Hakkı, 8 Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme Hakkı, 9 Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma, 10 Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı, 00 Tıbbi Malpraktis) Tablo 61’de detaylı olarak görülmektedir.

Tablo 62

Şikâyetlerde Hasta Hakları İçin Kodlama Önerisi

Kod	Şikâyet Konusu	Kod	Şikâyet Konusu
1	Hizmetten Genel Olarak Faydalanma Hakkı	3	Saygınlık Görme ve Rahatlık
SIS.1.	Muayene Olamama (Kontrol, ilaç yazdırma v.b.)	3.1.	Kaba Davranma
SIS.2.	MHRS’den Randevu Alamama	3.2.	Önemsenmeme/ İlgisizlik
SIS.3.	Hastanede Bekleme Süreleri	3.3.	Kişiler Arası İletişim Bozukluğu
SIS.4.	Acil Servis Sevk Sorunları	3.4.	Diğer
SIS.5	Ameliyat Olamama	4	Sağlık Kuruluşunu/ Personelini Seçme ve Değiştirme Hakkı
SIS.6.	Yatak Bulunamaması (Servis, Yoğun bakım ve Diğer Birimler)	4.1.	Hekim Değişikliği/Seçimi Yapamama
SIS.7.	Öncelik Hakkının Belirlenememesi	4.2.	Diğer Sağlık Uzmanı Seçimi Yapamama
SIS.8.	Diğer	4.3.	Sevk Sağlanmaması
B	(Destek Hizmetleri ile İlgili Konular)	4.4.	Diğer
B.1.	Temizlik Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	5	Mahremiyet
B.2.	Beslenme İle İlgili Sorunlar	5.1.	Fiziki mahremiyetine özen gösterilmemesi
B.3.	Kantin Hizmetleri ile İlgili Sorunlar	5.2.	Hastaya ait bilgi belge gizliliği sağlanamaması
B.4.	Yetersiz Otopark	6	Rıza/ Onam
B.5.	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	6.1.	Aydınlatılmış rıza olmaksızın müdahale/ameliyat yapılması
B.6.	Hasta Kayıt ve Kabul İşlemlerinde Hata	6.2.	Aydınlatılmış rıza / Onam için yeterli bilgi verilmemesi
B.7.	Bekleme Alanlarının Koşulları	6.3.	Aydınlatılmış rıza / Onam dışında tedavi yapılması
B.8.	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeler, İhtiyaçları)	6.4.	Diğer
B.9	Diğer	7	Güvenli Ortamda Hizmeti Alma
C	İdari Mali Hizmetler ile İlgili Konular	7.1.	Can güvenliğinin sağlanamaması
C.1.	Fatura/ Ücret Ödeme Sorunları	7.2.	Kişisel eşyalarla ilgili güvenliğinin sağlanamaması
C.2.	Sistem Sorunları (Bağlantı, e-nabız aktarımı vb.)	7.3.	Diğer
C.3.	Personel Yetersizliği	8	Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme
C.4.	Prosedürler	8.1.	Dini vecibelerini yerine getirememe
C.5.	Evrakla İlgili sorunlar	8.2.	Diğer
C.6.	Donanım/ Cihaz Sorunları Eksikliği	9	Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma
C.7.	Diğer	9.1.	Ziyaretçi Kabul Edilememesi

D	Teknik Hizmetler ile İlgili Konular	9.2.	Refakatçi Bulunduramaması
D.1	Asansör Arızası	10	Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı
D.2.	Havalandırma veya Klima Arızası	A.	Tıbbi Teknik Konular (Tıbbi Malpraktis)
D.3.	Bina-Yapı Sorunları (İç)	0.1.	Yetersiz Muayene
D.4.	Bina-Yapı Sorunları (Dış)	0.2.	Yetersiz Tedavi
2	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı	0.3	Yanlış Teşhis
2.1.	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	0.4	Yanlış İlaç
2.2.	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	0.5	Cerrahi/ Klinik İşlemlerde Hata
2.3.	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	0.6	Tedavide Gecikme
2.4.	Yanlış Bilgi Verilmesi	0.7	Hastanın Ölümü
2.5.	Diğer	0.8.	Diğer

4. Adım Şikâyet konu olan Joint Commission International'ın beklenmeyen olay bildirimindeki gibi şikâyetlerin kodlanmasında olayın yaşandığı **hizmet biriminin kodlanmasıdır**. Hangi alanlarda iyileştirmeye ihtiyaç olduğunu belirlemek için bu gruplandırma önemlidir. Mevcut şikâyet raporlama uygulamasında bu tür bir kategorizasyon mevcuttur. Ancak, hizmet birimleri farklı kampüslerde veya ek hizmet binalarında faaliyet gösteriyorsa, bu alanlara yönelik ayırım yapılmamaktadır. Hizmet birimleri (Poliklinik (p), Yatan Hasta Servisi (S), Acil Servis (A), Laboratuvar- (Numune alma- Numune Kabul) (L1/L2), Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR v.b.) (G/BT/USG/MR), Yoğun Bakım Hizmetleri (YB), Ameliyathane Hizmetleri (COP/Cerrahi Op.), Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop-Kolonoskopi (Ü/FTR/HB/D/EK), Sistemsel Sorunlar (İç sistem/ Dış Sistem) (SIS1/SIS2), Diğer (DGR)) ayaktan hasta, acil servis veya laboratuvar hizmetleri gibi ayrımları ifade etmektedir.

Tablo 63

Şikâyet Konu Olan Birim İçin Kodlama Önerisi

Kod	Birim
p	Poliklinik
S	Yatan Hasta Servisi
A	Acil Servis
L (L1/ L2)	Laboratuvar- (Numune alma- Numune Kabul)
G(BT/USG/MR)	Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR v.b.)
YB	Yoğun Bakım Hizmetleri
COP (Cerrahi Op.)	Ameliyathane Hizmetleri
Ü (FTR/ HB/ D/ EK)	Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop-Kolonoskopi
DGR	Diğer

5.Adım Şikâyet konu olan **meslek grubunun belirlenmesidir**. Şikâyet konu olan meslek grubunun belirlenmesi, hizmet türü içinde gerçekleştirilen bir gruplandırmadır.

Örneğin, A grubu hizmetler genel olarak tıbbi teşhis ve bakımı kapsamaktadır. A1.1 kodu hekimleri, A2.3 kodu ise sağlık memurlarını temsil etmektedir. (Hekim (A1.1), Hemşire (Ebe/ Sağlık Memuru) (A2.1./A2.2./A2.3.), Tıbbi Sekreter (VHKİ/Diğer) (B1.1./B1.2./B1.3.), Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen v.b.) (A2.4), Temizlik Personeli (B2.1.), Klinik Destek/ Hasta Bakıcı (B1.4.), Danışma ve Yönlendirme Personeli (B1.3), Güvenlik Görevlisi (B3.1.), Sistemsel Sorunlar (İç sistem/Dış Sistem) (SIS1/SIS2), Diğer (Bilgi İşlem, (Donanım/Yazılım) Fatura, Ayaktan/Yatan, Depo (Tıbbi Sarf/Ayniyat Tüketim), Satın Alma, Beslenme Hizm., Bina Arızası, Asansör/Havalandırma) (DGR (C1.1/C1.2/C1.3/C1.4), (D1.1/D2.1))

Şikâyetlerin kaydedilmesinde bazı şikâyetlerde kişiden kaynaklı olmayan diğer grubunda ifade edilebilecek konuları ifade edebilmektedir. Bu sebeple meslek grupları ile aynı tabloya SIS ve DGR kodlarına yer verilmiştir.

Tablo 64

Şikâyeteye Konu Olan Meslek Grubu İçin Kodlama Önerisi

Kod	Şikâyeteye Konu Olan Meslek Grubu
A1.1.	Hekim
A2.1.(A2.2./A2.3)	Hemşire (Ebe/ Sağlık Memuru)
A2.4	Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen v.b.)
B1.1. (B1.2. / B1.3.)	Tıbbi Sekreter (VHKİ /Diğer)
B1.4	Danışma ve Yönlendirme Personeli
B2.1.	Temizlik Personeli
B3	Güvenlik Görevlisi
B4	Klinik Destek/ Hasta Bakıcı
SIS1 / SIS2	Sistemsel Sorunlar (İç sistem / Dış Sistem)
DGR (B)	Beslenme Hizmetleri, Otopark, Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları vb.)
(C1/ C2/ C3/ C4/ C5)	Diğer (Bilgi İşlem, (Donanım/ Yazılım) Fatura, Ayaktan/ Yatan), Depo (Tıbbi Sarf / Ayniyat Tüketim), Satın Alma,
(D1/ D2/ D3)	Bina Arızaları/Asansör/Havalandırma

6. Adım şikâyetin takibi için **yöneticinin kodlanması**dır. (K00 Kalite Koordinatörlüğü, Y00 Başhekim, Y01 Başhekim Yardımcısı (Poliklinik ve Yatan Hasta Hizmetleri), Y02 Başhekim Yardımcısı (Ameliyathane Hizmetleri ve Yoğun Bakım), Y03 Başhekim Yardımcısı (Acil Sağlık Hizmetleri), Y04 Başhekim Yardımcısı (Laboratuvar, Görüntüleme, Üniteler), Y05 Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü, Y05.01 Müdür

Yardımcısı, Y05.02 Müdür Yardımcısı, Y06 İdari Mali İşler Müdürü, Y06.01 İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı, Y06.02 İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı, Y07 Teknik Hizmetler Müdürü, Y07.01 Teknik Hizmetler Müdür Yardımcısı).

Tablo 65

Şikâyetlerde Yönetim İçin Kodlama Önerisi

K00 Kalite Koordinatörlüğü
Y00 Başhekim
U00 Klinik Şefi/ İncelemesi
Y01 Başhekim Yardımcısı (Poliklinik ve Yatan Hasta Hizmetleri)
Y02 Başhekim Yardımcısı (Ameliyathane Hizmetleri ve Yoğun Bakım)
Y03 Başhekim Yardımcısı (Acil Sağlık Hizmetleri)
Y04 Başhekim Yardımcısı (Laboratuvar, Görüntüleme, Üniteler)
Y05 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
Y05.01 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yard.
Y06 Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü
Y06.01 Müdür Yardımcısı
Y06.02 Müdür Yardımcısı
Y07 İdari Mali İşler Müdürü
Y07.01 İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı
Y08 Teknik Hizmetler Müdürü
Y08.01 Teknik Hizmetler Müdür Yardımcısı

Türkiye'deki hastane yapıları içinde, sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması uygulamalarındaki yönetim farklılıkları, organizasyon yapıları, departmanları ve aralarındaki etkileşimleri etkilemektedir. Bu durum, hastane yönetimini tüm iş birimlerini ayrı olarak değerlendirmeyi gerekli kılmıştır. Bu sebeple, **altı ana tema (Tıbbi Malpraktis, Destek ve Kalite Hizmetleri, İdari ve Mali İşler, Teknik İşler, İletişim Sorunları)** içeren bir yapı önerilmiştir. Bu yapı, hastane yönetim şekline göre birleştirilebilme ve ihtiyaç halinde tekrar ayrıştırılabilme olanağı sağlayacaktır. Buradaki amaç şikâyete konu olan personelin ve konunun üst amirine kodlanması yöntemiyle şikâyetin iletilmesini sağlamaktır. Bu tanımlamaların ve personel kodlarının uyumu için hizmet türleri hizmet grupları olarak (**Tıbbi Malpraktis (A Grubu Hizmetler), Destek ve Kalite Hizmetleri (B Grubu Hizmetler), İdari ve Mali İşler (C Grubu Hizmetler), Teknik İşler (D Grubu Hizmetler), İletişim Sorunları (E Grubu Hizmetler) ve son olarak Sistemsel Sorunlar (SIS)** olarak ifade edilmiştir.

4.7.2. Şikâyetlerin Kodlanması İçin Taksonomi Önerisi

Tablo 66

Hasta Şikâyetleri Taksonomi Önerisi

Y- 00 BAŞHEKİM D-00 Disiplin Birimi K- 00Kalite Koordinatörlüğü						
YÖNETİCİ	İlgili Başhekim Yardımcısı	İlgili Müdür ve Müdür Yardımcısı			Tüm Yöneticiler	Tüm Yöneticiler
HİZMET TÜRÜ	Tıbbi Malpraktis	Destek Hizmetleri	İdari ve Mali İşler	Teknik Hizmetler	İletişim	Sistemsel Sorunlar
HİZMET GRUBU	A	B	C	D	E	SIS
PERSONEL	A-1 GRUBU A-2 GRUBU	B-1 GRUBU B-2 GRUBU	C	D	Tüm Çalışanlar E DİĞER	Sistemsel Sorunlar SIS-1 SIS-2
BİRİM	Kod	Birim				
	p	Poliklinik				
	S	Yatan Hasta Servisi				
	A	Acil Servis				
	L (L1/ L2)	Laboratuvar- (Numune alma- Numune Kabul)				
	G(BT/USG/MR)	Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR v.b.)				
	YB	Yoğun Bakım Hizmetleri				
	Cop	Ameliyathane Hizmetleri (Cerrahi Op.)				
	Ü (FTR/ HB/ D)	Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop-Kolonoskopi				
	SIS1 / SIS2	Sistemsel Sorunlar (İç sistem/ Dış Sistem)				
HASTA HAKLARI	DGR	Diğer				
	Kod	Hasta Hakları Maddesi				
	1	Hizmetten Genel Olarak Faydalanma Hakkı				
	B	Destek Hizmetleri ile İlgili Konular				
	C	İdari Mali Hizmetler ile İlgili Konular				
	D	Teknik Hizmetler ile İlgili Konular				
	SIS	Sistemsel Sorunlar				
	2	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı				
	3	Saygınlık Görme ve Rahatlık				
	4	Sağlık Pers. ve Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı				
	5	Mahremiyet				
	6	Tedaviyi Reddetme, Durdurma ve Rıza				
	7	Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma Hakkı				
	8	Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme Hakkı				
	9	Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma				
	10	Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı				
	00	Tıbbi Malpraktis				

Çalışma kapsamında şikâyet ekibiyle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler neticesinde ve içerik analizi bulguları ile oluşturulan Microsoft Excel’de oluşturulan tablolar Ek-1’de görülmektedir. Bu tablolara göre oluşturulan betimleyici analizler ve frekans dağılımlarına göre oluşturulan şikâyet taksonomisi Tablo 66’da, şikâyet konu

olan birim için kodlama sonuçları Tablo 67’de şikâyetle konu olan meslek grubu için kodlama sonuçları Tablo’68’de görülmektedir.

Tablo 67

Hasta Şikâyetleri Taksonomisi Örneği

Y- 00 BAŞHEKİM D-00 Disiplin Birimi K- 00Kalite Koordinatörlüğü						
YÖNETİCİ	İlgili Başhekim Yardımcısı	İlgili Müdür ve Müdür Yardımcısı			Tüm Yöneticiler	Tüm Yöneticiler
HİZMET TÜRÜ	Tıbbi Malpraktis	Destek Hizmetler	İdari ve Mali İşler	Teknik Hizmetler	İletişim	Sistemsel Sorunlar
HİZMET GRUBU	A	B (86)	C (41)	D (8)	E (204)	SIS (296)
PERSONEL	A-1	B-0 (41)	C-1 (7)	D-1 (8)	Tüm Çalışanlar A1.1. (74) A2.1.(35) A2.4. (13) B1.1.(65) B1.4. (11) B4 (6)	Sistemsel Sorunlar SIS-1 (191) SIS-2 (8)
	A-2	B-1 (13)	C-2 (3)			
		B-2 (27)	C-3 (3)			
		B-3 (5)	C-4 (7)			
			C-5 (1)			
BİRİM	Kod	Birim				
	p	Poliklinik				286
	S	Yatan Hasta Servisi				93
	A	Acil Servis				79
	L (L1/ L2)	Laboratuvar- (Numune alma- Numune Kabul)				11
	G(BT/USG/MR)	Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR vb.)				48
	YB	Yoğun Bakım Hizmetleri				28
	Cop	Ameliyathane Hizmetleri (Cerrahi Op.)				17
	Ü (FTR/ HB/ D)	Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop vb.)				12
	DGR	Diğer				14
HASTA HAKLARI	Kod	Hasta Hakları Maddesi				
	1	Hizmetten Genel Olarak Faydalanma Hakkı				384
	B	Destek Hizmetleri ile İlgili Konular				86
	C	İdari Mali Hizmetler ile İlgili Konular				21
	D	Teknik Hizmetler ile İlgili Konular				8
	SIS	Sistemsel Sorunlar				269
	2	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı				96
	3	Saygınlık Görme ve Rahatlık				106
	4	Sağlık Pers. ve Kuruluşu Seçme ve Değiştirme Hakkı				2
	5	Mahremiyet				
	6	Tedaviyi Reddetme, Durdurma ve Rıza				
	7	Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma Hakkı				
	8	Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme Hakkı				
	9	Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma				
	10	Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı				
	00	Tıbbi Malpraktis				
	Toplam: 588					

Araştırmada tıbbi malpraktis dışındaki konular çalışmaya dahil edilmiştir. Bu yüzden veri görülmemektedir.

Destek ve Kalite Hizmetleri Konusundaki Şikâyetler (B Grubu Hizmetler)

Katılımcılar arasında sağlık hizmetlerinde destek hizmetler konusunda başvuru yaptığını ifade eden kişi sayısı 86'dır. B-0 olarak ifade edilen başvurular, personel belirtilmeden iletilen konuları ifade etmektedir. Bu başvurular %47,67'lik bir orana sahiptir. Diğer B ile başlayan gruplar ise destek hizmetleriyle ilgili bir konuda personel belirterek iletilen başvuruları ifade etmektedir. B1 tıbbi sekreterler, destek hizmetleri şikâyetleri içinde %15,11'lik bir orana sahiptir. B2 temizlik personeli %31,39'luk bir orana sahiptir. B3 güvenlik görevlileri ise %5,81'lik bir orana sahiptir.

İdari ve Mali İşler Konusundaki Şikâyetler (C Grubu Hizmetler)

Katılımcılar arasında sağlık hizmetlerinde idari ve mali işlerle ilgili konularda iletilen şikâyet sayısı 21'dir. Hizmet gruplarında C1, bilgi işlem yazılım ve donanım aksaklıklarıyla ilgili şikâyetleri içermektedir ve %33'lük bir orana sahiptir. C2 ayaktan veya yatan hasta fatura işlemleriyle ilgili aksaklıkları ifade etmektedir. C3 depo, tıbbi sarf veya ayniyat işleyişinde yaşanan aksaklıklar sebebiyle hastanın sağlık hizmeti almasındaki gecikmeleri veya kullanılan malzemenin kalitesini ifade etmektedir. Toplam idari ve mali hizmetler konusundaki şikâyetlerde %14'lük bir orana sahiptir. C4 kategorisi, hastaların yazılı bilgi/belge alma hakkındaki aksaklıkları ifade etmektedir ve %33'lük bir orana sahiptir. C-5 kategorisi ise %33'lük bir orana sahiptir ve satın alma işleyişindeki aksaklıkları ifade etmektedir.

Teknik İşler Konusundaki Şikâyetler (D Grubu Hizmetler)

Bina içi ve bina dışındaki yapı ve teknik aksaklıkları ifade etmektedir. D1 Bina içerisindeki arızaları örneğin, tuvaletlerde lavabo veya musluk arızası vb. (2), D2 asansör arızası (4), D3 ise havalandırma veya ısıtma sorunlarını (2) ifade etmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde İletişim Şikâyetleri (E Grubu Hizmetler)

Katılımcılar arasında sağlık hizmetleri ile ilgili iletişim şikâyetinde bulunan kişi sayısı 204'tür. Bu şikâyetler, genel olarak bilgilendirme ve bilgi isteme hakkı ile saygınlık ve rahatlık görme hakkı konularını içermektedir. Bu şikâyetlerin %36'sı hekim, % 31'i tıbbi sekreter, %16 hemşire, %6,37'si diğer sağlık profesyonelleri (diyetisyen, psikolog vb.) % 5,39'u danışma ve yönlendirme, %2,94 hakkında yapılmıştır.

Sistemsal Sorunların İfade Eden Şikayetler (SIS Grubu Hizmetler)

"Sistemsal Sorunlar" olarak tanımladığımız SIS, sağlık hizmetlerinde hem yönetsel (SIS-1) hem de yapısal (SIS-2) sistemlerdeki sorunları kapsamaktadır. Hastaların hizmetlerden genel olarak faydalanma hakkını ifade etmektedir. Muayene Olamama (Kontrol, İlaç Yazdırma vb.) %31.60, %28.25, Hastanede Bekleme Süreleri %18.59, Öncelik Hakkının Belirlenmesi %4.83, Ameliyat Bekleme Süreleri %1.49, Yatak Bulunamaması %2.97, Diğer (Raporlarda veya kolonoskopi gibi ünite randevularında gecikmeler) SIS-1 %11.52'dir. MHRS'den Randevu Alamama %28,25 ve Acil Sevk Sorunları SIS-2 ise %0.74'tür.

Tablo 68

Şikâyet Konu Olan Birim İçin Kodlama Sonuçları

Kod	Birim	f
p	Poliklinik	286
S	Yatan Hasta Servisi	93
A	Acil Servis	79
L (L1/ L2)	Laboratuvar- (Numune alma- Numune Kabul)	11
G(BT/USG/MR)	Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR v.b.)	48
YB	Yoğun Bakım Hizmetleri	28
COP (Cerrahi Op.)	Ameliyathane Hizmetleri	17
Ü (FTR/ HB/ D/ EK)	Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop-Kolonoskopi	12
DGR	Diğer	14
Toplam		588

Katılımcıların şikâyet deneyimlerine ilişkin nitel veriler değerlendirildiğinde, ilk üç Poliklinik %48.64, Yatan Hasta Servisi %15.82 ve Acil Servis %13.44 oranında olduğu görülmektedir. Görüntüleme Hizmetleri (BT/USG/MR) % 8.16, Yoğun Bakım Hizmetleri %4.76 ve Cerrahi Operasyon %2.89, Diğer %2.38, Fizik Tedavi/ Hiperbarik/ Diyaliz/ Endoskop-Kolonoskopi Üniteleri %2.04 ve Laboratuvar- (Numune Alma-Numune Kabul) %1.87 ve oranındadır.

Tablo 69*Şikâyet Konu Olan Meslek Grubu İçin Kodlama Sonuçları*

Kod	Şikâyet Konu Olan Meslek Grubu	f
A1.1.	Hekim	82
A2.1.(A2.2./A2.3)	Hemşire (Ebe/ Sağlık Memuru)	35
A2.4	Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen v.b.)	13
B1.1. (B1.2. / B1.3.)	Tıbbi Sekreter (VHKİ /Diğer)	78
B1.4	Danışma ve Yönlendirme Personeli	11
B2.1.	Temizlik Personeli	27
B3	Güvenlik Görevlisi	5
B4	Klinik Destek/ Hasta Bakıcı	6
SIS1 / SIS2	Sistemsel Sorunlar (İç sistem / Dış Sistem)	269
DGR (B)	Beslenme Hizmetleri, Otopark, Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları vb.)	41
(C1/ C2/ C3/ C4/ C5)	Diğer (Bilgi İşlem, (Donanım/ Yazılım) Fatura, Ayaktan/ Yatan), Depo (Tıbbi Sarf / Ayniyat Tüketim), Satın Alma,	21
(D1/ D2/ D3)	Bina Arızaları /Asansör, /Havalandırma	8
Toplam		588

Analiz sonuçlarına göre şikâyetlerin büyük bir kısmı Sistemsel Sorunlardan (İç sistem / Dış Sistem) kaynaklanmaktadır ve toplam şikâyetlerin %45.75'ini oluşturmaktadır. Hekimler hakkında gelen şikâyetler %13.95, Tıbbi Sekreterler hakkında gelen şikâyetler %13.27 ve Hemşireler hakkında gelen şikâyetler %5.96 oranındadır. Genel destek hizmetleri kapsamındaki şikâyetler %6.97 iken Temizlik Personeli hakkında yapılan başvurular %4.59 oranındadır. İdari ve Mali İşler %3.57, teknik işler ise %1.39'dur. Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen v.b.) %2.21, Klinik Destek %1.02, Güvenlik Görevlileri hakkında gelen şikâyet oranları %0.85'tir.

Şikâyet yüzdelerine birim bazında bakıldığında, sırasıyla Poliklinik %48.64, Yatan Hasta Servisi %15.82 ve Acil Servis %13.44 oranlarına detaylı bir şekilde yer verilmiştir. Taksonomi geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalar neticesinde Excelde veri filtreleme işlemi ile elde edilebilecek örnek raporlar için Poliklinik Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetler Tablo 69'da, Yatan Hasta Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetleri Tablo 70'de ve Acil Servis Hizmetleri Kapsamındaki Şikâyetler Tablo 71'de görülmektedir.

Tablo 70*Örnek 1 Poliklinik Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetler*

Poliklinik Hizmetleri							
	Şikâyet Konusu	Meslek Grubu	f	%	Yönetici		
HGF	SIS	Muayene Olamama (Kontrol, İlaç Yazdırma vb.)	SIS-1	77	26,92	Y01	
			A1 (Hekim)	8	2,80	Y01	
		MHRS'den Randevu Alamama	SIS-2	76	26,57	Y01	
		Hastanede Bekleme Süreleri	SIS-1	10	3,50	Y01	
		Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS-1	6	2,10	Y07	
	B	Temizlik Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	B (Genel)	4	1,40	Y06	
			B2 (Temizlik Pers.)	11	3,85	Y06	
		Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	B1 (Tıbbi Sekreter)	9	3,15	Y06	
			B3(Güvenlik Görevlisi)	2	0,70	Y06	
		Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeye İhtiyaçları)	B (Genel)	10	3,50	Y06	
	C	Yetersiz Otopark	B (Genel)	6	2,10	Y06	
		Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız, e-reçete)	C 1	4	1,40	Y07	
		Prosedürler	C 2	2	0,70	Y07	
		SGR ve BBİ	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	A1 (Hekim)	6	2,10	U00
				A2 (Hemşire)	3	1,05	Y05
	B4 (Danışma ve Yön.)			2	0,70	Y07	
	Bilgilendirmenin Geç Yapılması		B1 (Tıbbi Sekreter)	9	3,15	Y05	
	Bilgilendirmenin Yanlış Yapılması		B1 (Tıbbi Sekreter)	2	0,70	Y05	
	Kaba Davranma		A1 (Hekim)	2	0,70	Y01	
B1(Tıbbi Sekreter)			10	3,50	Y06		
B4 (Danışma ve Yön.)			4	1,40	Y06		
E	Önemsememe/İlgisizlik		A1 (Hekim)	3	1,05	Y01	
			B1 (Tıbbi Sekreter)	6	2,10	Y06	
		B4 (Danışma ve Yönlendirme)	2	0,70	Y06		
		A4(Diğer Sağlık Uzm.)	1	0,35	Y05		
Kişiler Arası İletişim Sorunu	A1 (Hekim)	2	0,70	Y01			
	B1 (Tıbbi Sekreter)	9	3,15	Y06			
TOPLAM			286	100			

HGF* Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma Hakkı, SGR* Saygınlık Görme ve Rahaklık, BBİ* Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı

Analiz sonuçlarına göre poliklinik hizmetlerinde Muayene Olamama (Kontrol, İlaç Yazdırma vb.) toplam şikayetlerin %26,92'sini oluşturarak en yüksek orana sahiptir. Bu

durum, muayene olamama ve ilaç yazdırma gibi konularda memnuniyetsizliğin yaygın olduğunu göstermektedir. MHRS’den Randevu Alamama toplam şikayetlerin %26,57’sini oluşturan önemli bir konudur. Hastaların aynı zamanda MHRS üzerinden randevu almakta zorlandığı anlaşılmaktadır. Hastanede Bekleme Süreleri, %3,50 ile diğerlerine göre daha düşük olsa da, hala dikkate değer bir konudur.

Tablo 71

Örnek 2 Yatan Hasta Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetler

Yatan Hasta Servisi						
	Şikayet Konusu	Meslek Grubu	f	%	Yönetici	
SIS	Yatak Bulunamaması	SIS 1	4	4.04	Y01	
	Temizlik Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	B2 (Temizlik Pers.)	16	17,20	Y06	
B	Beslenme Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	B (Genel)	8	8.60	Y06	
C	Sistem Bağlantı Sorunları (E – Nabız, e- reçete vb)	C 1	2	2,15	Y07	
D	Bina – Yapı Sorunları	D 1	1	1.08	Y08	
	Asansör Arızası	D 2	4	4.30	Y08	
	Havalandırma veya Klima Sorunları	D 3	2	2,15	Y08	
E	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	A1 Hekim	5	5.38	U00	
		A2 Hemşire	9	9.68	Y05	
	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	A1 Hekim	9	9.68	U00	
		Kaba Davranma	A1 Hekim	2	2.15	U00
	A2 Hemşire		2	2.15	Y05	
		B1 (Tıbbi Sekreter)	9	9.68	Y06	
		Önemsememe / İlgisizlik	A2 Hemşire	6	6.45	Y05
			B1 (Tıbbi Sekreter)	2	2.08	Y06
	Kişiler Arası İletişim Sorunu	A1 Hekim	6	6.45	U00	
		B5 (Klinik Destek)	3	3.12	Y06	
		B4 (Danışma ve Yönlendirme)	3	3.12	Y06	
Toplam			93	100		

Analiz sonuçlarına göre, yatan hasta hizmetlerinde Temizlik Hizmetleri ile İlgili Sorunlar, toplam şikayetlerin %17,20'sini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta iletişimi kapsamında, Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması %15,06, Bilgilendirmenin Hiç Yapılmaması %9,68, Kaba Davranma %13,98, Önemsememe / İlgisizlik % 8,53 ve Kişiler Arası İletişim Sorunu %12,69 oranlarıyla, toplam %59 olarak en yüksek orana sahiptir. Beslenme Hizmetleri %8,08, sistem bağlantı %2,15, asansör arızası %4,30, yatak bulunamaması %4,30 oranındadır.

Tablo 72*Örnek 2 Acil Servis Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetler*

	Şikâyet Konusu	Meslek Grubu	f	%	Yönetici
SİS	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS1	16	20.25	Y01
	Acil Sevk Sorunları	SIS2	2	2.53	Y01
	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS1	3	3.80	Y07
B	Temizlik Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	B	3	3.80	Y06
	Yetersiz Otopark	B	2	2.53	Y06
	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	B1 (Tıbbi Sekreter)	2	2.53	Y06
		B3 (Güvenlik Gör)	3	3.80	Y06
	Hasta Kayıt İşlemlerinde Hata	B1 (Tıbbi Sekreter)	2	2.53	Y06
	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeye İhtiyaçları)	B (Genel)	2	2.53	Y06
	D	Bina – Yapı Sorunları	D-1	1	1.27
E	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	A1 Hekim	12	15.19	U00
	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	A1 Hekim	5	6.33	U00
		A2 Hemşire	2	2.53	Y05
	Kaba Davranma	A1 Hekim	1	1.27	Y01
		A2 Hemşire	4	5.06	Y05
		B1 (Tıbbi Sekreter)	4	5.06	Y06
	Önemsememe / İlgisizlik	A2 Hemşire	3	3.80	Y05
		B1 (Tıbbi Sekreter)	3	3.80	Y06
	Kişiler Arası İletişim Sorunu	A1 Hekim	3	3.80	Y01
		A2 Hemşire	2	2.53	Y05
		B1 (Tıbbi Sekreter)	2	2.53	Y06
	Sağlık Kurumunu Seçememe	A2 Hemşire	2	2.53	Y05
	Toplam			79	100

Analiz sonuçlarına göre, acil sağlık hizmetlerinde Hastanede Bekleme Süreleri %20,25 ile en yüksek orana sahiptir. Sağlık hizmetlerinde hasta iletişimi kapsamında, Bilgilendirme Hiç Yapılmaması %15,19 ve Bilgilendirmenin Geç Yapılması %6,33'tir. Kaba Davranma %11,39, Önemsememe / İlgisizlik %7,60 ve Kişiler Arası İletişim Sorunu %8,86 olmak üzere toplam % 49,37 ile en yüksek orana sahiptir. Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeye İhtiyaçları) %2,53 ve Acil Sevk Sorunları %2,53. Bina-Yapı Sorunları %1,27'lik orana sahiptir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarını detaylı bir şekilde inceleyerek resmi olarak şikâyetini iletmış olan bireylerin şikâyet yönetim sürecine ilişkin bir değerlendirme yapmaktır. Sağlık hizmetleri alanında yapılan şikâyet yönetimi araştırmalarına göre resmi olarak şikâyetini ileten bireylerin aslında iki temel sonucu arzuladığı ifade edilmektedir. İlki, hasta odaklı bir yaklaşımla şikâyete konu olan durumla ilgili bir yanıt almak iken ikicisi, benzer hataların tekrarlanmasını önlemek için sistem genelinde iyileştirmeler yapılmasını sağlamaktır (Doig 2004; Friele vd., 2008; Bouwman vd. 2016; van Dael vd., 2020).

Bireylerin şikayetlerini dile getirme motivasyonuna odaklandığımızda, atıf teorisine dayanarak bireylerin davranışları nedenlere atfetme eğilimleriyle yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Atıf teorisi, insanların davranışları anlamaya çalışırken bu davranışları nedenlere atfettikleri varsayımını içermektedir (Blodgett vd., 1997; Mattila, 2001). Dolayısıyla, ortaya çıkan hizmet hatasının nedenlerinin ve sorumlusunun belirlenmesi, şikâyet davranışının temel motivasyonunu oluşturmaktadır. Şikâyetlerin iletilme amacı ise genellikle telafi arama ve hayal kırıklığını gidermeye yöneliktir. Bu bağlamda, Tax ve diğerleri (1998), adalet teorisinin işletmelerin şikayet yönetim sürecinin her aşamasını baştan sona anlama konusunda kapsamlı bir çerçeve sunduğunu belirtmektedir. Müşteri şikâyetlerine etkili bir yanıt vererek müşteriyi elinde tutma sürecini içeren etkin bir hizmet telafisi, Van Vaerenbergh ve diğerleri (2019)'nin ifadesiyle müşteri memnuniyetini sürdürmek açısından önemli bir adımdır. Daha önce yapılan araştırmalar, müşterilerin telafi çabalarını nasıl algıladıkları ve değerlendirdiklerinin, müşteri tutumları ve davranışları üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Brown vd. 1996; Blodgett vd., 1997; Tax vd., 1998; Weun vd. 2004; Karatepe 2006; Maxham III ve Netemeyer, 2002; Chebat ve Slusarczyk, 2005; del Rio-Lanza vd.; Guo vd., 2016 Migacz vd., 2018).

Bilişsel Değerlendirme Teorisi ise bireylerin bir hizmet hatası ve sonrasındaki telafi sürecini nasıl değerlendirdiklerini inceleyen bir perspektiftir. Nikbin ve diğerleri (2014) bu bağlamda, tüketicinin bilişsel değerlendirmesinin, hizmet hatası ve telafisiyle ilgili olarak şikâyet etme veya işletmeyi terk etme gibi tepkileri belirlemede kilit bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Bu noktada müşterilerin şikâyetlerini iletilme süreci

genellikle problem odaklı başa çıkma stratejilerini içermektedir (Matilla ve Wirtz, 2004). Hizmetler temel olarak insanlar arası ilişkilere dayandığı için bu süreçteki duygular önemli bir role sahiptir. Hizmet telafisi sürecinde yaşanan duygular, hizmet sağlayıcısına yönelik tutumları ve davranışları içeren unsurlar üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Ağızdan ağıza iletişim, müşteri sadakati ve gelecekteki satın alma niyeti gibi faktörler, müşterilerin deneyimledikleri duygusal tepkilerle doğrudan bağlantılıdır (Allen vd., 1992; Davidow ve Dacin, 2003; Folkes vd., 1987, Mccole, 2004, Chebat ve Slusarczyk, 2005; Chiu vd., 2010, DeWitt vd., 2008).

Bu bağlamda araştırmanın ***birinci alt amacı*** çerçevesinde sağlık hizmetlerindeki telafi sürecinde aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırmanın bu noktadaki temel problemi, “Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetimi uygulamalarında algılanan adaletin duygusal ve davranışsal sonuçlara etkisi ile bu etkide hizmet telafisi memnuniyeti ile olumlu veya olumsuz duyguların aracılık rolünün olup olmadığının incelenmesi” şeklinde ifade edilmektedir. Araştırmanın bu temel problemi ile bağdaştırılacak alt sorular ve araştırma sonuçları şu şekildedir:

Birinci soru: Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde algılanan adalet ile hasta sadakati arasındaki ilişki var mıdır?

Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde algılanan adalet, hasta sadakati üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. ***Prosedürel adalet*** ($\beta=0.426$; $p<0.05$) ve ***etkileşimsel adalet*** ($\beta= 0.141$; $p<0.05$) boyutlarının ***hasta sadakati üzerinde doğrudan etkileri vardır***. Bu, adaletin farklı boyutlarının, hastaların sağlık hizmetlerine olan sadakatini farklı şekillerde etkilediğini göstermektedir.

Yapılan analizler, prosedürel ve etkileşimsel adalet boyutlarının hasta sadakatini doğrudan ve olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular, adalet algısının yüksek olduğu durumlarda hastaların sağlık hizmetlerine olan sadakatini arttırdığını ifade etmektedir. Uzun vadeli ilişkilerin kurulması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerindeki çıktıların iyileştirilmesi için sağlık hizmetlerinde şikâyet yönetimi sürecinin kolaylaştırılması ve etkili iletişimin sağlanması büyük bir önem taşımaktadır.

İkinci soru: Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde algılanan adalet ile olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasında ilişki var mıdır?

Genellikle, adalet algısının artması ile olumsuz iletişimin azaldığı gözlemlenmiştir. Algılanan adaletin olumsuz ağızdan ağıza iletişim üzerindeki etkisi, adalet boyutlarına göre değişkenlik göstermektedir. **Prosedürel adalet** ($\beta=-0.256$; $p<0.05$) ve **etkileşimsel adaletin** ($\beta=-0.341$; $p<0.05$) **olumsuz ağızdan ağıza iletişim üzerinde negatif etkileri bulunmaktadır.** Bulgular, prosedürel ve etkileşimsel adalet algısı ile hastaların sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları sorunları başkalarına aktarmalarını ifade eden olumsuz ağızdan ağıza iletişim yapma olasılıklarının azaldığını göstermektedir. Dağıtımsal adaletin olumsuz ağızdan ağıza iletişim üzerinde direk olarak etkisi olmadığı görülmektedir ($\beta=-0.130$; $p>0.05$).

Üçüncü Soru: Sağlık hizmetlerindeki şikâyet yönetiminde algılanan adalet ile hasta memnuniyeti arasında ilişki var mıdır?

Adalet algısının doğrudan hasta memnuniyeti üzerinde belirgin bir etkisi gözlemlenmemiştir. Ancak, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adaletin olumsuz duygular üzerinden (PAD: $\beta= 0.095$; $p<0.05$ EAD: $\beta=0.031$; $p<0.05$, DAD: $\beta=0.043$; $p<0.01$) hasta memnuniyetini etkileyebileceğini göstermektedir. Analiz sonuçları adalet algısının, hastaların duygusal durumları üzerinde etkili olabileceğini ve bu duyguların hasta memnuniyet düzeylerini etkileyebileceğini göstermektedir.

Dördüncü Soru: Şikâyet yönetim sürecindeki duyguların, algılanan adaletin alt boyutları ile hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?

Algılanan adaletin alt boyutları, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adaletin **olumsuz duygular üzerinde** (PAD: $\beta=-0.430$; $p<0.05$, EAD: $\beta=-0.138$; $p<0.05$, DAD: $\beta=-0.193$; $p<0.05$) **negatif etkileri bulunmaktadır.**

Olumsuz duyguların hasta sadakatini negatif yönde etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=-0.125$; $p<0.01$). **Olumsuz duyguların, sadece prosedürel ve dağıtımsal adalet** (PAD: $\beta=0.054$; $p<0.01$, DAD: $\beta=0.024$; $p<0.05$) ile **hasta sadakati arasında ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.**

Olumsuz duyguların, olumsuz ağızdan ağıza iletişimi pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=0.331$; $p<0.05$). **Olumsuz duyguların, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet** (PAD: $\beta=0.142$; $p<0.01$, EAD: $\beta=0.046$; $p<0.05$, DAD: $\beta=0.064$;

$p<0.01$) *ile olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasında ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.*

Olumsuz duyguların hasta memnuniyetini negatif yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta=-0.222$; $p<0.05$). *Olumsuz duyguların, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet* (PAD: $\beta=0.095$; $p<0.01$, EAD: $\beta=0.031$; $p<0.05$, DAD: $\beta=0.043$; $p<0.01$) *ile hasta memnuniyeti arasında ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.*

Algılanan adaletin sadece iki alt boyutu, prosedürel ve dağıtımsal adaletin olumlu duygular üzerinde (PAD: $\beta=0.567$; $p<0.05$, DAD: $\beta=0.230$; $p<0.05$) pozitif yönde etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Ancak etkileşimsel adaletin olumlu duygular üzerinde direk olarak etkisi olmadığı görülmektedir ($\beta=-0.039$; $p>0.05$).

Olumlu duyguların hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.168$; $p<0.01$). Olumlu duyguların, *prosedürel ve dağıtımsal adalet* (PAD: $\beta=0.095$; $p<0.01$, DAD: $\beta=0.039$; $p<0.01$) *ile hasta sadakati arasında ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.* Etkileşimsel adaletin olumlu duygular üzerinden hasta sadakatine etkisi, *istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır* ($\beta=0.007$; $p>0.05$).

Olumlu duyguların, olumsuz ağızdan ağıza iletişimi negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir ($\beta=-0.178$; $p<0.05$). Olumlu duyguların, *prosedürel adalet* (PAD: $\beta=0.101$; $p<0.05$) *ile olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasında ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.* Etkileşimsel ve dağıtımsal adaletin olumlu duygular üzerinden olumsuz ağızdan ağıza iletişime etkisi, *istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır* (EAD: $\beta=0.007$; $p>0.05$, DAD: $\beta=-0.041$; $p>0.05$)

Olumlu duyguların hasta memnuniyetini etkilemediği görülmektedir ($\beta=-0.120$; $p>0.05$). Aynı zamanda, olumlu duyguların, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet ile hasta memnuniyeti arasında ilişkide aracılık rolü, *istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır* (PAD: $\beta=0.068$; $p>0.05$, EAD: $\beta=0.005$; $p>0.05$, DAD: $\beta=0.041$; $p>0.05$).

Şikâyet yönetim sürecindeki olumlu duyguların, hasta motivasyonunu arttırarak hasta sadakatini özellikle prosedürel ve dağıtımsal adalet algısı üzerinden etkileyebileceği görülmektedir. Ancak olumsuz duyguların adalet algısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilerde daha belirgin olduğu görülmektedir. İnsan tutum ve davranışları üzerinde olumsuz duyguların, olumlu duygulara göre daha baskın veya etkili olması evrimsel

perspektiften insanın evrim sürecinde, olumsuz durumlarla karşılaşmanın (tehlikeler, kayıplar, saldırılar) hayatta kalmak açısından daha kritik olmasıyla açıklanmaktadır (Cosmides ve Tooby, 2000). Bu durum, hastaların adaletsizlik algılarının duygusal tepkilerini ve iletişim biçimlerini nasıl etkilediğine işaret etmektedir. Olumsuz deneyimler genellikle daha belirgin ve uzun süreli izler bırakabilmektedir.

Beşinci Soru: Şikâyet yönetim sürecindeki hizmet telafî memnuniyetinin, algılanan adaletin alt boyutları ile hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık etkisi var mıdır?

Algılanan adaletin alt boyutları, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet algısının *hizmet telafisi memnuniyeti üzerinde* (PAD: $\beta=0.077$; $p<0.05$, EAD: $\beta=0.212$; $p<0.05$, DAD: $\beta=0.599$; $p<0.05$) *pozitif etkileri bulunmaktadır.*

Hizmet telafisi memnuniyetinin, hasta sadakatini pozitif yönde etkilediği gözlemlenmiştir ($\beta=0.457$; $p<0.05$). Hizmet telafisi memnuniyetinin, *prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet algısı* (PAD: $\beta=0.035$; $p<0.05$, EAD: $\beta=0.097$; $p<0.01$, DAD: $\beta=0.274$; $p<0.01$) ile *hasta sadakati arasındaki ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.*

Hizmet telafisi memnuniyetinin olumsuz ağızdan ağıza iletişime etkisi olmadığı görülmektedir ($\beta=-0,050$; $p>0,05$). Hizmet telafisi memnuniyetinin, prosedürel, etkileşimsel ve dağıtımsal adalet ile olumsuz ağızdan ağıza iletişim arasındaki ilişkide aracılık rolü, *istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır* (PAD: $\beta=0.004$; $p>0,05$, EAD: $\beta=0.011$; $p>0,05$, DAD: $\beta=0.274$; $p>0,05$).

Hizmet telafisi memnuniyetinin hasta memnuniyetine pozitif bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($\beta=0.353$; $p<0.05$). Hizmet telafisi memnuniyetinin, sadece *etkileşimsel ve dağıtımsal adalet algısı* (EAD: $\beta=0.075$; $p<0.01$, DAD: $\beta=0.211$; $p<0.01$) ile hasta memnuniyeti *arasındaki ilişkide aracılık rolü olduğu görülmektedir.* Prosedürel adaletin, hizmet telafisi memnuniyeti üzerinden hasta memnuniyetine etkisi, istatistiksel olarak sınırda kalmıştır ($\beta=0.027$; $p=0.053$).

Bulgular, etkileşimsel ve dağıtımsal adaletin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin, hizmet telafisi memnuniyeti aracılığıyla gerçekleştiğine işaret etmektedir.

Çalışmanın ***ikinci alt amacı*** olarak hastaların deneyimlerini, ihtiyaçlarını, beklentilerini ve şikâyet türlerini belirleyerek, sağlık yöneticilerine Türkiye'deki Hasta Hakları

Yönetmeliği'ne uygun bir şekilde raporlanmasını sağlayabilecek veri giriş önerileri ve bir şikâyet kodlama tasonomisi sunulmuştur.

Kodların belirlenmesi sürecinde, nitel araştırma yöntemlerinden olan durum çalışması deseninden faydalanılmıştır. Hasta hakları birim çalışanları ile yapılan görüşmelerde öncelikle geçerlik ve güvenilirlik konularına odaklanarak Guba ve Lincoln tarafından geliştirilen nitel araştırmalarda “Güvenduyulabilirlik” yöntemlerine başvurulmuştur. **Güvenduyulabilirlik;** İnanırcılık (Credibility), Aktarılabirlik (Transferability), Güvenilebilirlik (Dependability), Onaylanabilirlik (Confirmability) ölçütleri üzerinden değerlendirilmektedir. Bu aşamada hasta hakları birimi çalışanlarının deneyimleri ile aşağıdaki nitel araştırma süreci tamamlanmıştır. Katılımcılara (n=14) ait bilgiler Tablo 12’de görölmektedir.

1. Ölçüt: **İnanırcılık (Credibility)** sağlanması için **Çalışma Ortamında Uzun Süreli İlişkiler Kurma:** Araştırmanın yapıldığı hastanenin, farklı kampüslerindeki hasta hakları birimlerinde farklı dönemlerde çalışılmıştır. Önyargılardan arınmak amacıyla, hastane yönetiminde farklı birimlerde görev yapan yöneticilere çalışmanın amacı anlatılarak görüşler alınmıştır. Bu görüşmeler neticesinde, yöneticilere ve iş birimlerine uygun kodlama önerileri hazırlanmıştır (Tablo 13, 14, 15, 16, 17, 18). **Derinlik Odaklı Veri Toplama:** araştırma kapsamında tasarlanan anketlerde katılımcılardan (hasta ve hasta yakınları) şikâyete konu olan birim, meslek grubu ve konu seçilmesi istenmiştir. Anketin alt kısmında şikâyetin özetle ifade edilmesi için kısa bir metin alanı bırakılarak, birkaç cümleyle şikâyetin anlatılması istenmiştir. Bu bilgiler hasta şikâyet ekibi ile değerlendirilmiştir. Bu noktada sağlık hizmetlerinde şikâyet kayıt ve takip süreci değerlendirmeye alınmış ve bu sürece ilişkin şu öneriler hazırlanmıştır: Kodlamalarda *Şikâyet No Oluşturulması, Şikâyet Konusunun Özetle Yazılması, İlgili Birimin Kodlanması, İlgili Birim Amirinin Kodlanması, Şikâyet Edilen Kişinin Kodlanması, Hasta Hakkı Maddesinin Belirlenmesi ve Şikâyet Konusunun Kodlanması* önerilmiştir. **Çeşitleme:** Farklı kampüslerde görevli hasta hakları çalışanları ile görüşülerek kodlamalarda bazı düzeltmeler yapılmış ve uzlaşmalar sağlanmıştır. **Uzman İncelemesi:** Hasta hakları birim sorumluları ile uzlaşmış kod ve temalar için diğer uzmanlardan (hasta ve çalışan haklarından sorumlusu, başhekim yardımcısı ve diğer hizmet birimlerindeki müdür ve müdür yardımcıları) görüş alınmıştır. Bu uzman görüşmeleri sonucunda belirlenen kodlama ile hasta ve yakınlarının şikâyetlerini üst yönetime

sunabilecek kodlama önerileri oluşturulmuştur. **Dış Geçerlilik Sağlama:** Araştırmanın dış geçerliğinin sağlanmasında kodlama çerçevelerinde Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tanımlamaları (Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma Hakkı, İdari ve Mali İşler Müdürü vb.) kullanılmıştır (Tablo 60, 61 62, 63, 64).

2. Ölçüt: **Aktarılabilirlik (Transferability):** Kodlamalarda Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tanımlamaları kullanılması aynı zamanda aktarılabilirlik ölçütünü de sağlamıştır. Şikâyetlerin kaydedilmesine yönelik önerilerle birlikte çok faktörlü şikâyetlerin kaydedilmesi için de öneriler geliştirilmiştir (Tablo 59).

3. Ölçüt: **Güvenilebilirlik (Dependability):** Çalışmanın sürekli ve güvenilir bir şekilde tekrarlanabilir olması için kodlamalarda düzenlemeler yapılmıştır. Uzlaşılmış kod ve temalara ilişkin sağlık hizmetlerindeki ilişkiler diğer uzmanlardan (hasta ve çalışan hakları birim sorumluları, başhekim yardımcıları) görüş alınarak belirlenmiştir.

4. Ölçüt: **Onaylanabilirlik (Confirmability):** Kodlamaların geliştirilmesi, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tanımlamaları çerçevesinde yapılmıştır. Bu şekilde, taksonominin oluşturulması, araştırmacının öznel görüşlerinden ve ön yargılarından bağımsızlığını sağlamıştır.

Guba'ya göre (1981) “*nitel araştırmaların güvendiuyulabilirliği gerçekliğin değerinin yansıtılması, uygulanabilirlik, tutarlık ve yansızlık endişelerinin giderilmesine bağlıdır*” (Arastaman vd., 2018). Bu tanımlar çerçevesinde oluşturulan taksonominin Guba (1981)'in kriterlerini de sağlayabildiği ifade edilebilmektedir. Oluşturulan taksonomi Guba'nın kriterlerini karşılamıştır ve bu kriterlere uygun bir yapı oluşturulmuştur (Tablo 65).

Şikâyetlerin kodlama sürecine ilişkin yapılan araştırmalarda, öncelikle düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip bireyler, yabancı etnik ve kültürel kimliğe sahip kişiler ve ileri yaşta olan bireylerin yeterince temsil edilmediğini ifade eden konulara (Bismark vd., 2006; Wong ve Goh, 2007; Friele vd., 2015) odaklanılmıştır. Bu durum şikâyetlerin geniş bir yelpazede ve adil bir şekilde değerlendirilmesi için daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde şikâyet kayıt ve takip süreci için kodlama adımları aşağıdaki şekildedir.

1.Adım Şikâyetlerin kaydedilmesine yönelik ***başvuru sahibinin kodlanması***dır.

Öcelikle, başvuru sahiplerine ilişkin bilgilerin detaylı kodlanması önerilmektedir. Bu şekilde şikâyetçi hasta profilinin tanımlanması amaçlanmaktadır. Başvuruyu yapan kişinin kimliği, hastaya yakınlık kategorisi (Hastanın Kendisi, Hasta Yakını, Üçüncü Taraf) ve demografik özellikleri (cinsiyeti, yaş, eğitim düzeyi, mesleği ve varsa engel durumu ve yabancı uyruklu olup olmadığı) belirtilmelidir. Başvuru sahibi hastanın kendisi olabileceği gibi, bir hasta yakını veya üçüncü bir taraf da olabilmektedir. Bu sebeple eğer hasta yakını ise hastaya ait bilgiler kaydedilmeli veya olaya şahit olan üçüncü taraf ise belirtilmelidir.

2. Adım Şikâyetlerin kaydedilmesinde ***başvuru kanalının tanımlaması***dır.

Tüketicilerin şikâyet başvurusu kanalını seçerken, çözüm arayışındaki etkileşimli kanalları, hayal kırıklıklarını gidermeye çalışanların ise uzaktan işlemli kanalları tercih ettiği belirtilmektedir (Mattila ve Wirtz, 2004). Hasta ve hasta yakınlarının hangi şikâyet kanalını seçtikleri, şikâyetlerini nasıl ilettikleri şikâyet davranışının anlaşılması açısından önemli bir konudur.

3. Adım Şikâyetlerin ***hasta hakları çerçevesinde tanımlanması***dır.

Şikâyetlerin yapılandırılmış bir taksonomi ile sağlık hizmetleri yöneticilerine iletilmesi, şikâyetlerin değerlendirilmesi için yol gösterici bir yaklaşım sunacaktır. Ayrıca yapılandırılmış taksonomi, şikâyetlerin analizinde daha sistematik ve bütünsel bir yaklaşım benimsemelerine olanak tanıyacaktır. Aynı zamanda bu taksonomiden elde edilen sonuçlar kodlamada geçerlik ve güvenilirlik ölçütlerini karşılayacaktır. Raporlamadan elde edilen çıktılar için resmi bir dayanak olacaktır.

4. Adım ***Şikâyet*** konu olan olayın yaşandığı ***hizmet biriminin kodlanması***dır.

Joint Commission International'ın beklenmeyen olay bildirimindeki gibi şikâyetlerin kodlanmasında, ilgili birimin kodlanması önemlidir. Bu şekilde hangi alanlarda iyileştirmeye ihtiyaç olduğu belirlenebilecektir. Mevcut şikâyet raporlama uygulamasında bu tür bir kategorizasyon mevcuttur. Ancak şikâyet konuları ve personel ile ilişkilendirilmemektedir.

5.Adım Şikâyet konusunu olan ***meslek gurubunun belirlenmesi***dir.

Malpraktis riski, hekimin uzmanlık alanından ziyade kişilerarası davranışlar, bakım ve tedaviyi yönetme becerileri ile hastanın tedaviye erişimi konularındaki memnuniyetsizlikleri ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, kişilerarası davranışlar ve diğer şikâyet kategorilerinde, idari ve destek personelin doktorlardan daha fazla yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu sebeple, şikâyet verilerinin kodlamasında tüm personeli kapsayacak şekilde geniş bir perspektifin benimsenmesi önerilmektedir (Hickson vd., 2002; Montini vd., 2008)

6. Adım şikâyetin takibi için *yöneticinin kodlanmasıdır.*

Hasta-hekim ilişkisinin kalitesi, hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Safran vd., 2001; Prakash, 2010). Levinson vd. (1997) tarafından yapılan çalışmada, tıbbi malpraktis şikâyeti olmayan doktorların, olan meslektaşlarına kıyasla hastalara daha fazla yönlendirici ve hastalığı anlamalarını kolaylaştıracak yorumlar yaptığını, ayrıca daha fazla mizah kullandıklarını ortaya koymuştur. Hekimlerin meslektaşlarından farklı oldukları durumlarda, şikâyetler konusunda uygun stratejilerle bilgilendirilmeleri ve destekleyici idari ortamın sağlandığı koşullarda davranışlarının değişebileceği ifade edilmektedir (Hickson vd., 2002).

Montini ve diğerleri (2008) tarafından yapılan nitel çalışmada, şikâyetler genellikle hastanın "bardağı taşıran son damla" olarak değerlendirilen sorunlu olaylar dizisi olarak ifade edilmektedir. Hastanın sağlık hizmetleri için hastaneye geldiği andan itibaren kötü muamele görmesi durumunda, hekimin yaptığı hatanın kümülatif zarar bağlamında daha sert bir şekilde yorumlanabileceği belirlenmiştir. Bu nedenle, idari hizmet personeli veya yardımcı sağlık profesyonelleri, hastanın hastanede kaldığı süreçte hastayı desteklemeli ve iyi bir iletişim kurmalıdır.

Sağlık çalışanları arasında, şikâyetçi hastalara yönelik kızgınlık, hayal kırıklığı ve dava açılma riski gibi endişelerin bulunduğu bilinmektedir. Bu endişelerin sürekli olarak gündeme getirilmesi, sağlık çalışanlarını ve kurumlarını özellikle defansif tıp uygulamalarına yönlendirerek tıbbi hizmetlerin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Siyambalapitiya vd., 2007). Ayrıca, şikâyetlerde veya malpraktis davalarında adı sıkça geçen hekimler toplumda bu şekilde tanınıyorsa, bu farkındalık hastaları, daha fazla şikâyet etmeye teşvik edebilmektedir. Bu durumda hekimin, hastalara karşı öfkeli ve savunmacı davranışı daha fazla şikâyete neden olabilmektedir (Hickson vd., 2002). İyi tasarlanmış bir şikâyet yönetim süreci, sağlık işletmelerine hem

kurumsal iyileşmeyi teşvik etmek hem de çalışanların duygusal ve profesyonel refahını destekleme yoluyla sağlık hizmetlerinin genel kalitesini ve verimliliğini artırma potansiyeli sunabilmektedir.

Araştırma kapsamında sunulan taksonomi ve veri kodlama önerilerine göre elde edilen bulgular (Tablo 66, 67, 68) ve raporlamalar için kullanılabilecek örnekler Tablo 69-71’de sunulmuştur. Bu kapsamda taksonomi ana temalarına göre tespit edilen şikayetler:

Destek ve Kalite Hizmetleri Konusundaki Şikâyetler (B Grubu Hizmetler)

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde destek hizmetleri konusunda yaptığı 86 başvurunun incelenmesi sonucunda personel belirtilmeden yapılan genel şikayetleri temsil eden B-0 kodunun (41) toplam destek hizmeti şikayetlerinin büyük bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. Bu başvurular, genel temizlik, otopark, beslenme gibi destek hizmetlerini içermekte olup %47,67’lik bir orana sahiptir.

B-1 (13): Tıbbi sekreterleri temsil etmektedir. Destek hizmetler şikayetleri içinde %15,11’lik bir orana sahiptir. Tıbbi sekreterler hakkında destek hizmetleriyle ilgili bir konuda personel belirterek alınan geri bildirimleri ifade etmektedir. Hasta kaydının yanlış veya eksik girilmesi, hastaya ait evrakın kaybedilmesi gibi durumları kapsamaktadır. Hasta tedavilerinin aksaması ve hukuki kayıplarına ilişkin büyük kayıpları ifade edebilmektedir. Tekrar eden veri giriş hatalarının tespit edilmesi ve önlenmesi için hizmet içi eğitim ihtiyaçları tespit edilerek periyodik olarak tekrarlanmalıdır.

B-2 (27): Temizlik personeli temsil eder ve destek hizmetleri şikayetleri içinde %31,39’luk bir orana sahiptir. Temizlikle ilgili bir konuda personele yönelik memnuniyetsizliği veya personel performansını ifade etmektedir. Temizlikle ilgili şikayetler, sağlık hizmetleri bağlamında büyük bir önem taşımaktadır çünkü bu tür şikayetler, sağlık hizmetlerinde enfeksiyon riskini belirleyen önemli bir faktörü temsil etmektedir. Sağlık hizmetlerindeki temizlik uygulamalarındaki eksikler, hastanedeki bulaş riskini arttırabilir veya morbidite (hastalık yükü) ve mortalitesini (ölüm oranı) etkileyebilmektedir. Bu şikayetlerin incelenmesi sonucu hataların tespit edilmesi durumunda konuya dair hastane kalite birimi ile paylaşarak düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenmeli ve personele yönelik hizmet içi eğitim ihtiyaçları tespit edilerek periyodik olarak tekrarlanmalıdır.

B-3 (5): Güvenlik görevlilerini temsil eder ve %5,81'lik bir orana sahiptir. İş tanımlarında belirtilen görevlendirme konusundaki performansa dair olumsuz geri bildirimleri içermektedir. Hastaların güvenli ortamda hizmet alma hakkına ilişkin kayıpları ifade edebilmektedir.

İdari ve Mali İşler Konusundaki Şikâyetler (C Grubu Hizmetler)

Katılımcılar arasında sağlık hizmetlerinde idari ve mali işlerle ilgili şikâyetlerle ilgili konularda yapılan başvuru sayısı toplam 21'dir.

Hizmet gruplarında C-1 (7) bilgi işlem yazılım ve donanım aksaklıklarıyla ilgili şikâyetleri içermektedir. Toplam idari ve mali hizmetler konusundaki şikâyetlerde %33'lük bir orana sahiptir. Hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde veya bilgi transferinde yaşanan teknik sorunları ifade etmektedir. Bu şikâyetler, sağlık kurumunun bilişim altyapısında yaşanan sorunlara işaret etmektedir. Daha çok hastalar için bilgiye erişim sorunları, tetkiklerin gereksiz yere tekrarlanması ve zaman kaybını ifade etmektedir. Bu sebeple tedavilerde gecikmeler yaşanabilmektedir.

C-2 (3) ayaktan veya yatan hasta fatura işlemleriyle ilgili aksaklıkları ifade etmektedir. Hastaların mali işlemleri konusunda yaşanan problemler, faturalandırma süreçlerindeki aksaklıklar veya yanlışlıkları içermektedir. Bu durum, hastaların veya sağlık hizmeti sunucularının mali haklarında kayıplar yaşamasına işaret etmektedir. Daha çok herhangi bir sosyal güvencesi olmayan veya T.C. vatandaşı olmayan kişileri etkileyebilmektedir. Özellikle sağlık turizmi hizmetlerinin faturalandırılmasındaki boşlukların tespit edilerek hizmet alan grupların hizmet bedeli ödeme kriterleri için kurumlarda uygulama birliği sağlanmalıdır.

C-3 (3) depo, tıbbi sarf veya ayniyat işleyişinde yaşanan aksaklıklar sebebiyle hastanın sağlık hizmeti almasındaki gecikmeleri veya kullanılan malzemenin kalitesini ifade etmektedir. Tıbbi sarf malzemelerinin depolanması ve dağıtımı sırasında yaşanan sorunlar, hastaların tedavi süreçlerinde gecikmelere neden olabilmektedir. Örneğin, intramüsküler enjeksiyon malzemesindeki eksiklikler sebebiyle tüm acil sağlık hizmetleri durabilir veya malzeme kalitesi sebebiyle hastalarda siyatik sinir zedelenmesi gibi konulara bağlı sürekli sakatlık veya enfeksiyon riski gelişebilmektedir. Bu konularda gelen hasta şikâyetleri, ilgili birim yöneticileri tarafından ivedilikle incelemeye alınmalıdır.

C-4 (7) kategorisi, hastaların yazılı bilgi/belge alma hakkındaki aksaklıkları kapsamaktadır. Hastaların tıbbi kayıtları, raporları veya diğer yazılı belgelerle ilgili

yaşanan sorunlar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Toplam idari ve mali hizmetler konusundaki şikayetlerde %33'lük bir orana sahiptir. Özellikle yasal olmayan yollardan ülkeye giriş yapmış veya yasal süreleri aşmış yabancı uyruklu kişilerin doğum sonrası raporları veya acil sağlık hizmetleri sürecindeki belgelerdeki aksaklıkları ifade etmektedir.

C-5 (1) kategorisi ise satın alma işleyişindeki aksaklıkları ifade etmektedir. Hastaların tedavi süreçlerinde tıbbi malzeme temini ve kullanımındaki aksaklıklara dikkat çekmektedir. Örneğin, protez veya diğer ameliyat malzemelerin temininde yaşanan gecikmeler sebebiyle hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımında engeller veya gecikmeler olabilmektedir.

Teknik İşler Konusundaki Şikâyetler (D Grubu Hizmetler)

Teknik Hizmetler kategorisi, genel olarak bina içi ve dışındaki altyapı ile ilgili sorunları ifade etmektedir. D-1 (8) kategorisi, bina içindeki çeşitli unsurlarda ortaya çıkan aksaklıkları kapsamaktadır. Bu, asansörlerdeki arızalar, tuvaletlerdeki lavabo veya musluk sorunları, havalandırma ve ısıtma sistemlerindeki problemler gibi çeşitli teknik sorunları içermektedir. Örneğin, asansörde yaşanan teknik bir arıza sebebiyle hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımında ciddi sorunlar oluşabilmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde İletişim Şikayetleri (E Grubu Hizmetler)

Hekimler, toplam hasta iletişim şikayetlerinin yaklaşık %36'sını oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle hastaların muayene olamama veya bilgilendirme eksikliği ile ilgili hekimlerle yaşadıkları iletişim sorunlarını göstermektedir. Hastalar için MHRS'nin daha aktif kullanılmasına yönelik bilgilendirmeler sağlanmalıdır.

Tıbbi sekreterler, %31'lik bir oranla şikayetlerin önemli bir kısmını temsil etmektedir. Bu, randevu alamama, bilgilendirme eksikliği veya kurum içi yönlendirmelerle ilgili konularda yaşanan sorunları göstermektedir. Hastalarla etkin iletişim eğitimleri periyodik olarak tekrarlanmalıdır.

Hemşireler, toplam şikayetlerin %16'lık kısmını oluşturmaktadır. Bu, hastaların bakım süreçlerindeki bilgilendirme veya iletişim konularında yaşanan sorunları ifade etmektedir. Sağlık bakım hizmetleri ekiplerine hastaların tedavisinde bilgilendirmenin önemi ve etkin iletişim ile daha iyi sonuçlar alınabileceği konusunda yapılan araştırmalar paylaşılmalıdır.

Diğer sağlık uzmanları, bu kategori içinde yer alan diyetisyenler, psikologlar, fizyoterapistler vb. uzmanlarla ilgili şikayetleri ifade etmektedir. Toplam şikayetlerin %

6,37' lik kısmını oluşturmaktadır. Hastalarla tedavi planları hakkında bilgilendirme veya iletişim konularında yaşanan sorunları ifade etmektedir.

Danışma ve yönlendirme, toplam şikayetlerin % 5,39'luk kısmını oluşturmaktadır. Danışma hizmetleri tarafından hastalara doğru ve yeterli bilgi sağlama konusunda nasıl bir performans gösterildiğini ifade etmektedir.

Klinik bakım, toplam hasta iletişim şikayetlerinin % 2,94'lük kısmını oluşturmaktadır. Diğer meslek gruplarına göre daha düşük oranlarda şikâyet sayısı görünmektedir. Ancak, sağlık bakım hizmetlerinin desteklendiği ve daha çok yoğun bakımlarda görevlendirilen personeli ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde iletişim konusunda belirli meslek gruplarına odaklanarak iyileştirmeler yapılması gerekmektedir. Özellikle tıbbi sekreterler ve hemşireler arasında bilgilendirme, randevu alımı ve kurum içi yönlendirmelerde daha etkili iletişim sağlanması için önlemler alınabilir. Bu konuda personele ve hastalara yönelik eğitimler arttırılabilir.

Sistemsel Sorunları İfade Eden Şikayetler (SIS Grubu Hizmetler)

SIS, sağlık hizmetlerinde hem yönetsel (SIS-1) hem de yapısal (SIS-2) sistemlerdeki sorunları içermektedir. Bu sorunlar, hastaların hizmetlerden genel olarak faydalanma hakkını ifade etmektedir.

SIS-1: Yönetsel Sistem Problemleri, Muayene Olamama (Kontrol, İlaç Yazdırma vb.) toplam sistemsel sorunların %31.60'ını oluşturmaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanma süreçlerinde, yeni muayene olamama, kontrol muayenesi olamama veya ilaç yazdırma gibi temel sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunları ifade etmektedir. Hastane yöneticileri tarafından hekim çalışma cetvellerinde “ilk muayene” ve “devam eden muayene” oranlarının poliklinik şartlarına göre ayarlanması önerilmektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı tarafından, günlük randevu kapasitesinin %80 i ilk muayene, %20'si devam eden muayene olarak önerilmektedir. Uzmanlık alanı ve poliklinik şartlarına göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Hastanede Bekleme Süreleri, toplam sistemsel sorunların %18.59'unu oluşturmaktadır. Hastaların muayene veya tedavi için hastanelerde geçirdikleri sürenin uzunluğuyla ilgilidir. Uzun bekleme süreleri, hastaların memnuniyetsizlik ve rahatsızlık duymalarına neden olabilmektedir. Hizmet süreçlerini optimize etmek ve bekleyen hastalar arasında

eşit bir dağılım sağlamak, hastalara bekleme süreleri hakkında bilgi vermek ve bekleme alanlarında hastaların konforunu sağlamak önerilmektedir.

Öncelik Hakkının Belirlenmesi, yüzde %4.83'ü oluşturmaktadır. Hasta sıralamasında öncelikli olan durumların doğru bir şekilde belirlenememesi, acil durumlar veya öncelikli tedavi gerektiren durumlar için tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Hasta öncelikleri, kullanılan hastane otomasyon programlarında tanımlanmalıdır.

Ameliyat Bekleme Süreleri yüzde %1,49'u oluşturmaktadır Planlanmış cerrahi müdahaleler için beklenen sürenin uzamasını ifade etmektedir. Genellikle hastalar tarafından memnuniyetsizlik ifadesi olarak iletilmektedir. Ancak bazı durumlarda tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Elektif vakaların planlanması ve sıralamasında yaklaşık bekleme süreleri hastalara mümkün olduğunca açık ifade edilmelidir.

Yatak Bulunamaması yüzde %2,97'yi oluşturmaktadır Hastanede yatak sıkıntısı, acil durumlarda hastaların gerekli hizmetlere erişimi için önem arz etmektedir. Kapasite planlamaları acil durumları kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Diğer, çeşitli nedenlere bağlı olarak, görüntüleme veya tıbbi patoloji raporlarının yazılması veya belirli ünitelerde randevulara ulaşmada yaşanan gecikmeleri içermektedir. Toplam sistemsal sorunların %11,52'sini oluşturmaktadır.

SIS-2: Yapısal Sistem Problemleri, MHRS'den Randevu Alamama, yüzde %28,25'i oluşturmaktadır Merkezi Hekim Randevu Sistemi'nden (MHRS) randevu almakta yaşanan zorlukları ifade etmektedir. Bu, hastaların planlı sağlık hizmetlerine erişimini etkileyebilmektedir.

Acil Sevk Sorunları, yüzde 0,74'ü oluşturmaktadır. Acil durumlar için uygun sevk süreçlerinin düzenlenmesi ve bu süreçlerin tamamlanmasını dair eksikleri ifade etmektedir. Hastanın başvurduğu sağlık kurumu ile sevk noktası ve 112 Ambulans Hizmetleri arasında gerçekleşmektedir. Sürece ilişkin hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Son olarak *taksonomi geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalar* neticesinde elde edilebilecek *raporlar aşağıdaki örneklerle* sunulmaktadır.

Tablo 69'da önerilen veri girişi ve oluşturulan taksonomiye göre **Poliklinik Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetlerde** MHRS'den Randevu Alamama: %28.25 oranındadır. Bu durum hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunları ifade etmektedir. Muayene Olamama ve Randevu Alma konularında süreçlerin gözden geçirilmesi,

randevu alma sisteminin kullanılması konusunda vatandaşa yönelik eğitimler arttırılmalıdır.

Hastanede Bekleme Süreleri ise %18,59'luk oranla önemli bir sıralamadır. Acil Sevk Sorunları %0.74, Ameliyat Bekleme Süreleri %1.49, Yatak Bulunamaması %2.97, Diğer (Raporlarda veya kolonoskopi gibi ünite randevularında gecikmeler) %11.52 oranında dağılım göstermektedir. Öncelik Hakkının Belirlenmesi %4.83' tür.

Tablo 70'de önerilen veri girişi ve oluşturulan taksonomiye göre **Yatan Hasta Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetlerde** analiz sonuçlarına göre, Temizlik Hizmetleri ile İlgili Sorunlar, toplam şikayetlerin %17,20'sini oluşturmaktadır. Hasta odalarının temizliği için daha etkili bir planlama yapılabilir. Temizlik prosedürleri gözden geçirilerek ve temizlik personeline ek eğitimler verilebilir. Ancak eğitim sonrasında periyodik olarak personelin bilgisi yeniden ölçülmeli ve hatalar tespit edilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde hasta iletişimi kapsamında, Bilgilendirme sorunları %25,28 oranında, İletişim Sorunları ise Kaba Davranma %13,98, Önemsememe / İlgisizlik % 8,53 ve Karşılıklı İletişim Sorunları %12,69 oranlarıyla, toplam %59 olarak en yüksek orana sahiptir. Hasta bilgilendirme politikaları gözden geçirilebilir. Hasta geri bildirimleri ve hasta memnuniyet anketleri düzenlenerek hastalardan alınan geri bildirimlerin çalışanlar ile paylaşılması etkili olabilir. Periyodik olarak sağlık personeline hasta iletişim eğitimleri sağlanabilir.

Tablo 71'de önerilen veri girişi ve oluşturulan taksonomiye göre **Acil Servis Hizmetleri Kapsamındaki Şikayetlerde** Hastanede Bekleme Süreleri %20,25 ile en yüksek orana sahiptir. Hasta akışını daha iyi yönetmek için acil servis süreçleri gözden geçirilmeli, acil durumlar için ayrılan personel ve kaynakların arttırılması düşünülebilir. Bilgilendirme Hiç Yapılmaması %15,19 ve Bilgilendirmenin Geç Yapılması %6,33'tir. Hasta bilgilendirme süreçleri standartlaştırılmalı, bilgi akışı için dijital araçlar kullanılarak iletişim konusunda personel yükü azaltılmaya gidilmelidir. Sağlık hizmetlerinde hasta iletişimi kapsamında, Kaba Davranma %11,39, Önemsememe / İlgisizlik %7,60 ve Kişiler Arası İletişim Sorunu %8,86 olmak üzere toplam % 49,37 ile yüksek bir orana sahiptir. İletişim becerilerini geliştirmeye yönelik personel eğitim programları düzenlenmeli ve personel eğitimlerle güçlendirilmelidir.

Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeye İhtiyaçları) %2,53 ve Acil Sevk Sorunları %2,53. Bina- Yapı Sorunları %1,27'lik orana sahiptir.

KAYNAKÇA

- Ahmed, S., Tarique, K. M., ve Arif, I. (2017). Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), 477–488.
- Allen, L. W., Creer, E., ve Leggitt, M. (2000). Developing a patient complaint tracking system to improve performance. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(4), 217–226.
- Alicke, M. D., Braun, J. C., Glor, J. E., Klotz, M. L., Magee, J., Sederhoim, H., ve Siegel, R. (1992). Complaining behavior in social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 286-295.
- Altuna, O. K., ve Müge Arslan, F. (2016). Impact of the number of scale points on data characteristics and respondents' evaluations: An experimental design approach using 5-point and 7-point likert-type scales. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (55), 1-20.
- Altunışık, R., Gegez, E., Koç, E., Sıgı, Ü., Yüksel, A., Boz, H., ve Yıldız, E. (2022). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: yeni perspektifler (1)*. Seçkin Yayıncılık
- Anderson, E. W. (1998). Customer satisfaction and word-of-mouth. *Journal of Service Research*, 1, 5–17.
- Arastaman, G., Fidan, İ. Ö., ve Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenirlik: Kuramsal bir inceleme. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75.
- Argan, M. (2012). Word-of-mouth (WOM) as a tool of health communication: A case study of Turkey. *HealthMed Journal*, 6(1), 216–221.
- Argan, M. (2016). Investigating word-of-mouth (WOM) factors influencing patients' physician choice and satisfaction. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 5(1), 191–198.
- Aronson, E., Wilson, T. D., ve Akert, R. M. (2010). *Social psychology*. Prentice Hall, Upper Saddle Rive
- Bagozzi, R. P., Gopinath, M., ve Nyer, P. U. (1999). The role of emotions in marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27(2), 184-206.
- Barrett, L. F., ve Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a Psychological Primitive. *Advances in Experimental Social Psychology*, (41), 167-218.
- Barlow, J., ve Moller, C. (1998). *Her şikâyet bir armağandır* (Çev. G. Günay). İstanbul, RotaYayınları.

- Bawa, A., ve Kansal, P. (2008). Cognitive dissonance and the marketing of services: Some issues. *Journal of Services Research*, 8, 31–51.
- Bayer, S., Kuzmickas, P., Boissy, A., Rose, S. L., ve Mercer, M. B. (2021). Categorizing and rating patient complaints: an innovative approach to improve patient experience. *Journal of Patient Experience*, 8, 2374373521998624.
- Beaupert, F., Carney, T., Chiarella, M., Satchell, C., Walton, M., Bennett, B. and Kelly, P. (2014), "Regulating healthcare complaints: a literature review", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(6), 505-518.
- Bendall-Lyon, D., ve Powers, T. L. (2001). The role of complaint management in the service recovery process. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(5), 278–286.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35.
- Berry, L. L. (1995). Relationship marketing of services-- growing interest, emerging perspectives. *Journal Of The Academy Of Marketing Science*, 23, 236-25.
- Bies R.J., Shapiro D.L. (1987). Interactional fairness judgments: the influence of causal accounts. *Social Justice Research*, 1(2), 199-218.
- Bismark, M. M., Brennan, T. A., Paterson, R. J., Davis, P. B., ve Studdert, D. M. (2006). Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 17–22.
- Best, A., ve Andreasen, A. R. (1976). Consumer response to unsatisfactory purchases: A survey of perceiving defects, voicing complaints, and obtaining redress. *Law and Society Review*., 11, 701
- Blodgett, J.G., Wakefield, K.L. and Barnes, J.H. (1995), “The effects of customer service on complaining behavior”, *Journal of Services Marketing*, 9(4), 31-42.
- Blodgett, J. G., ve Granbois, D. H. (1992). Toward an integrated conceptual model of consumer complaining behavior. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 5, 93-103.
- Blodgett, J.G., Hill D.J. and Tax S.S. (1997). The effects of distributive, procedural and interactional justice on postcomplaint behavior. *Journal of Retailing*, 73(2), 185-210.
- Boshoff, C. (1997). An experimental study of service recovery options. *International Journal of Service Industry Management*, 8(2), 110-130.
- Boshoff, C. (1999). RECOVSAT: An instrument to measure satisfaction with transaction-specific service recovery. *Journal of Service Research*, 1(3), 236-249.

- Bouwman, R., Bomhoff, M., de Jong, J. D., Robben, P., ve Friele, R. (2015). The public's voice about healthcare quality regulation policies. A population-based survey. *BMC Health Services Research*, 15, 325.
- Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P., ve Friele, R. (2016). Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(2), 483–496.
- Brown, J. J., ve Reingen, P. H. (1987). Social ties and word-of-mouth referral behavior. *Journal of Consumer Research*, 14, 350–362
- Brown S. W., Nelson A. M., Bronkesh SJ, Wood S.D. (1993). *Patient Satisfaction Pays. Quality service for practice success*. Maryland: Aspen Publication.
- Chebat, J. C., ve Slusarczyk, W. (2005). How emotions mediate the effects of perceived justice on loyalty in service recovery situations: An empirical study. *Journal of Business Research*, 58(5), 664-673.
- Chiu, CM; Huang, HY and Yen, CH (2010). Antecedents of trust in online auctions. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9, 148-159.
- Clark, G.L. Kaminski, P.F. ve Rink, D. R. (1992). Consumer Complaints: Advice on How Companies Should Respond Based on An Emprical Study. *The Journal of Services Marketing*, 6(1), 41-50.
- Clemmer, E. C. (1993). An investigation into the relationship of fairness and customer satisfaction with services. *Justice in the Workplace: Approaching Fairness in Human Resource Management*, 193-207.
- Clemmer, E. C., ve Schneider, B. (1996). Fair service. *Advances in services marketing and management*, 109-126.
- Cosmides, L., ve Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. *Handbook of Emotions*, 2(2), 91-115.
- Cox, D. F. (1967). *Risk taking and information handling in consumer behavior*. Harvard University Press, Boston
- Crie, D. (2003). Consumers' complaint behaviour. Taxonomy, typology and determinants: Towards a unified ontology. *Database Marketing ve Customer Strategy Management*, 11(1), 60-79.
- Darwin, C. (1897). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. D. Appleton and Company. https://darwin-online.org.uk/Expression_F1152.pdf
- Das, K. K. (2017). A theoretical approach to define and analyze emotions. *International Journal Of Emergency Mental Health*, 19(4), 374.
- Davidow, M. (2000). The bottom line impact of organizational responses to customer complaints. *Journal of Hospitality and 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., ve Landon, E. L. (1977). Toward a theory of consumer complaining behavior. *Consumer and Industrial Buying Behavior*, 95(1), 425-437.
- De Cruppé, W., ve Geraedts, M. (2011). How do patients choose a hospital for elective surgery? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 951-957. doi:10.1007/s00103-011-1320-3.
- De Ruyter, K., ve Wetzels, M. (2000). The role of corporate image and extension similarity in service brand extensions. *Journal of Economic Psychology*, 21(6), 639-659.
- De Witt, T., Nguyen, D. T., ve Marshall, R. (2008). Exploring customer loyalty following service recovery: The mediating effects of trust and emotions. *Journal of Service Research*, 10(3), 269-281.
- Del Rio-Lanza, A. B., Vázquez-Casielles, R., ve Díaz-Martín, A. M. (2009). Satisfaction with service recovery: Perceived justice and emotional responses. *Journal of Business Research*, 62(8), 775-781.
- Doig G. (2004). Responding to formal complaints about the emergency department: lessons from the service marketing literature. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 16(4), 353–360.
- Doron, I., Gal, I., Shavit, M., ve Weisberg-Yosub, P. (2011). Unheard voices: complaint patterns of older persons in the health care system. *European Journal of Ageing*, 8(1), 63-71.
- Edlund, M.J., Young, A.S., Kung, F.Y., Sherbourne, C.D. and Wells, K.B. (2003), Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care?. *Health Services Research*, 38(2), 631-45.
- Ekiz, E. H. (2009). Factors influencing organizational responses to guest complaints: Cases of Hong Kong and Northern Cyprus. *Journal of Hospitality Marketing ve Management*, 18(6), 539-573.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169–200.
- Elias, R. M., Fischer, K. M., Siddiqui, M. A., Coons, T., Meyerhofer, C. A., Pretzman, H. J., ... ve Burton, M. C. (2021). A taxonomic review of patient complaints in adult hospital medicine. *Journal of Patient Experience*, 8, 23743735211007351.
- Ellsworth, P. C. (1991). Some implications of cognitive appraisal theories of emotion. İçinde K.T. Strongman (Ed.), *International Review of Studies on Emotion (Vol 1, pp.143–161)*. John Wiley ve Sons
- Ellyawati, J., Purwanto, B.M, Dharmmesta, B.S., ve Herk, H.V. (2013). Perceived justice in service recovery: study of experimental design on Indonesian

- customers. *International Journal of Business Management Studies*, 2(2), 511–522.
- Estelami, H. (2000). Competitive and procedural determinants of delight and disappointment in consumer complaint outcomes. *Journal of Service Research*, 2(3), 285-300.
- Fornell, C., ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Fornell, C., ve Wernerfelt, B. (1987). Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis. *Journal of Marketing Research*, 24(4), 337-346.
- Folkes, V. S. (1984). Consumer reactions to product failure: An attributional approach. *Journal of Consumer Research*, 10(4), 398-409.
- Folkes V.S., Koletsky S, Graham J.L. (1988). A field study of causal inferences and consumer reaction: the view from the airport. *Journal of Consumer Research*, 13(4), 534-9.
- Friele, R. D., Sluijs, E. M., ve Legemaate, J. (2008). Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Services Research*, 8, 199.
- Friele, R. D., Reitsma, P. M., ve de Jong, J. D. (2015). Complaint handling in healthcare: expectation gaps between physicians and the public; results of a survey study. *BMC Research Notes*, 8, 529.
- Gabel, L., Lucas, J., ve Westbury, R. (1993). Why do patients continue to see the same physician?. *Family Practice Research Journal*, 13(2), 133-147.
- Gambarov V., Sarno D., Hysa X., Calabrese M., Bilotta A. (2017). The role of loyalty programs in healthcare service ecosystems. *Total Quality Management Journal*, 29(6), 899-919.
- Garman, A., Garcia, J., ve Hargreaves, M. (2004). Patient satisfaction as a predictor of return-to-provider behavior: Analysis and assessment of financial implications. *Quality Management in Health Care*, 13(1), 75-80.
- Gelbrich, K. (2014). Identifying appropriate compensation types for service failures: A meta-analytic and experimental analysis. *Journal of Service Research*, 17(2), 195-211.
- Gelbrich, K., ve Roschk, H. (2011). A meta-analysis of organizational complaint handling and customer responses. *Journal of Service research*, 14(1), 24-43.
- Gendron, M., ve Barrett, L. F. (2009). Reconstructing the Past: A Century of Ideas About Emotion in Psychology. Emotion review: *Journal of the International Society for Research on Emotion*, 1(4), 316–339.

- Gheorghe, I. R., ve Liao, M. N. (2012). Investigating Romanian healthcare consumer behaviour in online communities: Qualitative research on negative eWOM. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62, 268-274.
- Giardina, T.D., Korukonda, S., Shahid, U., Vaghani, V., Upadhyay, D.K., Burke, G.F., ve Singh, H. (2021). Use of patient complaints to identify diagnosis-related safety concerns: a mixed-method evaluation. *BMJ Quality ve Safety*, 30, 996-1001.
- Gill, L. ve White, L. (2009), A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.
- Gilliland, S. W. (1993). The perceived fairness of selection systems: An organizational justice perspective. *Academy of Management Review*, 18(4), 694-734.
- Goodwin, C., ve Ross, I. (1989). Salient dimensions of perceived fairness in resolution of service complaints. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 2, 87-92.
- Goodwin, C. and I. Ross (1992). Consumer responses to service failures: influence of procedural and interactional fairness perceptions. *Journal of Business Research*, 25, 149-63
- Grönroos, C. (1988). Service quality: the six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9(3), 10-13.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.
- Gustafsson, A. (2009). Customer satisfaction with service recovery. *Journal of Business Research*, 62(11), 1220-1222.
- Haase, I., Lehnert-Batar, A., Schupp, W., Gerling, J., ve Kladny, B. (2006). Factors contributing to patient satisfaction with medical rehabilitation in German hospitals. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 289-294.
- Ha, J., ve Jang, S. S. (2009). Perceived Justice in Service Recovery And Behavioral Intentions: The Role of Relationship Quality. *International Journal of Hospitality Management*, 28(3), 319-327.
- Hair Jr, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., ve Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. *European Business Review*, 26(2), 106-121.
- Hansen, T., Wilke, R., ve Zaichkowsky, J. (2010). Managing consumer complaints: differences and similarities among heterogeneous retailers. *International Journal of Retail ve Distribution Management*, 38(1), 6-23.

- Harris, K. E., Grewal, D., Mohr, L. A., ve Bernhardt, K. L. (2006). Consumer responses to service recovery strategies: The moderating role of online versus offline environment. *Journal of Business Research*, 59(4), 425-431.
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., ve 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: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 28(2), 240-245.
- Healy, J., ve Walton, M. (2016). Health ombudsmen in polycentric regulatory fields: England, New Zealand, and Australia. *Australian Journal of Public Administration*, 75(4), 492-505.
- Helena Vinagre, M., ve Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-103.
- Henseler, J., Ringle, C. M., ve Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43, 115-135.
- Hess, U., ve Thibault, P. (2009). Darwin and emotion expression. *American Psychologist*, 64(2), 120.
- Hess Jr, R. L., Ganesan, S., ve Klein, N. M. (2003). Service failure and recovery: The impact of relationship factors on customer satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 31(2), 127-145.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., ve Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *Jama*, 287(22), 2951-2957.
- Hirschman, A. O. (1972). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press. Cambridge, MA.
- Hoffman, K.D., Kelley S.W. (2000). Perceived Justice needs and recovery evaluation: A contingency approach. *European Journal of Marketing*, 34(3/4), 418-432.
- Hoffman, K.D., Kelley S.W. and Rotalsky H.M. (1995). Tracking service failures and employee recovery efforts. *Journal of Services Marketing*, 9(2), 49-61.
- Hoffman, K. D., Kelley, S. W., ve Rotalsky, H. M. (2016). Retrospective: Tracking service failures and employee recovery efforts. *Journal of Services Marketing*, 30(1), 7-10.
- Howard, M., Fleming, M. L., ve Parker, E. (2013). Patients do not always complain when they are dissatisfied: implications for service quality and patient safety. *Journal of Patient Safety*, 9(4), 224-231.
- 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.

- Hu H-Y, Cheng C-C, Chiu S-I et al. (2011). A study of customer satisfaction, customer loyalty and quality attributes in Taiwan's medical service industry. *African Journal of Business Management*, 5,187-95.
- Huang, M. H. (2011). Re-examining the effect of service recovery: The moderating role of brand equity. *Journal of Services Marketing*, 25(7), 509-516.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. East Norwalk, CT: AppletonCentury-Crofts.
- Jacoby, J., ve Jaccard, J. J. (1981). The sources, meaning, and validity of consumer complaint behavior: A psychological analysis. *Journal of Retailing*, (57), 4-24.
- Jaipaul, C.K. and Rosenthal, G.E. (2003), Do hospitals with lower mortality have higher patient satisfaction? A regional analysis of patients with medical diagnoses, *American Journal of Medical Quality*, 18(2), 59-65.
- James, W. (1980). *The Principles of Psychology*. Classics in the History of Psychology. <https://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/prin25.htm> adresinden 10.10.2023 tarihinde ulaşılmıştır.
- Johnson MD, Gustafsson A, Andreassen TW, Lervik L, Cha J. (2001). The evolution and future of national customer satisfaction index models. *Journal of Economic Psychology*, 2(22), 217-45.
- Johnson MD, Herrmann A, Gustafsson A. (2002). Comparing customer satisfaction over industries and countries. *Journal of Economic Psychology*, 23, 749-69.
- Kandampully J, Zhang T.C. (2014). Customer loyalty: a review and future directions with a special focus on the hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(3), 379-414.
- Karagöz, Y. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. *Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul*.
- Katz, K., Larson, B., ve Larson, R. (2003). Prescription for the waiting-in-line blues entertain, enlighten, and engage. *Operations Management: Critical Perspectives on Business and Management*, 2, 160.
- Kau, A. ve Loh, E. W. (2006). The effects of service recovery on consumer satisfaction: a comparison between complainants and non-complainants. *Journal Of Services Marketing*, 20(2), 101-111.
- Keating, N., Green, D., Kao, A., Gazmararian, J., Wu, V., ve Cleary, P. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17, 29-39.
- Kelley, S. W., ve Davis, M. A. (1994). Antecedents to customer expectations for service recovery. *Journal of the academy of Marketing Science*, 22(1), 52-61.

- Kim, T., Kim, W.G. ve Kim, H.B. (2009). The effects of perceived justice on recovery satisfaction, trust, word-of-mouth, and revisit intention in upscale hotels. *Tourism Management*, 30, 51-62.
- Kim, Y., Kim, S., Myoung, H., ve Lee, H. R. (2012). Perceived service quality and its influence on behavioral intention in South Korean public dental hospitals. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24(2), 391-405.
- Kim, M. G., Lee, C. H., ve Mattila, A. S. (2014). Determinants of customer complaint behavior in a restaurant context: The role of culture, price level, and customer loyalty. *Journal of Hospitality Marketing ve Management*, 23, 885-906.
- Kleinginna, P. R., ve Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5(4), 345-379.
- Kline, R. B. (1998). *Structural equation modeling*. New York: Guilford. Press: New Jersey.
- Koc, E., Ulukoy, M., Kilic, R., Yumusak, S., ve Bahar, R. (2017). The influence of customer participation on service failure perceptions. *Total Quality Management ve Business Excellence*, 28(3-4), 390-404.
- Koc, E. (2019). Service failures and recovery in hospitality and tourism: A review of literature and recommendations for future research. *Journal of Hospitality Marketing ve Management*, 28(5), 513-537.
- Konovsky M. A. (2000). Understanding procedural justice and its impact on business organizations. *Journal of Management*, 26(3), 489-511.
- Kosonogov, V., ve Titova, A. (2019). Recognition of all basic emotions varies in accuracy and reaction time: A new verbal method of measurement. *International Journal of Psychology*, 54(5), 582-588.
- Kumar, A., ve Kaur, A. (2020). Complaint management-review and additional insights. *International Journal of Scientific ve Technology Research*, 9(02), 1501-1509.
- Kuo, Y., ve Wu, C. (2011). Satisfaction and post-purchase intentions with service recovery of online shopping websites: Perspectives on perceived justice and emotions. *International Journal of Information Management*, 32(2012), 127-138.
- Lanza Etzel, M.J., Silverman, B.I. (1981). A managerial perspective on directions for retail customer dissatisfaction research. *Journal of Retailing* 57, 124-136.
- Laros, F.J.M., ve Steenkamp, J.E.M. (2005). Emotions in consumer behaviour: a hierarchical approach. *Journal of Business Research*, 58, 1437-1445.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819.

- Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, M. J., Singh, N., ve Chan, E. S. (2011). Service failures and recovery actions in the hotel industry: A text-mining approach. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 197-207.
- Lewis, R. C. (1983). When guests complain. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 24(2), 23-32.
- Lin, W. B. (2006). Correlation between personality characteristics, situations of service failure, customer relation strength and remedial recovery strategy. *Services Marketing Quarterly*, 28(1), 55-88.
- Lind, E. A., ve Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. Springer Science ve Business Media.
- Liu, S., Li, G., Liu, N. ve Hongwei, W. (2021). The impact of patient satisfaction on patient loyalty with the mediating effect of patient trust. *The Journal Of Health Care Organization, Provision, And Financing*, 58, 1-11.
- Luecke R.W., Rosselli V.R., Moss J.M. (1991). The economic ramifications of “client” dissatisfaction. *Group Practice Journal*, 8-18.
- M Mehrabian, A., ve Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology*. The MIT Press. IT Press.
- MacStravic S. (1994). Patient loyalty to physicians. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 53-56.
- Mariana R Pioli, Alessandra MV Ritter, Ana Paula de Faria ve Rodrigo Modolo (2018) White coat syndrome and its variations: differences and clinical impact. *Integrated Blood Pressure Control*, 11, 73-79,
- Martin, G. P., Chew, S., ve Dixon-Woods, M. (2021). Why do systems for responding to concerns and complaints so often fail patients, families and healthcare staff? A qualitative study. *Social Science ve Medicine*, 287(1982), 114375.
- Martin, S. (2017). Toward a model of word-of-mouth in the health care sector. *Journal of Nonprofit ve Public Sector Marketing*, 29(4), 434-449.
- Martin, N., ve Morich, K. (2011). Unconscious mental processes in consumer choice: Toward a new model of consumer behavior. *Journal of Brand Management*, 18(7), 483-505.
- Mattarozzi, K., Sfrisi, F., Caniglia, F., De Palma, A., ve Martoni, M. (2017). 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: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(1), 83–89.

- Mattila, A.S. (2001), The effectiveness of service recovery in a multi-industry setting. *Journal of Services Marketing*, 15(7), 583-596.
- Mattila, A. S., ve Wirtz, J. (2004). Consumer complaining to firms: the determinants of channel choice. *Journal of Services Marketing*, 18(2), 147-155.
- Maute, M., ve Dube, L. (1999). Patterns of emotional responses and behavioural consequences of dissatisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 48(3), 349-366.
- Maxham, J.G. III (2001), Service recovery's influence on consumer satisfaction, positive word-of-mouth, and purchase intentions. *Journal of Business Research*, 54(1), 11-24.
- Maxham III, J. G., ve Netemeyer, R. G. (2002). A longitudinal study of complaining customers' evaluations of multiple service failures and recovery efforts. *Journal of Marketing*, 66(4), 57-71.
- Maxham, J.G., III, Netemeyer R.G. (2003), Modeling customer perceptions of complaint handling over time: The effects of perceived justice on satisfaction and intent. *Journal of Retailing*, 78(4), 239-252.
- Mazzarol, T., Sweeney, J. C., ve Soutar, G. N. (2007). Conceptualizing word-of-mouth activity, triggers and conditions: An exploratory study. *European Journal of Marketing*, 41, 1475-1494.
- McCollough, M.A., Berry, L.L. and Yadav, M.S. (2000), An empirical investigations of customer satisfaction after service failure and recovery. *Journal of Services Research*, 3(2), 121-137.
- McCollough, M. A., ve Bharadwaj, S. G. (1992). The recovery paradox: An examination of consumer satisfaction in relation to disconfirmation. C. Allen ve T. Madden (Ed.), *İçinde Marketing theory and applications* (pp. 102-107). Chicago: American Marketing Association.
- McColl-Kennedy, J. R., Sparks, B. A. (2003). Application of fairness theory to service failures and service recovery. *Journal of Service Research*, 5(3), 251-266.
- McDougall, G. H., ve Levesque, T. J. (1999). Waiting for service: the effectiveness of recovery strategies. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 11(1), 6-15.
- Migacz, S. J., Zou, S., ve Petrick, J. F. (2018). The “terminal” effects of service failure on airlines: Examining service recovery with justice theory. *Journal of Travel Research*, 57(1), 83-98.
- Montini, T., Noble, A. A., ve Stelfox, H. T. (2008). Content analysis of patient complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 412-420.
- Moreira A. C., Silva P.M. (2015). The trust-commitment challenge in service quality-loyalty relationships. *Int J Health Care Qual Assur*, 28(3), 253-266.

- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-81.
- Nikbin, D., Marimuthu, M., Hyun, S. S. ve Ismail, I. (2014). Effects of stability and controllability attribution on service recovery evaluation in the context of the airline industry. *Journal of Travel ve Tourism Marketing*, 31(7), 817-834
- Nyer, P.U. (1997). A study of the relationships between cognitive appraisals and consumption emotions. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(4), 296-304.
- Nyer, P.U. (2000). An investigation into whether complaining can cause increased consumer satisfaction. *Journal of Consumer Marketing*, 17, 9-17.
- Odabaşı, Y. (2015). *Satış ve pazarlamada müşteri ilişkileri yönetimi*. (9) Aura Yayıncılık.
- Oliver, L. R. (1997). *Satisfaction a behavioral perspective on the consumer*. The McGraw-Hill Companies, Inc. New York.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- Oliver, R. L., ve DeSarbo, W. S. (1988). Response determinants in satisfaction judgments. *Journal of Consumer Research*, 14(4), 495-507.
- Oliver R. L. (1999). Whence consumer loyalty? *J Mark*, 53(4), 33-44.
- Orsingher, C., Valentini, S., ve De Angelis, M. (2010). A meta-analysis of satisfaction with complaint handling in services. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38, 169-186.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., ve Dunagan, W. C. (2009). Patient satisfaction: Focusing on “Excellent”. *Journal of Healthcare Management*, 54, 93-103.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Patawayati, Z.D., Setiawan, M., Rahayu, M. (2013). Patient satisfaction, trust and commitment mediator of service quality and its impact on loyalty (an empirical study in Southeast Sulawesi Public Hospitals), *Journal of Business and Management*, 7, 1-14.
- Pichert, J. W., Hickson, G., ve Moore, I. (2008). Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. İçinde K. Henriksen et. al (Ed.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). United States: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155.
- Quy, V. T. (2014). The impact of organizational responses to complaints on post purchase behavioral intentions via recovery satisfaction-the case of saigon commercial bank. *Strategic Management Quarterly*.
- Ramli A. H., Sjahrudin H. (2015). Building patient loyalty in healthcare services. *International Review of Management and Business Research*, 4, 391-401.
- Reader, T. W., Gillespie, A., ve Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality and Safety*, 23(8), 678-689.
- Richins M. L. (1997). Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research*, 24(2), 127-46.
- Roschk, H., ve Gelbrich, K. (2014). Identifying appropriate compensation types for service failures: A meta-analytic and experimental analysis. *Journal of Service Research*, 17(2), 195-211.
- Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition ve Emotion*, 5(3), 161-200.
- Rundle-Thiele, S., ve Russell-Bennett, R. (2010). Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services. *Health Marketing Quarterly*, 27(2), 195-214.
- Safran, D., Montgomery, J., Chang, H., Murphy, J., ve Rogers, W. (2001). Switching doctors: Predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice. *Journal of Family Practice*, 50(2), 130-136.
- Salazar, G. M., Burk, K. S., ve Abujudeh, H. (2018). Patient complaints in image-guided interventions: evaluation of multifactorial issues using a coding taxonomy. *American Journal of Roentgenology*, 1288-1291.
- Santos, C. P., Fernandes, D. V. D. H. (2008). A recuperação de serviços como ferramenta de relacionamento e seu impacto na confiança e lealdade dos clientes [Service recovery as a relationship tool and its impact on clients trust and loyalty]. *Revista de Administração de Empresas*, 48(1), 10-24.
- Schachter, S., ve Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
- Scherer, K. R. (2001). *Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (1) Oxford University Press.
- Schoefer, K., Ennew, C. (2005). The impact of perceived justice on consumer emotional responses to service complaints experiences. *Journal of Services Marketing*, 19(5), 261-270.

- Schoefer, K. (2008). The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction judgments concerning service recovery encounters. *Journal of Consumer Behaviour*, 7(3), 210–221
- Schoefer, K., and Diamantopoulos, A. (2008). Measuring experienced emotions during service recovery encounters: construction and assessment of the ESRE scale. *Service Business*, 2, 65-81.
- Schoefer, K., and Diamantopoulos, A. (2009). A typology of consumers' emotional response styles during service recovery encounters. *British Journal of Management*, 20(3), 292-308.
- Singh, J. (1988). Consumer complaint intentions and behavior: definitional and taxonomical issues. *Journal of Marketing*, 52(1), 93-107.
- Singh, J. (1989). Determinants of consumers' decisions to seek third party redress: An empirical study of dissatisfied patients. *Journal of Consumer Affairs*, 23(2), 329-363.
- Siyambalapitiya, S., Caunt, J., Harrison, N., White, L., Weremczuk, D., ve 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.
- Skar, L, Söderberg, S. (2018) Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5, 224-232.
- Smith, A. K., Bolton, R. N. (2002). The effects of customers, emotional responses to service failures on their recovery effort evaluations and satisfaction judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(1), 5-23.
- 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*, 36(3), 356-362
- Smith, R. E., ve Vogt, C. A. (1995). The effects of integrating advertising and negative word-of-mouth communications on message processing and response. *Journal of Consumer Psychology*, 4(2), 133-151.
- Sparks, B. A. and Fredline, L. (2007). Providing an explanation for service failure: Context, content, and customer responses. *Journal of Hospitality ve Tourism Research*, 31(2), 241-260.
- Srivastava, M. ve Gosain, A. (2020). Impact of service failure attributions on dissatisfaction: revisiting attribution theory. *Journal of Management Research*, 20(2), 99-112.
- Stauss, B. (2002). The dimensions of complaint satisfaction: process and outcome complaint satisfaction versus cold fact and warm act complaint satisfaction. *Managing Service Quality*, 12(3), 173-183.

- Stauss, B. ve Schoeler, A. (2004). Complaint management profitability: what do complaint managers know?. *Managing Service Quality*, 14(2/3), 147-56.
- Strauss, B., Schmidt, M., Schoeler, A. (2005). Customer frustration in loyalty programs. *International Journal of Service Industry Management*, 16(3), 229-252.
- Strongman, K. T. (2003). *The psychology of emotion: From everyday life to theory* (No. 19562). J. Wiley and Sons.
- Sundaram, D., Mitra, K., Webster, C., Alba, J., ve Hutchinson, J. (1998). Word-of-mouth communications: A motivational analysis. In *Advances In Consumer Research*, Association for Consumer Research, 25(XXV), 527-531.
- Swanson, S.R. and Kelley, S.W. (2001). Service recovery attributions and word-of-mouth intentions. *European Journal of Marketing*, 35(1/2), 194-211.
- Swan, J. E., ve Oliver, R. L. (1989). Postpurchase communications by consumers. *Journal of Retailing*, 65, 516-533.
- Tan, A. (2021). Bir bilgi kaynağı olarak duygu-akıl ilişkisi. *Atlas Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(6), 21-45.
- Taylor, S. (1994). Waiting for service: the relationship between delays and evaluations of service. *Journal of marketing*, 58(2), 56-69.
- Tax, S. S., Brown, S. W., ve Chandrashekar, M. (1998). Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.
- Thoits, P. A. (1989). The Sociology of Emotions. *Annual Review of Sociology*, 15, 317-42.
- Tronvoll B. (2007). Complainer characteristics when exits closed. *International Journal of Service Industry Management*, 18(1), 25-51.
- Uruena, L. A. and A. Hidalgo, N. (2014). Justice, emotions and satisfaction in complaint behavior in services. In: *23rd International Conference for the International Association of Management of Technology. Science, Technology, and Innovation in the Age Of Economic, Political and Security Challenges* (pp. 622-639). Washington, D.C. (USA). ISBN 0-9815817-7-3
- Valentini, S., Orsingher, C. ve Polyakova, A. (2020). Customers' emotions in service failure and recovery: a meta-analysis. *Marketing Letter*, 31, 199-216.
- Van Vaerenbergh, Y., Orsingher, C., Vermeir, I., ve Larivière, B. (2014). A meta-analysis of relationships linking service failure attributions to customer outcomes. *Journal of Service Research*, 17(4), 381-398.
- Van Vaerenbergh, Y., Varga, D., De Keyser, A., ve Orsingher, C. (2019). The service recovery journey: Conceptualization, integration, and directions for future research. *Journal of Service Research*, 22(2), 103-119.

- Van Dael, J., Reader, T. W., Gillespie, A., Neves, A. L., Darzi, A., ve Mayer, E. K. (2020). Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. *BMJ Quality ve Safety*, 29(8), 684-695.
- Vos, J.F.J., Huitema, G.B. and de Lange-Ros, E. (2008). How organisations can learn from complaints. *Total Quality Management Journal*, 20(1), 8-17.
- Wang, K. Y., Hsu, L. C. ve Chih, W. H. (2014). Retaining customers after service failure recoveries: a contingency model. *Managing Service Quality: An International Journal*, 24(4), 318-338.
- Watson, D., ve Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219.
- Weiss, H. M., Suckow, K., Cropanzano, R. (1999). Effects of justice conditions on discrete emotions. *Journal of Applied Psychology*, 84(5), 786–794.
- Weisfeld, G. E., ve Goetz, S. M. (2013). Applying evolutionary thinking to the study of emotion. *Behavioral Sciences*, 3(3), 388-407.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weiten, W. (2010). *Psychology: Themes and variations*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Wessel, M., Lynøe, N., ve Helgesson, G. (2012). The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *British Medical Journal Open*, 2(1).
- Wen, B., ve Chi, C. G.-Q. (2013). Examine the cognitive and affective antecedents to service recovery satisfaction. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(3), 306-327.
- Wendy L, Scott G. (1994). *Service quality improvement: The customer satisfaction strategy for health care*. AHA Company.
- William, S. (1999). The effects of distributive and procedural justice on performance. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 133(2), 183-194.
- Wirtz, J., ve Mattila, A. S. (2004). Consumer responses to compensation, speed of recovery and apology after a service failure. *International Journal of Service Industry Management*, 15(2), 150-166.
- Wong. L., Ooi, S. B., ve Goh, L. G. (2007). Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 48(11), 990-995.

- Wu C. C. (2011). The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *African Journal of Business Management*, 5, 4873-82.
- Xie, D. ve Heung, V. C. (2012). The effects of brand relationship quality on responses to service failure of hotel consumers. *International Journal of Hospitality Management*, 31(3), 735-744.
- Yardımlı, İ. (2016). *Tüketici olarak hasta hakları* (1). Adalet Yayınevi
- Yıldırım, G., Kadioğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29, 7-12.
- Yim, C.K., Gu F.F., Chan K.W., Tse D.K. (2003). Justice-based service recovery expectations: Measurement and antecedents. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 16, 36-52.
- Zahedi, M. (2023, 22 Mayıs). *Emotion theories: from james-lange to lazarus*. Rumi Institute.https://www.academia.edu/101576245/Emotion_theories_from_James_Lange_to_Lazarus adresinden 22.10.2023 tarihinde ulaşılmıştır.
- Zemke, R. (1994). Service recovery: Mad customers expect treats for their trouble. *Executive Excellence*, 11, 17-17.
- Zhao, J., Zhang, M., ve Kong, Q. (2010, August). The effect of service fairness on service quality, customer satisfaction and customer loyalty. In *2010 International Conference on Management and Service Science*, 1-4.
- Zhu, Z., Nakata, C., Sivakumar, K. ve Grewal, D. (2013). Fix it or leave it? customer recovery from self-service technology failures. *Journal of Retailing*, 89(1), 15-29.
- Zhou, W. J., Wan, Q. Q., Liu, C. Y., Feng, X. L., ve Shang, S. M. (2017). Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(4), 442-449.

EKLER

Ek 1. Nitel Analiz Verileri

[illegible]

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
207	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
208	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
209	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
210	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
211	Hastanede Bekleme Süreleri	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
212	Acil Sevk sorunları	SIS 2	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Başhekim Yard.
213	Acil Sevk sorunları	SIS 2	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Başhekim Yard.
214	Ameliyat Bekleme Süreleri	SIS 1	Ameliyathane	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
215	Ameliyat Bekleme Süreleri	SIS 1	Ameliyathane	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
216	Ameliyat Bekleme Süreleri	SIS 1	Ameliyathane	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
217	Ameliyat Bekleme Süreleri	SIS 1	Ameliyathane	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
218	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yatan Hasta Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
219	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yatan Hasta Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
220	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yatan Hasta Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
221	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yatan Hasta Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
222	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yoğun Bakım	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
223	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yoğun Bakım	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
224	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yoğun Bakım	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
225	Yatak Bulunamaması	SIS 1	Yoğun Bakım	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Klinik Şefi
226	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
227	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
228	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Acil Servis	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
229	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
230	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
231	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
232	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
233	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
234	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Poliklinik	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
235	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
236	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
237	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
238	Öncelik Hakkının Belirlenmesi	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	İdari ve Mali İşler Müdürü
239	Diğer (Raporlarda gecikme veya kolonoskopi gibi ünite randevuları	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Başhekim Yard.
240	Diğer (Raporlarda gecikme veya kolonoskopi gibi ünite randevuları	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Başhekim Yard.
241	Diğer (Raporlarda gecikme veya kolonoskopi gibi ünite randevuları	SIS 1	Görüntüleme	Hizmetlerden Genel Olarak Faydalanma	Başhekim Yard.

[illegible]

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
312	Yetersiz Otopark	B	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
313	Yetersiz Otopark	B	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
314	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
315	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
316	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
317	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
318	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
319	Yetersiz Otopark	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
320	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
321	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
322	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
323	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
324	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
325	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
326	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
327	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
328	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
329	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
330	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
331	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Güvenlik Görevlisi	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
332	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Güvenlik Görevlisi	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
333	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Güvenlik Görevlisi	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
334	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Güvenlik Görevlisi	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
335	Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması	Güvenlik Görevlisi	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
336	Hasta Kayıt İşlemlerinde Hata	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
337	Hasta Kayıt İşlemlerinde Hata	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
338	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
339	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
340	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
341	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
342	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
343	Bekleme Alanlarının Koşulları	B	Yoğun Bakım	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
344	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
345	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
346	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
347	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
348	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
349	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
350	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
351	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
352	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
353	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Poliklinik	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
354	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
355	Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedye İhtiyaçları)	B	Acil Servis	Destek Hizmetleri İle İlgili Sorunlar	Destek Hizm. Müd.
356	Fatura/Ücretli İşlemler Ödeme Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
357	Fatura/Ücretli İşlemler Ödeme Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
358	Fatura/Ücretli İşlemler Ödeme Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
359	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
360	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
361	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
362	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
363	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Yatan Hasta Servis	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
364	Sistem Bağlantı Sorunları (E-Nabız , e -reçete veri aktarımı vb.)	C	Yatan Hasta Servis	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
365	Prosedürler	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
366	Prosedürler	C	Poliklinik	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
367	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
368	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
369	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
370	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
371	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
372	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
373	Evrakla İlgili Sorunlar	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
374	Donanım/Cihaz Eksikliği Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
375	Donanım/Cihaz Eksikliği Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
376	Donanım/Cihaz Eksikliği Sorunları	C	Ameliyathane	İdari ve Mali İşler	İdari ve Mali İşler Müdürü
377	Asansör Arızası	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
378	Asansör Arızası	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
379	Asansör Arızası	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
380	Asansör Arızası	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
381	Havalandırma veya Klima Sorunları	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
382	Havalandırma veya Klima Sorunları	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
383	Bina-Yapı Sorunları	D	Acil Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
384	Bina-Yapı Sorunları	D	Yatan Hasta Servis	Teknik Hizmetler	Teknik Hizmetler Müdürü
385	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Görüntüleme	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
386	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Görüntüleme	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
387	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Görüntüleme	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
388	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Görüntüleme	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
389	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Görüntüleme	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
390	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
391	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
392	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
393	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
394	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
395	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
396	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
397	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
398	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
399	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
400	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
401	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
402	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
403	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
404	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
405	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
406	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
407	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
408	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
409	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
410	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
411	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
412	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
413	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
414	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
415	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
416	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
417	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
418	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
419	Bilgilendirme Hiç Yapılmaması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
420	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
421	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
422	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
423	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
424	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
425	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
426	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
427	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
428	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
429	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
430	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
431	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
432	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
433	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
434	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
435	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
436	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
437	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
438	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
439	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hekim	Yoğun Bakım	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
440	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
441	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
442	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
443	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
444	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
445	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
446	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
447	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
448	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
449	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
450	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
451	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
452	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
453	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
454	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
455	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
456	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
457	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
458	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
459	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
460	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
461	Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
462	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
463	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
464	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
465	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
466	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hekim	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
467	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hemşire	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
468	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Hemşire	Acil Servis	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Klinik Şefi
469	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Diğer Sağlık Uzmanları	Ünite	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Başhekim Yard.
470	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
471	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
472	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
473	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
474	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
475	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
476	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
477	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
478	Bilgilendirmenin Geç Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
479	Bilgilendirmenin Yanlış Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
480	Bilgilendirmenin Yanlış Yapılması	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	Destek Hizm. Müd.
481	Kaba Davranma	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
482	Kaba Davranma	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
483	Kaba Davranma	Hekim	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
484	Kaba Davranma	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
485	Kaba Davranma	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
486	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
487	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
488	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
489	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
490	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
491	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
492	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
493	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
494	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
495	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
496	Kaba Davranma	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
497	Kaba Davranma	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
498	Kaba Davranma	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
499	Kaba Davranma	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
500	Kaba Davranma	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
501	Kaba Davranma	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
502	Kaba Davranma	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yoğun Bakım	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
503	Kaba Davranma	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yoğun Bakım	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
504	Kaba Davranma	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yoğun Bakım	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
505	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
506	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
507	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
508	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
509	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
510	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
511	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
512	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
513	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
514	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
515	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
516	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
517	Kaba Davranma	Tibbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
518	Kaba Davranma	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
519	Kaba Davranma	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
520	Kaba Davranma	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
521	Kaba Davranma	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
522	Önemsememe/İlgisizlik	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
523	Önemsememe/İlgisizlik	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
524	Önemsememe/İlgisizlik	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
525	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
526	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
527	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
528	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
529	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
530	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
531	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
532	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
533	Önemsememe/İlgisizlik	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
534	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
535	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
536	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
537	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
538	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
539	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
540	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
541	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
542	Önemsememe/İlgisizlik	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
543	Önemsememe/İlgisizlik	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
544	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
545	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
546	Önemsememe/İlgisizlik	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
547	Önemsememe/İlgisizlik	Diğer Sağlık Uzmanları	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
548	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
549	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
550	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
551	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
552	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
553	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
554	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
555	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
556	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hekim	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Başhekim Yard.
557	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
558	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hemşire	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
559	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
560	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
561	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
562	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
563	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
564	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
565	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
566	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
567	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
568	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
569	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Poliklinik	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
570	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Diğer	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
571	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Diğer	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
572	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Diğer	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
573	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Diğer	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
574	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Diğer	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
575	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
576	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
577	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Görüntüleme	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
578	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Görüntüleme	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
579	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Görüntüleme	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
580	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Tıbbi Sekreter	Görüntüleme	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
581	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
582	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
583	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Klinik Destek/Hasta Bakıcı	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.

	Şikâyet Konusu	Meslek Gurubu	Birim	Hasta Hakkı Maddesi	Yönetici
584	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
585	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
586	Kişiler Arası İletişim Sorunu	Danışma ve Yönlendirme Pers.	Yatan Hasta Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Destek Hizm. Müd.
587	Sağlık Kurumunu Seçememe	Hemşire	Acil Servis	Sağlık Pers. Ve Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı	Sağlık Bakım Hizm.Müd.
588	Sağlık Kurumunu Seçememe	Hemşire	Acil Servis	Saygınlık Görme ve Rahatlık	Sağlık Bakım Hizm.Müd.

Ek 2. Anket Formu

Değerli katılımcımız, bu ankete katılım gönüllülük esasına dayalı olup, isim belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar tarafımızca saklı tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı olarak SAÜİE Doktora Öğrencisi Emel YILMAZ'ın “Şikâyet sürecindeki algılanan adalet ile hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve olumsuz ağızdan ağıza iletişim ilişkisinde hizmet telafisi memnuniyeti ve duyguların aracılık etkisinin incelenmesi” başlıklı tez çalışmasında kullanılacaktır. Araştırmada sizden tahminen 8-10 dakikalık süre ayırmanız istenmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bu bölümde sizden istenen, hastaneden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili yüz yüze şikâyet deneyiminiz hakkında ilgili şıkları seçerek (×) bilgi vermeniz. (Her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz).

1. Başvuruyu Yapan	2. Başvuru Türü
☐ Hastanın Kendisi ☐ Hasta Yakını	☐ Şikâyet ☐ Talep

3. Hastaneye Hizmet Almak İçin Ne Şekilde Gitmiştiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz.)

☐ Randevu almadan gittim.

☐ MHRS'den Randevu Alarak gittim.

☐ Takipli Hasta Olarak Çağıldım (Kanser, KBY, Diyabet v.b.)

☐ Görüntüleme işlemleri (MR, Ultrason v.s.) için sıra verilmişti

☐ Acil servise gitmiştim.

4. Şikâyetinize Konu Olan Birim	5. Şikâyetinize Konu Olan Meslek Grubu
☐ Poliklinik	☐ Hekim
☐ Yatan Hasta Servisi	☐ Hemşire
☐ Acil Servis	☐ Tıbbi Sekreter/ VHKİ- kayıt personeli
☐ Laboratuvar- (Kan alma- Numune verme)	☐ Diğer Sağlık Uzmanları (Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen v.b.)
☐ Görüntüleme Hizmetleri (Tomografi, MR v.b.)	☐ Temizlik Personeli
☐ Yoğun Bakım Hizmetleri	☐ Klinik Destek/ Hasta Bakıcı
☐ Ameliyathane Hizmetleri	☐ Danışma ve Yönlendirme Personeli
☐ Fizik Tedavi/ Hiperbarik üni. v.b.	☐ Güvenlik Görevlisi
☐ Sistemsel Sorunlar	☐ Kişiye bağlı olmayan bir konu
Diğer.....	Diğer.....

6. Bu hastanenin hizmetlerinden kaç yıldır yararlanıyorsunuz?

1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10yıl () 11 yıl ve üzeri ()

7. Ortalama olarak bu hastaneye ne sıklıkla gidersiniz?

Haftada 1 () Ayda 1 () Altı ayda 1 () Yılda 3 veya 4 () Gerekliğinde/çok nadir ()

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı ilgili yere X işareti koyarak belirtiniz. (şikâyetinizi kurum yetkilisine ilettiğiniz andan sonraki süreci düşünerek)	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
8. Hastanede sorunumu hangi yetkiliye ileteceğimi kolaylıkla bulabildim.					
9. Hastane sorunumu en kısa sürede çözmeye çalıştı.					
10. Hastane bana sorunumla ilgili her şeyi anlatma fırsatı sağladı.					
11. Hastane ilettiğim sorunun sonucu ile ilgili söz sahibi olmamı sağladı.					
12. Hastane sorunumu çözmek için esneklik gösterebildi.					
13. Bu hastaneden başvuruma yönelik iletilen sonuç oldukça adildi.					
14. Hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç bence yeterliydi.					

15. Yaşanan sorun ve kaybedilen zaman dikkate alındığında hastaneden başvuruma yönelik aldığım sonuç kabul edilebilir düzeydeydi.
16. Hastane yetkilisi şikayetime yönelik tüm bilgilendirme ve açıklamaları yaptı.
17. Hastane yetkilisi şikayetime çözerken dürüst davrandı.
18. Hastane yetkilisi şikayetime çözerken kibar davrandı.
19. Hastane yetkilisi şikayetime çözebilmek için çaba gösterdi.
20. Hastane yetkilisinin sorunumu dinlerken konuya benim bakış açımı yaklaştığını hissettim. (empati kurdu)
21. Bu tabloda, ihlal edildiğini düşündüğünüz hasta hakkı maddesini bularak şikâyet konusunu işaretleyiniz.

Hasta Hakları Maddesi	Şikâyet Konuları
Hizmetten Genel Olarak Faydalanma Hakkı	☐ Muayene Olamama (Kontrol, ilaç yazdırma v.b.) ☐ MHRS'den Randevu Alamama ☐ Hastanede Bekleme Süreleri ☐ Acil Servis Sevk Sorunları ☐ Ameliyat Olamama ☐ Yatak Bulunamaması (Servis, Yoğun bakım ve Diğer Birimler) ☐ Öncelik Hakkının Belirlenememesi ☐ Diğer
Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı	☐ Bilgilendirme Hiç Yapılmaması ☐ Bilgilendirmenin Yetersiz Yapılması ☐ Yanlış Bilgi Verilmesi ☐ Bilgilendirmenin Geç Yapılması ☐ Diğer
Saygınlık Görme ve Rahatlık Hakkı	☐ Kaba Davranma ☐ Önemsememe / İlgisizlik ☐ Kişiler Arası İletişim Bozukluğu ☐ Diğer
Otelcilik Hizmetleri ile İlgili Konular	☐ Temizlik Hizmetleri ile İlgili Sorunlar ☐ Yemek Hizmetleri ile İlgili Sorunlar ☐ Kantin Hizmetleri ile İlgili Sorunlar ☐ Yetersiz Otopark ☐ Kurum İçi Yönlendirmenin Sağlanmaması ☐ Hasta Kayıt ve Kabul İşlemleri ☐ Bekleme alanlarının koşulları ☐ Hasta Transferi (Tekerlekli Sandalye, Sedyeye İhtiyaçları) ☐ Diğer
İdari Mali Hizmetler ile İlgili Konular	☐ Fatura/ Ücret ödeme sorunları ☐ Sistem Sorunları (Bağlantı, e-nabız aktarımı vb.) ☐ Personel Yetersizliği ☐ Prosedürler ☐ Evrakla İlgili sorunlar ☐ Donanım/ Cihaz sorunları-eksikliği ☐ Diğer
Tıbbi Teknik Konular (Tıbbi Malpraktis)	☐ Yetersiz Muayene ☐ Yetersiz Tedavi ☐ Yanlış Teşhis ☐ Yanlış İlaç ☐ Cerrahi/ Klinik İşlemlerde Hata ☐ Hastanın Ölümü ☐ Diğer
Sağlık Kuruluşunu/ Personelini Seçme ve Değiştirme Hakkı	☐ Hekim Değişikliği/Seçimi Yapamama ☐ Diğer Sağlık Uzmanı Seçimi Yapamama (Kan Alma vb. işlemler) ☐ Diğer
Mahremiyet	☐ Fiziki Mahremiyetine Özen Gösterilmemesi ☐ Hastaya ait Bilgi Belge. gizliliği Sağlanamaması
Rıza/ Onam	☐ Aydınlatılmış rıza olmaksızın müdahale/ameliyat yapılması ☐ Aydınlatılmış rıza / Onam için yeterli bilgi verilmemesi ☐ Diğer
Güvenli Ortamda Hizmeti Alma	☐ Can ve/veya mal güvenliğinin sağlanmaması
Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma	☐ Dini vecibelerini serbestçe yerine getirememe ☐ Ziyaretçi ve/veya Refakatçi Bulundurma

Şikâyet konusunu lütfen kısaca

belirtiniz.....

Değerli katılımcımız, **bu şikâyet deneyiminizde hissettiklerinizi** düşünerek o anki duygularınızı ve derecesini lütfen işaretleyiniz. **NOT:** Sizden istenen, hastanedeki şikâyete konu olan durumun yaşandığı an hissettiğiniz duygular değildir. Sadece ***şikâyetiniz ilettikten sonraki süreci düşünmeniz*** istenmektedir.

Aşağıdaki ifadelerle ne derece katıldığınız ilgili yere X işareti koyarak belirtiniz. (şikâyetinizi kurum yetkilisine ilettiğiniz andan sonraki süreci düşünerek)	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
22. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle üzgündüm.					
23. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle keyfim kaçtı.					
24. O an hastaneye karşı kızgın olduğumu hissettim					
25. Kötü bir ruh halinde olduğumu hissettim.					
26. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sebebiyle sinirliydim.					
27. Şikâyetimi ilettikten sonraki yapılanlar sayesinde neşelendim.					
28. Hastaneye karşı bir yakınlık/sıcaklık hissettim.					
29. Bana değer verildiğini hissettim.					
30. O an gururlandım.					
31. Şikâyetimi ilettikten sonraki tüm yapılanları düşünürsem mutlu oldum.					

Değerli katılımcımız, lütfen aşağıdaki ifadeleri şikâyetinizi kurum yetkilisine iletirken o anki beklentilerinizi düşünerek okuyunuz ve **bu şikâyet deneyiminiz sonrasında hastane ile ilgili kararınızı** düşünerek işaretleyiniz.

Aşağıdaki ifadelerle ne derece katıldığınız ilgili yere X işareti koyarak belirtiniz.	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
32. Genel olarak bu hastanedeki şikâyet/ hizmet telafisi karşılaşmalarının iyi olacağını hissettim.					
33. Genel olarak bu şikâyetin çözülme şekline memnun kaldım.					
34. Bu hastanedeki hizmet telafisi deneyimimden genel olarak memnun kaldım.					
35. Bu hastaneyi tanıdıklarına tavsiye edeceğim.					
36. Gelecekte hastalanırsam/tıbbi bakım ihtiyacım olursa yine bu hastaneye gelirim					
37. Hastalık halinde arkadaşlarımı ve akrabalarımı da bu hastanede tedavi olmaları için cesaretlendiririm					
38. Özel hastaneye gitme imkânım olsa bile bu hastaneye gelirim.					
39. Yaşadığım olumsuz olayı arkadaşlarıma ve yakınlarıma anlatırım.					
40. Kendi yaşadıklarımı düşündüğümde, arkadaşlarıma ve yakınlarıma bu hastaneye gitmemelerini söylerim.					
41. Arkadaşlarımı ve yakınlarımı bu hastaneden hizmet almamaları için uyarırım.					
42. Bu hastanenin tıbbi tedavisinden memnun kaldım.					
43. Bu hastanede çalışanların sağlık bakım hizmetlerinden memnun kaldım.					
44. Bu hastanenin hastaya sunduğu olanaklardan (tesis, hasta karşılama ve imkanlar) memnun kaldım.					

45.	Bu hastaneden aldığım hizmetlerden genel olarak memnun kaldım.				
46.	Cinsiyetiniz:	Erkek ()	Kadın ()		
47.	Yaşınız.....				
48.	Medeni Hal:	Evli ()	Bekar ()		
49.	Eğitim:	İlköğretim ()	Lise ()	Üniversite ()	YL ve üstü ()
		Okuma- Yazma bilmeyen()			
50.	Meslek:	Kamu Çalışanı ()	Özel Sektör ()	Ev Hanımı ()	Emekli ()
		Diğer.....			
51.	Aylık Hane Geliri:	8.500 ve altı TL()	8501-15.000 TL ()	15.001- 25.000 TL ()	25.001- ve üstü TL ()
		Diğer.....			
52.	Hastanelerde tıbbi hatalar ile ilgili konularda sorun yaşadığınızı düşündüğünüzde <u>(tedavi, ilaç, reçete veya enjeksiyon vb.) genellikle nasıl tepki verirsiniz?</u>				
	() Genellikle tepkide bulunmam, şikâyet etmem.				
	() Her zaman tepkimi belli ederim, yazılı veya sözlü şikâyette bulunurum.				
	() Mesafe olarak <u>uzak</u> olsa da başka bir devlet/özel hastaneye giderim.				
	() Yaşadığım sorunu etrafımdaki akrabalarım/arkadaşlarıma anlatırım.				
	() Hastane idaresine başvururum.				
	() Hasta hakları birimine başvururum.				
	() SABİM 'e iletirim. (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)				
	() CİMER 'e iletirim. (Cumhur Başkanlığı İletişim Merkezi)				
	() Yasal yollara başvurmak için avukatla görüşürüm.				
53.	Hastanelerde tıbbi hatalar dışındaki konularda sorun yaşadığınızı düşündüğünüzde <u>(iletişim, randevu, otopark, temizlik vb.) genellikle nasıl tepki verirsiniz?</u>				
	() Genellikle tepkide bulunmam, şikâyet etmem.				
	() Her zaman tepkimi belli ederim, yazılı veya sözlü şikâyette bulunurum.				
	() Mesafe olarak <u>uzak</u> olsa da başka bir devlet/özel hastaneye giderim.				
	() Yaşadığım sorunu etrafımdaki akrabalarım/arkadaşlarıma anlatırım.				
	() Hastane idaresine başvururum.				
	() Hasta hakları birimine başvururum.				
	() SABİM 'e iletirim. (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)				
	() CİMER 'e iletirim. (Cumhur Başkanlığı İletişim Merkezi)				
	() Yasal yollara başvurmak için avukatla görüşürüm.				
54.	Kamuya ait sağlık kuruluşlarında en sık sorun yaşadığınız meslek grubu hangisidir?				
	() Hekim/ Asistan Hekim () Hemşire () Tıbbi Sekreter/ Hasta Karşılama ()Güvenlik/ Temizlik () Diğer.....				
55.	Sağlık hizmetinde karşılatığınız sorunları hangi kanallar aracılığı ile iletirsiniz?				
	() <u>Sözel</u> olarak iletirim. () <u>Yazılı</u> dilekçe ile iletirim. () Telefonla (Alo 184 gb.) () İnternette başvuru yaparım.				
	() Şikâyetimi iletmem. () Diğer.....				
56.	Bir vatandaş olarak hasta hak ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?				
	() Evet () Hayır				
57.	En sık başvurduğunuz sağlık kurumunda ‘Hasta Hakları Birimi’nin yerini biliyor muydunuz?				
	() Evet () Hayır				

Ek 3. Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.09.2022-164490



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu



50th yıl

Sayı : E-61923333-050.99-164490
Konu : 49/22 Emel YILMAZ

07.09.2022

Sayın Emel YILMAZ

İlgi : 01.09.2022 tarihli ve E--000-0 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 05.09.2022 tarihli ve 49 sayılı toplantısında alınan "22" nolu karar ile Emel YILMAZ'ın başvurusu **uygun** görülmüş ve karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Bayram TOPAL
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı

Ek: Karar Yazısı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSCS/STP80 Pin Kodu: 31152
Adres: Eskişehir Kampüsü 54187 Sivaslı SAKARYA / KEP Adres:
sakaryayunivresitesi@hs01.kep.tr
Telefon No 0264 295 50 00 Faks No 0264 295 50 31
e-Posta: ozel@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd/ek=578/MerD=BSCS/STP80/MerS=164490>

Bilgi için: Hanife Babacan
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



KARAR

22. Emel YILMAZ'ın “ Algılanan Adalet ile Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati ve Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim İlişkisinde Hizmet Telafisi Memnuniyeti ve Şikâyet Sürecindeki Duyguların Aracılık Etkisinin İncelenmesi ” başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Emel YILMAZ'ın “ Algılanan Adalet ile Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati ve Olumsuz Ağızdan Ağıza İletişim İlişkisinde Hizmet Telafisi Memnuniyeti ve Şikâyet Sürecindeki Duyguların Aracılık Etkisinin İncelenmesi ” başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-18343338-604.02.99
Konu : Bilimsel Araştırma Hakkında (Emel
YILMAZ)

SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 28/10/2022 tarihli ve 18343338-604.02.99-99-2091 sayılı yazı.

Sakarya Üniversitesi İşletme Bölümü'nde doktora öğrencisi Emel YILMAZ' ın İlimiz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi planlanan **"Algılanan Adalet ile Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati ve Olumsuz ağızdan Ağıza İletişim İlişkisinde Hizmet Telifsi Memnuniyeti ve Şikayet Sürecindeki Duyguların Aracılık Etkisinin İncelenmesi"** konulu bilimsel çalışmanın Hastanenizde yapılabilmesi için alınan olur ilgede gönderilmiş olup, söz konusu çalışmaya gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr.Serdar DEĞİRMENCİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Cumali Mah. Karapınar Cad. Resmi Daireler Yerleşkesi SAKARYA
Telefon: Faks No: 0 (264) 2513573
e-Posta: elif.kersin@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: ELİF KERSİN
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 264) 251 35 50

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Emel YILMAZ

ÖĞRENİM DURUMU

Doktora	Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Üretim Yönetimi ve Pazarlama	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme	2012
Lisans	Sakarya Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Reklamcılık	2022
Lisans	Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme	2007
Lise	SATSO Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2000

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer	Görev
2014- Devam Ediyor	Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hasta Hakları Birimi

YABANCI DİL

İngilizce

ESERLER

Yılmaz E., Karabay O., Altunışık R. (2022) “A qualitative research on identifying the exposure and risk perceptions of healthcare workers who are diagnosed with covid-19”. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(4): 712-720.

Yılmaz E., Karabay O. Altunışık R. 2022; Covid-19 Aşılama kararının sağlık inanç modeli çerçevesinde değerlendirilmesi. *ASBİ*, 22(3): 1400-1413.

Karabay M., Karabay O., Aydın A., Öğütlü A., Yaylacı S., Dheir H., YILMAZ E., H. , Çakar M. A. (2022) Clinical characteristics and prognostic factors of patients with covid-19. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(4): 624-633.

- Yılmaz E., Altunışık R., Atakay A. (2019) “Hastaların siberkondria düzeylerine yönelik bir inceleme: bir araştırma hastanesi örneği”, *Uluslararası Marmara Sosyal Bilimler Kongresi*.
- Yılmaz E., Altunışık R., Atakay A., Oğuz B. (2019) "Tıbbi sekreterlerdeki duygusal zekâ, problem çözme becerileri ve mesleki tükenmişlik düzeylerinde sosyo-demografik özellikler ve çalışma şartlarının etkisine yönelik bir inceleme", *3.Uluslararası ve 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*.
- Yılmaz E., Altunışık R., Engin A. (2019) “Hasta hakları konusunda ne kadar haberdarız?”, *3.Uluslararası ve 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*.
- Yılmaz E., Karabay M. (2023) “Ebeveynlerin komplo zihniyetleri ile çocuklarına covid-19 aşısı yaptıрма niyeti arasındaki ilişkide covid-19 söylentilerinin rolü: bir yapısal eşitlik modeli çalışması”.
- Yılmaz E., Nart S., Altunışık R. (2022) “Geri bildirim sistemi kapsamında hasta şikâyetlerinin incelenmesi: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği” *Uluslararası Marmara Sosyal Bilimler Kongresi*.