

Algılanan Hastane Süreç Kalitesinin Hizmet Telifisi Memnuniyetine Etkisinde Hasta Şikayetlerinin Düzenleyici Rolü: Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği'nin Uyarlanması

Fatma MANSUR¹

Çağla Pınar UTKUTUĞ²

Edibe Asuman ATILLA³

Öz

Sağlık hizmeti hatası hastalar kadar tıbbi hizmet sağlayıcılar için de kritik öneme sahiptir. Hizmet Baskın Mantık Teorisi'ne göre hastalar, şikayet ve taleplerini dile getirerek sağlık hizmeti sunucularına ve politika yapıcılara birlikte değer yaratılması sürecinde önemli bir geri bildirim sağlamaktadır. Bu nedenle şikayetler doğru bir şekilde ele alındığı takdirde, sağlanan bakım ve hizmet kalitesinin bir öncülü olarak hizmet edebilmektedir. Bu çalışmanın ana amacı, ayakta tedavi görürken hizmet hatası yaşayan bir hastanın şikayet davranışı gösterip göstermemesine göre algıladığı süreç kalitesinin hizmet telifi memnuniyetine etkisini analiz etmektir. Buna ek olarak, dokuz ifadeden oluşan Chahal ve Kumari (2010) tarafından geliştirilen Süreç Kalitesi (Process Quality Scale) ölçeğinin "Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği" olarak Türk diline uyarlanarak, geçerlilik ve güvenirliğinin test edilmesi yoluyla literatüre kazandırılması da hedeflenmiştir. Kolayda örnekleme yöntemi ile sıklıkla tercih ettiği hastanede hizmet hatası yaşayan 453 kişiye ulaşılmış; SPSS 26 ile açılımlayıcı faktör analizi, SmartPLS 4.1 ile doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik model testi yapılmıştır. Buna göre ayakta tedavi görürken hizmet hatası ile karşılaşan hastaların algıladıkları süreç kalitesi, hizmet telifisinden duydukları memnuniyeti doğrudan etkilemektedir. Ayrıca, hastaların hizmet hatası yaşamaması ve buna bağlı olarak şikayette bulunması, algıladıkları süreç kalitesinin hizmet telifisi memnuniyeti üzerindeki etkisini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Baskın Mantık Teorisi, Hastane Süreç Kalitesi, Hizmet Telifisi, Şikayet, SmartPLS

The Moderating Role of Patient Complaints in the Effect of Hospital Process Quality on Service Compensation: Adaptation of the Hospital Process Quality Scale

Abstract

Service failure in healthcare is critical to the health and safety of both medical providers and patients. According to the Service-Dominant Logic Theory, patients provide valuable feedback to healthcare providers and policymakers in co-creating value by expressing their complaints and demands. Therefore, if complaints are recovered professionally, they can serve as an antecedent of the quality of care and service. The main purpose of this study is to analyze the effect of the process quality perceived by an out-patient who experiences a service failure while receiving treatment on service recovery satisfaction, depending on whether the patient shows complaint behavior or not. In addition, it aims to adapt the Process Quality Scale developed by Chahal and Kumari (2010), which consists of nine statements, into the Turkish language as the "Hospital Process Quality Scale" and to introduce it into the literature by testing its validity and reliability. With the convenience sampling method, 453 patients who experienced service failure in the hospital which they frequently preferred were reached and gathered data is analyzed through exploratory factor analysis by SPSS 26, confirmatory factor analysis, and structural equation model test by SmartPLS 4.1. Thus, the process quality perceived by out-patients who encounter service failure while receiving treatment directly influences their satisfaction with service recovery. In addition, patients who make complaints after experiencing service failure perceive higher satisfaction with service recovery through perceived process quality.

Keywords: Service-Dominant Logic Theory, Hospital Process Quality, Service Recovery, Complaint, SmartPLS

¹ Doç. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, fatma.mansur@hbm.edu.tr, 0000-0002-0336-6329.

² Doç. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cagla.utkutug@hbm.edu.tr, 0000-0002-4147-9519.

³ Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, asuman.atilla@hbm.edu.tr, 0000-0002-2823-9801.

Bu makaleye atıfta bulunmak için: Mansur, F., Utkuğ, Ç. P. ve Atilla, E. A. (2025). Algılanan Hastane Süreç Kalitesinin Hizmet Telifisi Memnuniyetine Etkisinde Hasta Şikayetlerinin Düzenleyici Rolü: Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği'nin Uyarlanması. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 53-82. <https://doi.org/10.26745/ahbvuiibfd.1501339>.

To cite this article: Mansur, F., Utkuğ, Ç. P. & Atilla, E. A. (2025). The Moderating Role of Patient Complaints in the Effect of Hospital Process Quality on Service Compensation: Adaptation of the Hospital Process Quality Scale. *Ankara Hacı Bayram Veli University Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 27 (1), 53-82. <https://doi.org/10.26745/ahbvuiibfd.1501339>.

Giriş

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerdeki kamu birimlerinin, özellikle sağlık kuruluşlarının, kaliteli hizmet sunma ve hasta memnuniyeti sağlama becerileri sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin önemine dayalı stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması, rekabet avantajı yaratılması ve daha iyi bir kamu imajına sahip olunması için farklı bir platform sağlayabilmektedir (Mosadeghrad,2014). Vargo ve Lusch'un (2004a; 2004b) geliştirdiği Hizmet Baskın Mantık (HBM) Teorisi, işletmelerin tek başına değer yaratmadığını, müşterilerin çeşitli katkılar sunarak işletme, çalışanlar ve diğer müşterilerle birlikte değer geliştirdiğini ileri sürerek birlikte değer yaratma (value co-creation) kavramını geliştirmiştir (Ranjan ve Read, 2016). Ancak bir hizmetin "kullanım değeri"ni belirleyen müşteridir (Vargo ve Lusch, 2008; Vargo, 2008). HBM teorisinde, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalara hizmeti kolaylaştırmak için; biliş, anılar, duygular, deneyimler, değerler gibi iç; iş arkadaşları, mevcut bilgi, teknoloji ve altyapı gibi dış kaynaklardan yararlanır. Hastalar da sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla etkileşimi etkileyen bilgi, anılar, duygular, beklentiler gibi iç ve aile, sosyal ağlar ve mali durum gibi dış kaynaklara sahiptir. Özellikle doğrudan etkileşimler kapsamında, değerin hastalar tarafından belirlendiği ve deneyim algılarının yaratıldığı birçok durum vardır (Krull ve diğerleri, 2023). İster özel ister kamusal bağlamda, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlayan koşulları daha iyi anlamak sağlık yöneticileri için değerlidir (Scotti ve diğerleri, 2007). Özellikle hastalarla teması yüksek olan önsaflardaki hastane çalışanları bu ortak değerin yaratılma sürecinde önemli bir rol oynamaktadır ve hastalar sıklıkla sağlık bakım deneyimlerini bu etkileşimlere dayanarak değerlendirmektedir (Ashill ve diğerleri, 2005; Rod ve Ashill, 2010).

Örgüt yapısının ve süreçlerinin iyileştirilmesiyle sağlanan yüksek kalite; israfı, yeniden çalışmayı ve gecikmeleri azalttığı gibi daha düşük maliyet ile daha yüksek pazar payını beraberinde getirmekte ve daha güçlü bir işletme imajı yaratarak daha istikrarlı kurumsal itibar sağlamaktadır (Lagrosen ve Lagrosen, 2005; Mosadeghrad, 2012, 2014; Zeithaml, 2000). Sağlık hizmetlerinde kaliteye yönelik pek çok tanım bulunmakla birlikte yaygın olarak kullanılan Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine [IOM], 1990) tarafından yapılan "bireylere ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarının elde edilme olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olma derecesi" tanımıdır (Lohr ve diğerleri, 1992). Buttell ve diğerleri (2007), Tıp Enstitüsü'nün tanımını genişleterek kaliteyi; birey ve topluma yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarının elde edilme olasılığını artırma (kalite ilkeleri), mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olma (profesyonel uygulayıcı becerisi) ve sağlık hizmeti kullanıcılarının beklentilerini karşılanma derecesi olarak tanımlamıştır. Literatürde hizmet kalitesi objektif kalite ve algılanan kalite olarak iki farklı

yaklaşım ile değerlendirilmektedir (Alrubaiee ve Alkaa’da, 2011; Gronross, 1990; Ozment ve Morash, 1994). Objektif hizmet kalitesi kapsamında hizmet hataları, kusurlu ürün, müşteri ihtiyaçlarının karşılanmayışı gibi müşteriye sunulan faydaya ilişkin değerlendirmeler esas alınırken, algılanan hizmet kalitesi örgütsel süreçlerin sunduğu ipuçlarına bağlı olarak müşterinin kalite değerlendirmesi üzerine vurgu yapmaktadır (Ozment ve Morash, 1994).

Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, imalat sanayinden farklı olarak etkileşim kalitesi, fiziksel çevre kalitesi ve sonuç kalitesi gibi üç temel boyut açısından mükemmelliği gerektirir (Brady ve Cronin, 2001). Sağlık hizmetleri literatüründe en çok vurgulanan boyut, hizmet sunumu sırasında kişilerarası etkileşimi gösteren etkileşim kalitesidir (Bitner, 1992; Brady ve Cronin, 2001; Gronroos, 1984; Newman ve Pyne, 1996; Rust ve Oliver, 1994). Etkileşim kalitesi davranış, uzmanlık ve süreç kalitesi (Chahal ve Kumari, 2010) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilir. Gronroos'a (1984) göre süreç kalitesi, müşteri ile çalışanlar arasındaki etkileşimler, destekleyici hizmetler ve tesisin çevresi ile ilgili hizmet kalitesi bileşenlerini ifade etmektedir. Başarılı temizlik hizmetleri, destek personelinin dinleme yeteneği, ön saflardaki personel ile etkileşim, şikayetleri ele alma sistemi ve destekleyici tesisler (idari fonksiyon, laboratuvar hizmetleri ve kan bankası hizmetleri) hastanelerdeki ana süreçler olarak tespit edilmiştir ve hizmet kalitesi algısını önemli ölçüde etkilemektedir (Chahal ve Kumari, 2010).

Genel olarak değer yaratma, müşterinin refahını artıran bir süreci içerir (Gronroos ve Voima, 2013). Ancak birçok sağlık kurumu “mükemmel” hizmet sunumunu hedeflese de, belirtilen tüm bu süreçlerde mükemmelliğe ulaşmak her zaman mümkün olmayabilir (Özer ve diğerleri, 2017). Hizmet hatası, hizmete ilişkin performans algısının beklentilerin altında kalması durumudur (Zeithaml ve diğerleri 1993). Müşterilerin hizmet sunumunu oluşturan süreçler kapsamındaki beklentilerinin karşılanmaması şikayet etme, olumsuz ağızdan ağza iletişim ve hizmet sağlayıcı değiştirme gibi birçok istenmeyen müşteri davranışını tetikleyebilmektedir (Robinson ve diğerleri, 2011). Dolayısıyla, sağlık hizmet sağlayıcının eylemleri hastanın zararına olabilmekte ve değer birliktte yaratılması süreci de olumsuz etkilenebilmektedir. HBM teorisi kapsamında, sağlık hizmetlerinde şikayet davranışı oluşturabilecek hizmet sunum hatalarının bu zararlı sonuçlarını geri almak için hizmet hatasını telafi edecek eylemlerin gerçekleştirilmesi çok önemlidir (Holloway ve Beatty, 2003; Lee ve Park, 2010; Kuo ve Wu, 2012). Hizmet sunucularının, hizmet hatalarının yarattığı olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için yürüttüğü eylemler hizmet telafisi olarak adlandırılır (Lewis ve Spyropoulos, 2001). Müşterilerin hizmet telafisinden memnun olma düzeyi belirlenerek müşteri sadakati, güçlü işletme imajı ve istikrarlı kurumsal itibar gibi ilişkiyel pazarlama çıktıları

değerlendirilebilir (Odoom ve diğerleri, 2020). Ancak, hizmet hatası, şikayetler ve hizmet telifisi, hizmet pazarlaması literatüründe hizmetleri iyileştirmenin bir yolu olarak uygulanabilir kavramlar olarak benimsense de, bu durum sağlık araştırmaları alanına tam olarak yansımamaktadır (Hardyman ve diğerleri 2015). Bu farklılık ise sağlık pazarlaması literatüründe önemli bir boşluk yaratmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, HBM teorisine uygun olarak, bu çalışma, hastaların sıklıkla tercih ettikleri hastanelerin süreç kalitesinin hizmet telifisi memnuniyetine etkisini hastaların şikayette bulunup bulunmamasına göre analiz etmektedir. Ayrıca, dokuz ifadeden oluşan Chahal ve Kumari (2010) tarafından geliştirilen Süreç Kalitesi (Process Quality Scale) ölçeğinin “Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği” olarak Türk diline uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi yoluyla literatüre kazandırılması da hedeflenmiştir.

1. Hastanelerde Süreç Kalitesi

Sağlık hizmetlerinde kalite, 1980’li yıllardan itibaren birçok yazar tarafından farklı sınıflandırmalar ile çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bunlar genel anlamda iki farklı bakış açısına bağlı olarak geliştirilen yapılardır. Bunlardan ilki, objektif hizmet kalitesi olarak da adlandırılan, sağlık hizmeti sunanların bakış açısından tıbbi hizmetlerin sonucunu vurgulayan ve “ne sunuldu” sorusunun cevabının arandığı tıbbi yaklaşımdır. İkincisi ise, algılanan hizmet kalitesi olarak da tanımlanabilen, hastanın bakış açısından tıbbi bakım sürecinin ele alındığı ve “nasıl hizmet sunulmalı” sorusunun cevabının arandığı hizmet pazarlaması yaklaşımıdır (Alrubaiee ve Alkaa’da, 2011; Choi ve diğerleri, 2005). Kaliteli sağlık hizmeti sunumu, birçok farklı kuruluş ve hizmet sağlayıcı arasında koordinasyonu gerektirmektedir. Aynı zamanda son derece karmaşık teşhis, tedavi, lojistik süreç ve uygulamaların koordinasyonu da sağlanmalıdır. Sağlık sisteminin karmaşıklığı, bürokratik ve bölümlere ayrılmış yapısı, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesinin önünde önemli bir engel teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık sorunları karmaşıktır ve yüksek derecede özelleştirilmiş çözümler gerektirir. Her durum ve her hasta farklıdır. Basit bir görev, farklı bölüm ve çalışanların iletişimini ve işbirliğini gerektirir (Manaf, 2005). Ayakta tedavi gören hastalar hastanelerin hizmet kalitesini değerlendirirken, hizmeti oluşturan ve fayda yaratan tüm parçalara yönelik hizmet ipuçlarına tanıklık edemeyebilir. Elde ettikleri sınırlı sayıdaki ipucuna bağlı olarak hizmet kalitesine yönelik genel bir değerlendirme geliştirebilirler (Ozment ve Morash, 1994). Bu nedenle bu araştırma, hastaların gözünden, algılanan hizmet süreçleri kalitesi yaklaşımına odaklanmaktadır.

Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, Donabedian’a (1988) göre yapı ve kaynak, süreç ve sonuç olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Yapı, bakımın sunulduğu ortamların özelliklerini, kaynak ise,

personel ve ekipman gibi unsurları içermektedir. Süreç, bakımın sağlanmasının tüm yönlerini kapsar ve sağlık hizmet sunucuları ile hastalar arasındaki etkileşime vurgu yapmaktadır. Sonuç ise nihai sonuca veya sağlanan bakımın etkisine odaklanmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi büyük ölçüde hizmet sürecine ve hasta-hizmet sağlayıcı etkileşimine bağlıdır (Mosadeghrad, 2012). Sağlık hizmetleri literatüründe etkileşim kalitesinin önemini ortaya koyan birçok araştırma mevcuttur (Bitner, 1992; Brady ve Cronin, 2001; Gronroos, 1984; Newman ve Pyne, 1996; Rust ve Oliver, 1994). Chahal ve Kumari (2010) hastanelerde algılanan etkileşim kalitesi kavramını ölçmek için güncel bir yaklaşım geliştirmiş; davranış, uzmanlık ve süreç kalitesi olmak üzere üç alt boyuta ayırmıştır. Hizmet süreçlerinin kalitesi ve tıbbi yetkinliklerin geliştirilmesine yapılan yatırım, sağlık kuruluşların başarılarının belirleyicisidir (Olkiewicz ve Bober, 2015). Hizmet süreç kalitesi; hizmet sunumunun planlanması, hizmetin zamanında ve özenli bir şekilde sunulması; doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin yanı sıra kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi yoluyla hastanın sağlık kurumuna olan güveninin temel belirleyicisidir (Zarei ve diğerleri, 2015). Literatürde, Chahal ve Kumari'nin (2010) geliştirdiği ölçeğin ifadeleriyle (bkz. Tablo 1) uyumlu bir çok ampirik bulgu mevcuttur. Örneğin, sağlık hizmetlerinde kalite toplumun tüm bireylerinin sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir konudur, hijyen eksikliği ve uzun bekleme süreleri sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Alayoubi ve diğerleri, 2021). Ranjbar ve diğerleri (2014) sağlık kurumlarında hijyenine dikkat edilmesi, hastaların yatış sırasındaki sorunlarının giderilmesi, kaliteli hizmet sunma taahhüdü, uygun, temiz ve güzel fiziki ortamın sağlanmasının en önemli sorun yaratan faktörler olduğunu belirtmiştir. Hastaların sağlık kurumundan beklentileri arasında temizlik, özerkliğe saygı politika ve prosedürlerinin bulunması, bütünsel sağlık hizmeti, hastaların anlayabileceği sözcüklerin kullanıldığı sağlık çalışanı iletişimi ve hasta ihtiyaçlarına yanıt veren özenli hizmet sunumu bulunmaktadır (Nepal ve diğerleri, 2020). Doktorlardan ilgi görmek, randevu almak için harcanan süre, çalışma saatleri, bekleme süresi, maliyetler, kolaylık, tedavi kalitesi, ağrı yönetimi ve hemşire iletişimi sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen unsurlardır (Nana 2010, Kane 1997, Swan 1985, Tengilimoğlu 1999).

1.1.Hastanelerde Süreç Kalitesinin Hizmet Telafisi Memnuniyetine Etkisi

Hizmet hatası, bir hizmet sağlayıcı tarafından oluşturulan hizmet parçalarının müşteri beklentilerini karşılamaması veya müşteriler tarafından yetersiz olarak değerlendirilmesidir (Lin, 2006; Zeithaml ve diğerleri 1988). Hizmet sunumu bütünsel bir yapıya sahiptir ve herhangi bir hata, müşteri deneyimine (Fallon ve Schofield, 2000), dolayısıyla değer birliğinde yaratılma sürecine zarar verebilir (Hardyman ve diğerleri, 2015). Hizmet hatası sonuç odaklı ve süreç odaklı olmak üzere iki

biçimde ortaya çıkabilmektedir (Bitner ve diğerleri, 1990; Harrison-Walker, 2012; Hoffman ve diğerleri, 1995; Keaveney, 1995; Mohr ve Bitner, 1995). Sonuç odaklı hizmet hatası, müşterilerin hizmetten gerçekte ne aldığını içerirken süreç odaklı hata ise, hizmetin sunulma şekliyle ilgilidir (Gronroos, 1988; Parasuraman ve diğerleri, 1985). Süreç odaklı hizmet hataları hizmet sağlayıcının yürüttüğü temel hizmet sürecinin akışındaki veya belirli alanlardaki hatalardan kaynaklanır (Smith ve diğerleri, 1999). Kısaca, hizmet süreci müşteri beklentilerini karşılamada başarısız olduğunda hizmet hatası meydana geldiği söylenir. Araştırmalar, hizmet sürecindeki taahhütleri gerçekleştirilmemenin, hizmet sektöründeki müşterileri hayal kırıklığına uğratmanın en önemli nedeni olduğunu göstermiştir (Berry ve diğerleri, 1990). Hizmet hatası kaçınılmazdır ve gerçekleştiğinde müşterilerle ilişkiler bozulabilir; müşteri memnuniyetsizliğine, müşteri şikayetine, olumsuz ağızdan ağza iletişime ve hatta doğru şekilde ele alınmazsa müşterinin kaybedilmesine neden olabilir (Gustafsson, 2009; Harrison-Walker, 2012, 2019).

Hasta şikayetlerinin işlevlerinden biri olan hizmet telifisi (Javetz ve Stern, 1996), hizmet hatasını gidermek amacıyla gerçekleştirilen eylemleri ifade etmektedir (Gil ve diğerleri 2006). Daha geniş bir tanımla hizmet telifisi, memnuniyet düzeyi düşük müşterilerin olumsuz algılarını değiştirmek ve bu müşterilerle ilişkiyi sürdürmek amacıyla geliştirilen kalite yönetiminin bir parçası olarak gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Sağlık sektöründe hizmet telifisi, geniş ve karmaşık bir dizi konuyu kapsar. Ayakta veya yatakta tedavi gören hastalar kapsamında açısından hizmet hatalarının ve hizmet telifisinin uygulamaları ile sonuçları oldukça farklıdır. Ayakta tedavi bölümünde bekleme süresinin uzunluğu ya da güvenli otopark alanı gibi nispeten az kritik konulardan, yatakta tedavi gören hastalar için klinik yeterlilik konularını içeren oldukça karmaşık durumlara kadar çeşitlenmektedir (Ashill ve diğerleri, 2005). Bununla birlikte, personelin bakış açısına göre potansiyel olarak "küçük" bir sorun veya nispeten önemsiz olarak kabul edilebilecek bir durum, sağlık hizmetlerinden faydalananlar için hayal kırıklığına yol açabilir ve kalitenin önemli bir göstergesi haline gelebilmektedir (Rogers ve diğerleri, 1994).

Hizmet telifisi, artan müşteri memnuniyetine ve müşteri sadakatine yol açmaktadır (Lobo ve diğerleri, 2007; Moliner ve diğerleri, 2007; Zhu ve diğerleri 2007). Bunun tersine, ayakta tedavi gören hastalar, düşük süreç kalitesi deneyimi yaşadıklarında, hastaların sağlık hizmetinden memnuniyeti zayıflayacaktır. Bu nedenle, müşteri memnuniyetsizliğinin olduğu alanlar tespit edilerek, düşük hizmet kalitesi ve hizmet hatası yaratan süreçlerde proaktif iyileştirme yapmak için uygun hizmet telifi planları geliştirilmesi gerekmektedir (Kuo ve diğerleri, 2013). Beklenti-doğrulama teorisine (expectancy–confirmation theory) göre, düşük algılanan hizmet kalitesi, gerçekleştirilen hizmet

telafisi eylemlerinden memnuniyeti de azaltabilmektedir. Bu bilgiler ışığında, sıklıkla tercih edilen bir hastanede ayakta tedavi gören hastanın hizmet hatası yaşaması durumunda, algıladığı hastane süreç kalitesinin hizmet telafisi memnuniyetine pozitif yönlü bir etkisi olduğu varsayılmaktadır.

H1: Algılanan hastane süreç kalitesinin hizmet telafisi memnuniyetine pozitif yönlü bir etkisi vardır.

1.2.Şikayet Davranışının Düzenleyici Rolü

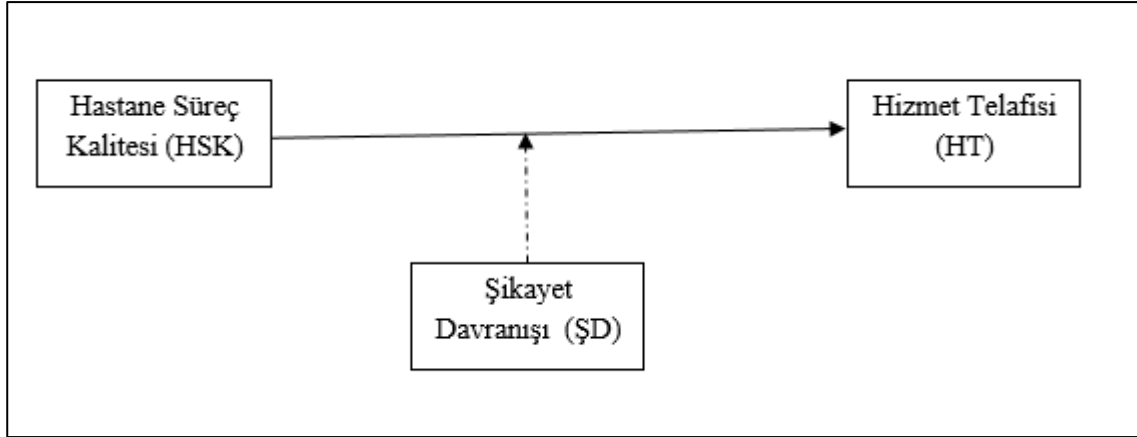
Şikayet davranışı, müşterilerin hizmet sunuculara şikayette bulunmanın 'iyiliği' veya 'kötülüğü' üzerindeki genel etkisi olarak tanımlanmıştır (Voorhees ve Brady, 2005). Zeithaml ve diğerleri (1996), memnun olmayan müşterilerin şikayet etme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtse de; şikayet, memnuniyetsizlik durumlarıyla sınırlı değildir (Singh ve Wilkes, 1996). Bireyin bir mal veya hizmetle ilgili memnuniyetsizlik yaşandığında işletmeden telafi talep etme eğilimidir (Bodey ve Grace, 2007). Sebep Eylem Teorisi'ne göre (Theory of Reasoned Action) (Fishbein ve Ajzen, 1981), hizmet hatası bağlamında müşterilerin şikayet davranışının daha sık gerçekleştiğini gösteren bulgular vardır (Bearden ve Mason, 1984; Augusto de Matos ve diğerleri, 2009; Kau ve Loh, 2006; Richins, 1982). Hastalar, şikayet ve taleplerini dile getirerek sağlık hizmeti sunucularına ve politika yapıcılara önemli bir geri bildirim sağlamaktadır. Bu mekanizma doğası gereği doğrudan olup, hastaların algıladığı sorunlu alanlara işaret etmektedir. Bu nedenle şikayet yönetimi gerçek anlamda uygulandığı takdirde, sağlanan bakım ve hizmet kalitesinin bir izleyicisi olarak çalışmaktadır. Birçok araştırmacı (DeWitt ve diğerleri, 2008; Özer ve diğerleri, 2017; Ro, 2014; Um ve Lau, 2008), düşük algılanan sağlık hizmetleri kalitesinin şikayet davranışını tetiklediğini gösteren bulgular elde etmiştir. Augusto de Matos ve diğerleri (2009), şikayet etme davranışının hizmet telafisi için önemli bir düzenleyici olduğunu belirtmiş ve hizmet telafisinin şikayet etme eğilimi düşük müşteriler için daha düşük memnuniyet yarattığını tespit etmiştir. Benzer olarak, ayakta tedavi görürken hizmet hatası yaşamasına rağmen şikayet etme davranışı göstermeyen bir hastanın algıladığı süreç kalitesinin hizmet telafisi memnuniyetine etkisi, şikayet eden hastaya kıyasla daha düşük olduğu ileri sürülmektedir.

H2: Şikayet etme davranışının algılanan hastane süreç kalitesi ile hizmet telafisi tatmini arasındaki ilişkide düzenleyici rolü vardır.

2. Yöntem

Bu araştırmanın ana amacı, ayakta tedavi gören hastaların hizmet hatası yaşadıklarında şikayet davranışı gösterip göstermemesine göre algıladıkları süreç kalitesinin hizmet telafi memnuniyetine etkisini analiz etmektir. Buna ek olarak, dokuz ifadeden oluşan, Chahal ve Kumari

(2010) tarafından geliştirilen Süreç Kalitesi ölçeğinin (Process Quality Scale) Türkçe'ye uyarlanarak “Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği” olarak adlandırılması, geçerlilik ve güvenirliliğinin test edilmesi ve böylece Türkçe literatüre kazandırılması hedeflenmiştir. Araştırma örneklemini Ankara’da ayakta tedavi gören ve hizmet hatası yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Şekil 1, araştırmanın ana amacı doğrultusunda geliştirilen araştırma modelini göstermektedir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Chahal ve Kumari (2010) Süreç Kalitesi ölçeğini oluştururken, Chahal (2009) ve Sardana’nın (2003) çalışmalarında yer alan ifadelerden yararlanmıştır. Süreç kalitesi kavramını etkileşim kalitesi (interaction quality) yapısının bir alt boyutu olarak ele almıştır. Yazarlar, Kuzey Hindistan’da 400 hastanın yer aldığı araştırma sonucunda 9 ifadeden oluşan bu ölçeği içinde barındıran etkileşim kalitesi faktörünün Cranbach Alpha değerini 0,922 olarak tespit etmiş, geçerlilik analizlerinin sonucunda bu yapının istikrarlı olduğunu belirtmiştir. Bu ölçek, araştırma yayınlandığı tarih itibariyle 202 uluslararası akademik çalışmada atıf almıştır (https://scholar.google.com/scholar?cites=13752865217212372343&as_sdt=2005&scioldt=0,5&hl=tr, erişim 15.03.2024). Bu bulgular ışığında, ölçekte kullanılan ifadeler Türkçe’ye çevrilerek uyarlaması yapılmıştır. İfadelerin Türkçe diline çevrilmesinde olası yanlış yorumlamaları önlemek için Sağlık Yönetimi alanından iki uzman ile çift kör çeviri işlemi yapılmış, üçüncü bir uzman tarafından ise dil yapısının Türkçe’ye uygunluğunun kontrolü sağlanmıştır. Ayrıca, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü’nde açılmış olan 2023-2024 Güz Dönemi “Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi” dersini alan 121 lisans dördüncü sınıf öğrencisi tarafından ifadelerin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Sınıf içerisindeki öğrenciler gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra, kolayda örnekleme yöntemine uygun olarak, yakın sosyal çevrelerindeki gönüllü katılımcılara ulaşarak anketin çevrimiçi olarak cevaplandırılmasını sağlamıştır.

Anket formunda katılımcılara dokuz ifadeden oluşan Chalal ve Kumari (2010) tarafından geliştirilen Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği'ne ait ifadeler dışında, cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, mesleği, ikamet ettiği şehir, sağlık sigortası gibi demografik bilgiler, en çok tercih ettiği hastane olarak da davranışsal bilgi sorulmuştur. Bunlara ek olarak, araştırma örneklemini belirlemek amacıyla “En sık tercih ettiğiniz hastaneden sağlık hizmeti kullanırken hizmet hatası (bir sorunla) ile karşılaştığınız mı?” sorusu ile algılanan hizmet telafisi etkinliğini etkileyebileceği düşünülen şikayet davranışını belirleyebilmek için “Tercih ettiğiniz hastaneye, bu sorunu telafi etmeleri için şikayette bulundunuz mu?” sorusu sorulmuştur. Araştırmanın nomolojik geçerlilik çalışmasının yürütülebilmesi için, hizmet hatası sonucunda sağlanan telafiye ilişkin memnuniyeti ölçmek için Choi ve La'nın (2013) kullandığı, Tax, Brown ve Chandrashekar (1998) ile Weun ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilmiş ölçeklerin entegrasyonundan oluşan 3 ifadeli ölçek tercih edilmiştir. Bu ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Utku ve Ermeç (2024) tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek ifadeleri 7'li Likert (1 = Tamamen katılmıyorum ve 7 = Tamamen katılıyorum) ile ölçülmüştür. Araştırma uygulanmadan önce Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından E-11054618-302.08.01-235401 karar ile onaylanmıştır. Araştırma kapsamında 2023 Aralık- 2024 Şubat tarihleri arasında sıklıkla tercih ettiği hastanede hizmet sorunu yaşayan 518 kişiye ulaşılmış, hizmet telafisi sorularına verilen eksik cevaplar nedeniyle 65 anket araştırma kapsamı dışında bırakılarak, 453 geçerli anket sayısı ile araştırma sonuçlandırılmıştır.

3. Bulgular

Bu başlık altında demografik ve davranışsal bulgular, SPSS 26 istatistik programı ile yapılan güvenilirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi, SmartPLS 4.1 programı ile yürütülen doğrulayıcı faktör analizi ve araştırma modeli testi bulguları alt başlıklar şeklinde sunulmaktadır.

3.1. Demografik ve Davranışsal Bulgular

Araştırma kapsamında örneklemin demografik ve davranışsal özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %59,4'ü (269) kadın, %40,6'sı (184) erkektir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%53,9- 244 kişi) genç yetişkin olarak adlandırılan 18– 25 yaş aralığında, %46,1'i (209 kişi) 26-66 ve üzeri yaş grubundadır. Örneklemin büyük çoğunluğu (%91,7- 411 kişi), en az lise düzeyinde eğitime sahiptir. Ulaşılan katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olması araştırmada elde edilen verilerin güvenilirliğini destekleyeceği düşünülmektedir. Katılımcıların %89,6'sı (406 kişi) SGK üzerinden

sağlık sigortasına sahipken, bunu özel sağlık sigortası %6 (27 kişi) oranıyla ve tamamlayıcı sağlık sigortası %4,4 (20 kişi) oranıyla takip etmektedir. Katılımcıların %57,8'i en sık tercih ettiği hastaneden sağlık hizmeti kullanırken yaşadığı hizmet hatası sonucunda şikayet davranışı gösterdiğini, %42,2'si yaşadıkları sorunla ilgili herhangi bir geri bildirimde bulunmadığını belirtmiştir.

Tablo 1. Demografik ve Davranışsal Bulgular

Değişkenler	Kategori	f	%
Cinsiyet	Kadın	269	59,4
	Erkek	184	40,6
	Toplam	453	100,0
Yaş	18–25	244	53,9
	26–32	62	13,7
	33–42	68	15,0
	43–50	40	8,8
	51–65	31	6,8
	66 +	8	1,8
	Toplam	453	100,0
Eğitim	İlköğretim	42	9,3
	Lise	142	31,3
	Ön Lisans	84	18,5
	Lisans	160	35,3
	Yüksek Lisans	23	5,1
	Doktora	2	0,4
	Toplam	453	100,0
Sigorta	SGK	406	89,6
	Özel Sağlık Sigortası	27	6,0
	Tamamlayıcı Sigorta	20	4,4
	Toplam	453	100,0
Hastane Tercihi	Kamu	399	89,1
	Özel	54	11,9
	Toplam	453	100,0
Şikayet Davranışı	Evet	191	42,2
	Hayır	262	57,8
	Toplam	453	100,0

3.2. Güvenilirlik Analizi

SPSS 26 istatistik programı ile yapılan test sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 9 ifade için 0,946 çıkmıştır. Cronbach Alpha katsayısı “1” değerine yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği yükselmektedir (Ural ve Kılıç, 2006:286). Özellikle, katsayının 0,80 ve üzerinde olması ölçeğin yüksek güvenilirliğini temsil etmektedir (Kalaycı, 2009:405).

3.3. Açımlayıcı Faktör Analizi

Uyarlanan Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği’nin güvenilirlik ve geçerliliğini test etmek amacıyla öncelikle ölçeğin boyutluluğunu ve faktör yüklerini ortaya koymak üzere Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) gerçekleştirilmiştir. Elde edilen KMO indeksinin, Kalaycı (2010) tarafından kabul edilen 0,50 eşik değerinden yüksek olması (KMO= 0,944), bu ölçeğe AFA’nın uygulanabileceğini göstermiştir. Bartlett testi sonucunda χ^2 değeri anlamlı bulunmuştur (χ^2 (36) =10265,913; p= 0,000). AFA gerçekleştirilirken değişkenlerin altında yatan gizil değişkeni tanımlamak için faktör analizi yönteminin uygulanması önerilmektedir (Aksu ve diğerleri, 2017). Buna bağlı olarak, Temel Eksenler (Principal Axis Factoring) yaklaşımı ile faktörlerin birbirleriyle ilişkili olduğu düşüncesi ile eğik döndürme tekniklerinden Varimax tercih edilmiştir. Analiz sonucunda dokuz ifadeli ölçeğin, tek faktörden oluşan bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu faktör toplam varyansın %70,073’ünü açıklamaktadır. En düşük faktör yükü 0,712 ile “HSK1: Bu hastanede randevu saatlerine uyulmaktadır” ifadesine; en yüksek faktör yükü 0,873 ile “HSK7: Bu hastanenin hasta ilişkileri birimi sorunlarımı tatmin edici bir şekilde dinler” ifadesine aittir. Tüm yüklerin Hair ve diğerleri (2010) tarafından önerilen minimum faktör yükü değeriden yani 0,50’den yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, tüm ifadelerin hastane süreç kalitesi kavramını başarıyla ölçtüğü belirlenmiştir.

Tablo 2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Maddeler	Ortalama	Faktör	Açık. Var. (%)
Hastane Süreç Kalitesi	HSK1 Bu hastanede randevu saatlerine uyulmaktadır.	5,24	0,712	
	HSK2 Bu hastanenin idari hizmetlerinden memnunum.	5,10	0,858	
	HSK3 Bu hastanenin laboratuvar hizmetleri iyi bir şekilde yürütülmektedir.	5,29	0,858	
	HSK4 Bu hastanede kan bankası hizmetleri oldukça etkilidir.	5,03	0,822	
	HSK5 Bu hastanenin hasta kayıt-kabul bölümünde çalışan personelle her zaman etkili bir etkileşimim olmuştur.	4,93	0,836	70,073
	HSK6 Bu hastanenin bakım ve temizlik hizmetlerinden memnunum.	5,17	0,807	
	HSK7 Bu hastanenin hasta ilişkileri birimi sorunlarımı tatmin edici bir şekilde dinler.	4,97	0,887	
	HSK8 Bu hastanenin hasta hakları biriminin şikayetleri ele alma sistemi başarılıdır.	4,88	0,871	
	HSK9 Bu hastanenin genel olarak süreçleri kalitelidir.	5,20	0,870	
KMO=0,944, Bartlett's Test of Spher. (Anl)= 10265,913 (0,000)				

3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi için, SmartPLS 4.1.0 programı aracılığı ile AFA sonucunda ortaya konan tek faktörlü Hastane Süreç Kalitesi yapısının Hizmet Telafisi yapısına etkisini hasta şikayet davranışının düzenleyici rolü ile ölçen yapısal eşitlik modeli oluşturulmuştur. SmartPLS doğrulayıcı faktör analizi aşamasında, her yapının güvenilirliğini gözlemlemek için faktör yükü, RHOa, Cronbach Alpha ve CR (bileşik güvenilirlik) katsayılarını, her yapının geçerliliğini tanımlamak için ise AVE, HTMT (ayrışım geçerliliği), VIF katsayılarını hesaplamaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçüm modelinde eşik değerler üstünde veriler elde edildiği takdirde, yol katsayıları gözlemlenerek nomolojik geçerlilik kapsamında doktora güven yapısının hastane süreç kalitesine etkisini ölçen modelin (HSK→HT) istatistikleri (R^2 ve f^2) ve doğrudan etki boyutu sunulmaktadır.

Buna bağlı olarak, Tablo 3'de hastane süreç kalitesi ve hizmet telafisi memnuniyeti yapılarının faktör yükleri, Cronbach Alfa, bileşik güvenilirlik ve AVE değerleri verilmiştir.

Tablo 3. Yapıların faktör yükleri, Cronbach's Alfa, CR ve AVE değerleri

Yapı	İfade	Faktör Yükü	Cronbach Alfa	CR	AVE
Hastane Süreçleri Kalitesi (HSK)	HSK 2	0,788	0,919	0,934	0,639
	HSK 3	0,767			
	HSK 4	0,773			
	HSK 5	0,771			
	HSK 6	0,793			
	HSK 7	0,869			
	HSK 8	0,804			
	HSK 9	0,825			
Hizmet Telafisi (HT)	DG 1	0,931	0,931	0,956	0,878
	DG 2	0,941			
	DG 3	0,940			

Yapılan ilk doğrulayıcı faktör analizi sonucunda HSK1 kodlu ifadenin 0,576 faktör yüküne sahip olması nedeniyle araştırma modelinden çıkartılmıştır (Hair ve diğerleri, 2021). Tablo 3'te görüldüğü gibi, tekrarlanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise kullanılan her iki yapıya ait faktör yükleri 0,767 ile 0,941 arasındadır. Cronbach Alfa değerleri 0,919 ve 0,931, CR değerleri 0,934 ve 0,956, AVE değerleri ise 0,639 ve 0,878 olarak gözlemlenmiştir. Bu katsayılar için Hair ve diğerlerinin (2021) önerdiği eşik değerler faktör yükleri için 0,708, cronbach alpha için 0,70, AVE için 0,50, CR için 0,60'tır. Dolayısıyla, 8 ifadeli hastane süreç kalitesi ve 3 ifadeli hizmet telafisi yapıları iç tutarlılık güvenilirliğini ve bileşik geçerliliğini başarmıştır.

SmartPLS programının ürettiği ayrışım geçerliliğine yönelik HTMT katsayısını incelemeden önce, SPSS 26 programı ile maddelerin birbirleriyle uyum geçerliliğini gözlemlemek için Pearson korelasyonu test edilmiştir. Tablo 4'te sunulan sonuçlara göre, her iki yapının içinde yer alan maddeler birbirleriyle güçlü ve pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ayrışım geçerliliğinin testi için HTMT Kriteri (Henseler ve diğerleri, 2016) kullanılmıştır. Hesaplanan HTMT katsayısının ilişkili yapılar için 0,90 olan eşik değerinin altında olması; birbiriyle uzaktan ilişkili yapılarda ise 0,85'in altında olması gerekmektedir. Yapılar arasındaki HTMT katsayısı HSK-ŞD (ŞD=Şikayet Davranışı)

için 0,021, HT-ŞD için 0,041, ŞD*HSK-HT için 0,000, HSK-HT için 0,652 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla her iki yapının farklı kavramları açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastane Süreç Kalitesi ve Hizmet Telafisi Yapılarına Ait Maddelerin Korelasyonları

	Ort.	S.Sapma	HSK2	HSK3	HSK4	HSK5	HSK6	HSK7	HSK8	HSK9
HSK2	3,95	1,94255	1	,651**	,563**	,644**	,559**	,616**	,542**	,557**
HSK3	4,39	1,75072	,651**	1	,678**	,512**	,535**	,535**	,483**	,613**
HSK4	4,23	1,74958	,563**	,678**	1	,578**	,544**	,580**	,481**	,582**
HSK5	4,00	1,93134	,644**	,512**	,578**	1	,572**	,660**	,522**	,537**
HSK6	4,15	1,95926	,559**	,535**	,544**	,572**	1	,667**	,580**	,623**
HSK7	3,91	1,85355	,616**	,535**	,580**	,660**	,667**	1	,745**	,665**
HSK8	3,74	1,77354	,542**	,483**	,481**	,522**	,580**	,745**	1	,639**
HSK9	4,08	1,79477	,557**	,613**	,582**	,537**	,623**	,665**	,639**	1
	Ort.	S.Sapma	HT1	HT2	HT3					
HT1	3,30	1,74754	1	,809**	,817**					
HT2	3,35	1,72124	,809**	1	,827**					
HT3	3,38	1,74760	,817**	,827**	1					

Doğrusallık sorunu, bir ölçüm modelinde iki veya daha fazla göstergenin yüksek düzeyde korelasyona sahip olması durumunda ortaya çıkmaktadır (Hair ve diğerleri, 2021). Yüksek korelasyon, gösterge ağırlıklarının standart hatasını artırarak tip II hataları tetiklemektedir. Gösterge doğrusallığını değerlendirmeye yönelik standart ölçüm, varyans artış faktörüdür (VIF). VIF değerlerinin 5'in üzerin olması, yapılar arasındaki olası doğrusallık sorunlarını temsil etmektedir (Hair ve diğerleri, 2021). Tablo 5, her iki yapının maddelerine yönelik dışsal VIF değerlerini göstermektedir. Bu verilere göre, maddeler kapsamında doğrusallık sorunu görülmemektedir. İçsel VIF değerleri incelendiğinde ise, HSK-HT için 1,981, ŞD-HT için 1,000 ve ŞD*HSK-HT için 1,981 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla araştırma modeli kapsamında kullanılan yapılarda da doğrusallık sorunu olmadığı belirlenmiştir.

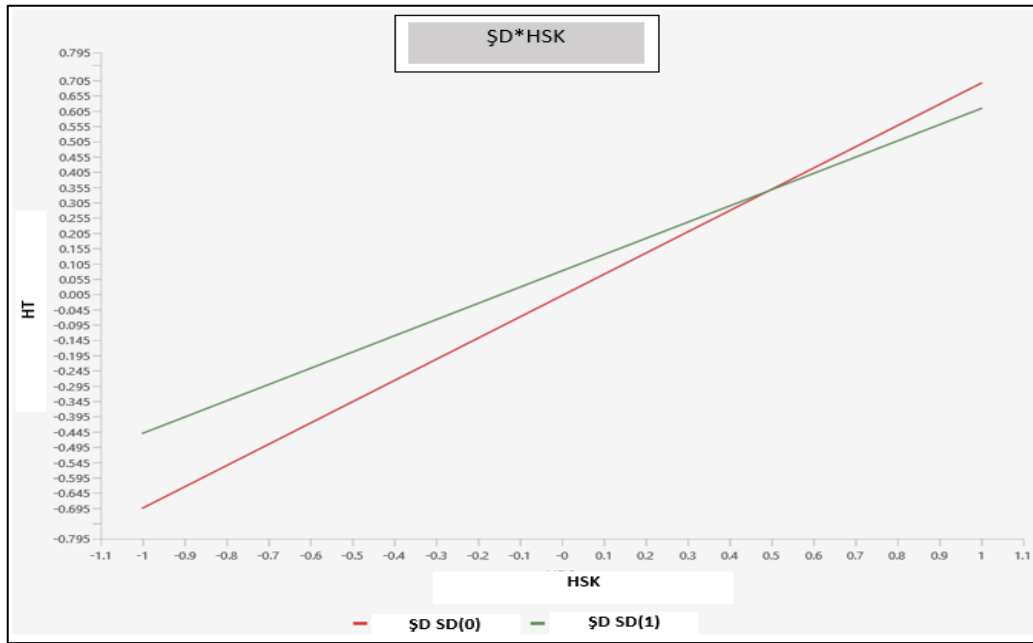
Tablo 5. Hastane Süreç Kalitesi ve Hizmet Telafisi Yapılarına Ait Dışsal VIF değerleri

Madde	HSK2	HSK3	HSK4	HSK5	HSK6	HSK7	HSK8	HSK9	HT1	HT2	HT3
VIF	2,394	2,486	2,271	2,255	2,168	3,395	2,487	2,434	3,619	3,815	3,953

3.5.Araştırma Modeli Testi

Araştırma modeli testi SmartPLS 4.1.0 programı ile yapılmıştır. Yol analizi öncesi modelin etki düzeyi ve açıklama gücünü ölçen f^2 ve R^2 değerleri incelenmiştir. f^2 değeri yapılar arasındaki etki büyüklüğünü göstermektedir. Değerin 0,02 ve üzeri olması düşük; 0,15- 0,35 olması orta; 0,35 ve üzeri olması ise yüksek etkiyi açıklanmaktadır (Cohen, 1988; Doğan, 2018: 35). Modelin etki büyüklüğüne (f^2) bakıldığında HSK'nın HT'ye etkisinin yüksek olduğu (0,397), ŞD'nın HT'ne etkisinin (0,003) düşük olduğu, ŞD*HSK'nın HT'ye etkisinin (0,011) düşük olduğu görülmüştür. Diğer yandan, R^2 değeri 0 ve 1 arasında değerlendirilen bir katsayıdır ve 0 değerine yaklaştığında modelin açıklama gücünün düşük, 1 değerine yaklaşması durumunda ise modelin açıklama gücünün yüksek olduğunu ifade eder. Buna göre HSK'nın HT'yi açıklama gücü (0,382) orta düzeydir.

Yapılan yol testi sonucunda algılanan hastane süreç kalitesinin 0,000 anlamlılık düzeyinde hizmet telafisi memnuniyetini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir ($\beta = 0,695$; $t = 13,110$, $ss = 0,053$). Bu bulguya göre, hastanelerin algılan süreç kalitesi yükseldikçe, hizmet kullanımı sırasında hata ile karşılaşan hastalar kapsamında hizmet telafisi memnuniyeti artmaktadır. Bunun tersine hastanelerin algılan süreç kalitesi düştükçe, hizmet kullanımı sırasında hata ile karşılaşan hastalar kapsamında hizmet telafisi memnuniyeti azalmaktadır. Ayrıca, hastaların karşılaştıkları hizmet hatası neticesinde şikayette bulunup bulunmamasına bağlı olarak bu etkinin değiştiği de görülmüştür ($\beta = -0,164$; $p = 0,033$ $t = 2,132$, $ss = 0,077$). Buna göre, hastaların hizmet hatasına yönelik şikayet davranışı HSK ile HT arasındaki ilişkide düzenleyici role sahiptir. Şekil 2, şikayetin olduğu (0 SD) ve şikayetin olmadığı (+1 SD) durumların HSK'nın HT'ye etkisi üzerindeki düzenleyici etkisini grafiksel olarak göstermektedir. Hizmet kullanımı sırasında hizmet hatası yaşayan ve bu soruna yönelik şikayet davranışı gösteren hastalar, hastane süreç kalitesinin hizmet telafisi memnuniyeti üzerindeki etkisini daha güçlü olarak algılarken, şikayet davranışı göstermeyen hastalar hastane süreç kalitesinin hizmet telafisi üzerindeki etkisini daha zayıf olarak değerlendirmektedir. Bu sonuca göre, hizmet telafisi memnuniyetinin sadece hastanenin sunduğu süreç kalitesi performansına bağlı değil; aynı zamanda hastaların bir sorunla karşılaştığında bu sorunu çözmek için şikayet davranışı geliştirip geliştirmemesine de bağlı olarak ortaya çıktığı kanıtlanmaktadır. Bu bulgu, HBM kapsamında sağlık hizmetlerinde değer birlikte yaratılma sürecine ilişkin önemli bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular, ölçeğin nomolojik geçerlilik kapsamında başarılı sonuçlar sağladığını da göstermektedir.



Şekil 2. Şikayet Davranışının Hastane Süreç Kalitesi ile Hizmet Telifisi arasındaki İlişkide Düzenleyici Rolü

Sonuç ve Tartışma

Birçok sağlık kurumu “mükemmel” hizmet sunumunu hedeflese de (Özer ve diğerleri, 2017: 272), hizmet süreçlerinde hizmet hatası nedeniyle hasta beklentilerinin karşılanamaması olasıdır (Zeithaml ve diğerleri, 1993). Müşterilerin hizmet sunumunu oluşturan süreçler kapsamındaki beklentilerinin karşılanmaması şikayet etme davranışını tetikleyebilmektedir (Robinson ve diğerleri 2011). Sağlık hizmetleri, çok sayıda hasta-çalışan etkileşimi gerektiren yüksek temaslı hizmetlerdir (Brady ve Cronin, 2001; Lien ve diğerleri, 2014, Hartline ve Ferrell, 1996; Petzer ve diğerleri, 2012). Sağlık hizmetlerinde kalite, hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki iyi ilişkilerin bir göstergesidir (Eveleigh ve diğerleri, 2012). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde sağlayıcının eylemleri hastanın zararına olabilmekte ve değer birlikte yaratılması süreci de olumsuz gerçekleştirebilmektedir. HBM kapsamında, sağlık hizmetlerinde şikayet davranışı oluşturabilecek hizmet sunum hatalarının sonuçlarını geri almak için hizmet telifisinin sağlanması çok önemlidir (Holloway ve Beatty, 2003; Kuo ve Wu, 2012; Lee ve Park, 2010). Ancak, hizmet hatası, şikayetler ve hizmet telifisi, hizmet pazarlaması literatüründe hizmetleri iyileştirmenin bir yolu olarak uygulanabilir kavramlar olarak benimsense de, bu durum sağlık araştırmaları alanına birebir aynı şekilde yansımamaktadır (Hardyman ve diğerleri, 2015). Bu farklılık ise sağlık pazarlaması literatüründe önemli bir boşluk yaratmaktadır. Dolayısıyla bu araştırma, HBM kapsamında literatürdeki bu boşluğu doldurmaya yönelik geliştirilmiştir. Çalışmanın ana amacı, ayakta tedavi görürken hizmet hatası yaşayan bir hastanın şikayet davranışı gösterip göstermemesine göre algıladığı süreç kalitesinin hizmet telifi

memnuniyetine etkisini analiz etmektir. Buna ek olarak, dokuz ifadeden oluşan Chahal ve Kumari (2010) tarafından geliştirilen Süreç Kalitesi (Process Quality Scale) ölçeğinin “Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği” olarak Türk diline uyarlanarak, geçerlilik ve güvenirliliğinin test edilmesi yoluyla Türkçe literatüre kazandırılması da hedeflenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, ayakta tedavi görürken hizmet hatası ile karşılaşan hastaların algıladıkları süreç kalitesi, hizmet telafisi memnuniyetini doğrudan ve dikkat çekici düzeyde etkilemektedir. Hizmet sağlayıcısının, hizmet hatalarına yanıt vermek için gerçekleştirdiği eylemler hizmet telafisi olarak adlandırılmaktadır (Lewis ve Spyropoulos, 2001). Başka bir ifadeyle, hizmet telafisi, normal hizmeti kesintiye uğratan sorunlar meydana geldikten sonra müşterinin makul düzeyde hizmet almasını sağlamak için gerçekleştirilen eylemlerdir (Armistead ve diğerleri 1995:5). Müşterilerin algılanan hizmet kalitesinin yüksek olması için hataların telafi edilmesi ile birlikte telafi sürecinde müşterilerin telafi işlemlerini fark etmeleri, algılanan hizmet kalitesi açısından önemlidir (Gronoss, 1988). Araştırmalar, müşteri sorunlarının etkili bir şekilde çözümlenmesinin müşteri memnuniyeti, kalite ve nihai performans üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Lash, 1989; Davidow ve Bro Uttal, 1990; Heskett ve diğerleri, 1990; Berry ve Parasuraman, 1993; Kelley ve diğerleri 1993; Tax ve diğerleri, 1998; Tax ve Brown, 1998). Bu araştırma kapsamında elde edilen edilen bulgular, literatürü destekler niteliktedir.

Buna ek olarak, şikayet davranışının, algılanan süreç kalitesi ile hizmet telafisinden memnuniyet arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, sıklıkla tercih ettiği hastanede ayakta tedavi gören hastaların hizmet hatası yaşaması ve buna bağlı olarak şikayette bulunması, algıladıkları süreç kalitesinin hizmet telafisi memnuniyeti üzerindeki etkisini artırmaktadır. Bunun tersine, hizmet hatasına bağlı olarak şikayette bulunmayan hastaların algıladıkları süreç kalitesi, hizmet telafi memnuniyetini düşürmektedir. Kısacası, birlikte değer yaratma sürecine şikayet davranışı ile katkıda bulunan hastalar, telafi edilen sağlık hizmetinden daha fazla memnun olmaktadır. Hasta şikayetleri; memnun olmayan bir hizmet kullanıcısıyla iyi ilişkilerin geliştirilmesi için kuruma ikinci bir şans sağlar, daha kaliteli hizmet sunumu için çalışanları motive eder, hizmet kullanıcılarının kuruma yönelik güvenini artırır, sorunların hızlı bir şekilde geribildirimini sağlar (Aydın, 2020). Hasta şikayetlerinin ele alınması iki yönlüdür; biri hastaya yönelik bir telafi işlevini diğeri ise işleyişe yönelik kontrol ve düzeltme işlevini yerine getirmektir. Her iki işlevde de şikayetin araştırılması ve bu şikayetin başlı başına bir kalite kontrol aracı olduğu vurgulanmalıdır. Şikayetlerin çoğu sorunlu hizmetin sunulduğu anda değil, sonrasında yapılmaktadır. Şikayette bulunma konusunda pek çok hasta isteksizdir. Sağlık hizmet sunumunda şikayetler dikkatli bir şekilde ele

alınmalı, bir hasta şikayette bulunmaya karar verdiyse ortada ciddi bir sorun olabileceği varsayılmalıdır. Dahası, bazen şikayet, başka hastaların da benzer bir sorunla karşılaşmış ancak resmi olarak şikayet etme seçeneğini reddetmiş olabileceğini gösterebilmektedir (Javetz ve Stern, 1996). Elde edilen bu bulgu Augusto de Matos ve diğerlerinin (2009) sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bu araştırma, sağlık pazarlaması literatürüne Vargo ve Lusch'un (2004a; 2004b) geliştirdiği HBM kapsamında değer birlikté yaratılma sürecinde yaşanabilecek aksamalara ilişkin katkılar sunmaktadır. Birlikte değer yaratma sürecinde hizmet hatası kaçınılmaz olsa da, hastaların şikayetlerine uygun olarak, hizmet telifisi eylemlerinin doğru tanımlanması birlikte yaratılan değer zarar görmesini engelleyebilir. Ancak hastaların psikolojik özellikleri değer tanımlanmasını etkileyen önemli bir faktördür. Hizmet hatası sonucu şikayet etme niyeti ve davranışı gösteren müşterilerin, hizmet telifisi memnuniyetinin arttığını gösteren sınırlı sayıda araştırma sözkonusudur (Augusto de Matos ve diğerleri, 2009). Bu araştırma uluslararası ve ulusal literatürdeki bu boşluğu doldurur niteliktedir. Buna ek olarak, hizmet hatası hastaların olduğu kadar tıbbi hizmet sağlayıcıları için de kritik öneme sahiptir.

İfadeleri Türk diline çevrilen Hastane Süreç Kalitesi Ölçeği orjinal çalışmada hizmet kalitesinin ikinci boyutu olan, hizmet sağlayıcı ile kullanıcı arasında oluşan ikili etkileşimi ve geliştirilen ilişkiyi yansıtan etkileşim kalitesinin bir alt boyutudur (Brady ve Cronin, 2001; Rust ve Oliver, 1994; Gronroos, 1984). Ölçeğin Türk diline uyumlulaştırılmasında yapı dokuz ifadeden sekiz ifadeye düşmüştür. 'Bu hastanede randevu saatlerine uyulmaktadır' ifadesi güvenilirliği ve geçerliliği düşük olduğu için çıkartılmıştır. Ancak, diğer ifadelerin her biri için yüksek geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları tespit edilmiştir. Hastanelerin hem idari hem de tıbbi hizmetleri sunduğu süreçlerin kalitesinde hasta-çalışan etkileşimi işlevsel bir boyut olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu nedenle hastaların ihtiyaç ve isteklerini yansıtan, bakım ve hizmet kalitesine ilişkin tekrarlanan müşteri memnuniyeti anketleri ve müşteri şikayet verileri, hastane yönetimi tarafından temel çalışma araçları olarak kullanılmalı, iyi bir şekilde analiz edilmeli ve şikayetlere yönelik telafi hizmetleri sağlanmalıdır (Javetz ve Stern, 1996; Mosadeghrad, 2014). Bu çalışma, hastane süreç kalitesi kavramına odaklanarak, ulusal sağlık yönetimi literatürüne güncel bir ölçeğin kazandırılmasına da katkı sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde, her durum ve hasta farklı olarak ele alınması gerektiği için, farklı bölüm ve çalışanların iletişimini ve işbirliğini içeren yüksek derecede özelleştirilmiş çözümler gerektirir (Manaf, 2005). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlayan koşulların daha iyi anlaşılması sağlık yöneticileri için değerlidir (Scotti ve diğerleri, 2007). Özellikle ön saflardaki hastalarla

etkileşimi yüksek olan hastane çalışanları bu değerin ortak yaratılma sürecinde önemli bir rol oynamaktadır ve hastalar sıklıkla sağlık bakım deneyimlerini bu etkileşimlere dayanarak değerlendirmektedir (Ashill ve diğerleri, 2005; Rod ve Ashill, 2010). Bu araştırmanın sonuçlarına bağlı olarak, sağlık sektöründe çalışan ve hastalarla birebir etkileşim içerisinde olan her seviyedeki personelin, hizmet hatası yaşandığında, hastaları şikayet etmeye yönlendirmesi ve desteklemesi önerilmektedir. Hizmet telafisi eylemlerinin ise bu şikayetlere ilişkin yapılandırılması ve hatta gerekiyorsa hastane süreçlerinin bu doğrultuda yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Ayakta tedavi gören hastalar hastanelerin hizmet kalitesini değerlendirirken, hizmeti oluşturan ve fayda yaratan tüm parçalara yönelik hizmet ipuçlarına tanıklık etmese de, elde ettikleri sınırlı sayıdaki ipucuna bağlı olarak hizmet kalitesine yönelik genel bir değerlendirme geliştirebilirler (Ozment ve Morash, 1994). Hastane temel süreçlerindeki hizmet hatalarının takip edilmesi, iyileştirilmesi, hasta ve hasta yakınları dile getirdikçe çözüm eylemleri hakkında bilgilendirilmesi, hizmet telafisi memnuniyetini artıracaktır.

Bu çalışmanın sunduğu katkılara rağmen bir takım kısıtlılıkları da mevcuttur. Örneklem kolayda örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur ve çoğunlukla SGK tarafından sigortalı, kamu hastanesini tercih eden hastaları içermektedir. Her ne kadar bu araştırma hizmet telafisinden memnun olma kapsamında önemli bulgular sunsa da, Türkiye'yi temsil eden, hem kamu hem özel hastanelerin kendilerine özgü işleyişlerine göre yapılandırılmış, daha kapsamlı ampirik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, şikayet etme davranışının öncülleri sayılabilecek korku, endişe, kızgınlık gibi duygu tabanlı çeşitli psikolojik etmenlerin de araştırma tasarımlarına dahil edilerek, hastanelerin süreç kalite algısının ve bunun potansiyel çıktılarının analiz edilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Augusto de Matos, C., Vargas Rossi, C. A., Teixeira Veiga, R., & Afonso Vieira, V. (2009). Consumer reaction to service failure and recovery: the moderating role of attitude toward complaining. *Journal of Services Marketing*, 23(7), 462-475.
- Aksu, G., Eser, M. T., & Güzeller, C. O. (2017). *Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları*. Detay Yayıncılık.
- Alayoubi, M.M., Arekat, Z.M., Al Shobaki, M.J. & Abu-Naser, S.S. (2021). The effect of administrative control on improving the quality of health services: An empirical study on AlAwda Hospital, *Calitatea*, 22(184), 217-231.

- Alrubaiee, L. & Alkaa'ida, F. (2011), The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality – patient trust relationship, *International Journal of Marketing Studies*, 3(1), 103-127.
- Armistead, C.G., Clarke, G. & Stanley, P. (1995). Managing service recovery. *Cranfield School of Management*.
- Ashill, N., Carruthers, J. & Krisjanous, J. (2005), Antecedents and outcomes of service recovery performance in a public health-care environment, *Journal of Services Marketing*, 19(5), 293-308.
- Aydın, İ. (2020). *Hizmet telafisi*. İçinde Fahri Apaydın (Ed.). *Müşteri Şikayet Yönetimi* (s.209-228). Nobel Yayıncılık
- Bearden, W. O., & Mason, J. B. (1984). An investigation of influences on consumer complaint reports. *Advances in Consumer Research*, 11(1).
- Berry, L. & Parasuraman, A. (1993). *Marketing De Los Servicios: La Calidad Como Meta*. Paramón ediciones, S.A. Madrid.
- Berry L., Zeithaml, V.A. & Parasuraman, A. (1990). Five imperatives for improving service quality, *Sloan Management Review*, 31(4), 29-38.
- Bitner, M.J. (1992), Evaluating service encounters: the effects of physical surrounding and employee responses, *Journal of Marketing*, 54 (2), 69-81.
- Bitner, M.J., Booms, B.H. & Tetreault, M.S. (1990), The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents, *Journal of Marketing*, 54, 71-84.
- Brady, M.K. & Cronin, J.J. (2001), Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach, *Journal of Marketing*, 65, 34-49.
- Bodey, K., & Grace, D. (2007). Contrasting “complainers” with “non-complainers” on attitude toward complaining, propensity to complain, and key personality characteristics: A nomological look. *Psychology & Marketing*, 24(7), 579-594.
- Buttall, P., Hendler, R. & Daley, J. (2007). Quality in healthcare: concepts and practice. The Business of Healthcare. 61-94. https://www.researchgate.net/publication/255620653_Quality_in_Healthcare_Concepts_and_Practice/fullTextFileContent
- Chahal, H. (2009), Predicting patient loyalty and service quality relationship – a case study of civil hospital, Ahmedabad, *Vision*, 12 (4), 45-55.

- Chahal, H. & Kumari, N. (2012) Service Quality and Performance in the Public Health-Care Sector. *Health Marketing Quarterly*, 29, 181-205.
- Choi, B., & La, S. (2013). The impact of corporate social responsibility (CSR) and customer trust on the restoration of loyalty after service failure and recovery. *Journal of Services Marketing*, 27(3), 223-233.
- Choi, K.S., Lee, H., Kim, C. & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*. 19 (3), 140-149.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davidow, W. & Bro Uttal (1990). *Total Customer Service*. New York: Harper & Row Publishers.
- DeWitt,T., Nguyen,D.T.,&Marshall,R.(2008).Exploring customer loyalty following service recovery: The mediating effects of trust and emotions. *Journal of Service Research*, 10(3), 269–281.
- Doğan, D. (2018). *SmartPLS ile Veri Analizi*. Charleston SC: CreateSpace.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?, *Journal of the American Medical Association*. 260(12):1743–1748.
- Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E& Lucassen P.(2012) An overview of instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol*; 65(1):10–5. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.05.011 PMID: 22118265
- Fallon, P. & Schofield, P. (2000). Service quality measurement and triadic interaction: a comparative analysis of stakeholders perspectives using triquest, *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1(3), 29-47.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behavior: An application of the theory of reasoned action. *Progress in Applied Social Psychology*, 1(1), 253-313.
- Gil, S.M, Hudson, S. &Quintana, T.A. (2006). The influence of service recovery and loyalty on perceived service quality: a study of hotel customers in Spain. *Journal of Hospitality & Leisure Marketing*. 14(2), 47-68.
- Gronroos, C. (1984), A service quality model and its marketing implications, *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44
- Gronroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9(3), 10-13

- Gronroos, C.(1990), Relationship marketing approach to the marketing function in service contexts: the marketing and organizational behavior influence, *Journal of Business Research*, 20 (1), 3-12.
- Gronroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 41, 133-150.
- Gustafsson, A. (2009), Customer satisfaction with service recovery, *Journal of Business Research*, 62 (11), 1220-1222
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). *Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Using R: A Workbook*. Springer Nature.
- Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value co-creation through patient engagement in health care: a micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17(1), 90-107.
- Harrison-Walker, L. J. (2012). The role of cause and affect in service failure. *Journal of Services Marketing*, 26(2), 115-123.
- Harrison-Walker, L. J. (2019). The effect of consumer emotions on outcome behaviors following service failure. *Journal of Services Marketing*, 33(3), 285-302.
- Hartline, M.D. & Ferrell, O.C. (1996), The management of customer contact service employees: an empirical investigation, *Journal of Marketing*, 60 (4),. 52-70.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2016). Testing measurement invariance of composites using partial least squares. *International Marketing Review*, 33(3), 405-431.
- Heskett, J., Sasser, W. & Hart, C. (1990). *Service Breakthroughs: Changing the Rules of the Game*. New York: The Free Press.
- Hoffman, K.D., Kelley, S.W. & Rotalsky, H.M. (1995), Tracking service failures and employee recovery efforts, *Journal of Services Marketing*, 9(2), 49-61.
- Holloway, B.B.& Beatty, S.E., 2003. Service failure in online retailing: a recovery opportunity. *Journal of Service Research*, 6 (1), 92-105.
- Javetz, R. & Stern, Z. (1996), Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement, *Journal of Management in Medicine*, 10 (3): 39-48.
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım.

- Kalaycı, Ş. (2010). *Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayınevi.
- Kane, R.L., Maciejewski, M., and Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35(7), 714-730
- Kau, A. K., & Wan-Yiun Loh, E. (2006). The effects of service recovery on consumer satisfaction: a comparison between complainants and non-complainants. *Journal of Services Marketing*, 20(2), 101-111.
- Keaveney, S.M. (1995), Customer switching behavior in service industries: an exploratory study, *Journal of Marketing*, 59, 71-82.
- Kelley, S.W., Hoffman, K.D., & Davis, M.A. (1993). A Typology of Retail Failures and Recoveries, *Journal of Retailing*, 69(4), 429-52.
- Krull K., Mansfield J., Gentry J., Grimley K., Jacobs B., & Wolf J. (2023). Breaking the transactional mindset: A new path for healthcare leadership built on a commitment to human experience. *Patient Experience Journal*. 10(3):6-12. doi: 10.35680/2372-0247.1899.
- Kuo, N. T., Chang, K. C., Cheng, Y. S., & Lai, C. H. (2013). How service quality affects customer loyalty in the travel agency: The effects of customer satisfaction, service recovery, and perceived value. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 18(7), 803-822.
- Kuo, Y.F.& Wu, C.M., 2012. Satisfaction and post-purchase intentions with service recovery of online shopping websites: perspectives on perceived justice and emotions. *International Journal of Information Management*. 32 (2), 127–138.
- Lagrosen, Y., & Lagrosen, S. (2005). The effects of quality management—a survey of Swedish quality professionals. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(10), 940-952.
- Lash, L. (1989). *The Complete Guide to Customer Service*. John Wiley and Sons. Chichester.
- Lee, E.J.& Park, J., 2010. Service failures in online double deviation scenarios: justice theory approach. *Management Service Quality*, 20 (1), 46–69.
- Lewis, B. R., & Spyropoulos, S. (2001). Service failures and recovery in retail banking: the customers' perspective. *International Journal of Bank Marketing*. 19(1), 37-47
- Lien, C. H., Wu, J. J., Chen, Y. H., & Wang, C. J. (2014). Trust transfer and the effect of service quality on trust in the healthcare industry. *Managing Service Quality*, 24(4), 399-416.
- Lin, W. (2006), Correlation between personality characteristics, situations of service failure, customer relation strength and remedial recovery strategy, *Services Marketing Quarterly*, 28 (1), 5-88.

- Lobo, A., Maritz, A., & Mehta, S. (2007). Enhancing Sin-gapore travel agencies' customer loyalty: An empirical investigation of customers' behavioural intentions and zones of tolerance. *International Journal of Tourism Research*, 9, 485–495
- Lohr, K. N., Donaldson, M.S. & Harris-Wehling, J. (1992). Medicare: A strategy for quality assurance. V. Quality of Care in a Changing Health Care Environment. *Quality Review Bulletin* 18
- Manaf, N. H. (2005). Quality management in Malaysian public health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(3): 204–216.
- Mohr, L.A. & Bitner, M.J. (1995), The role of employee effort in satisfaction with service transactions, *Journal of Business Research*, 32 (3), 239-52.
- Moliner, M.A., Sanchez, J., Rodriguez, R.M., & Callarisa, L. (2007). Relationship quality with a travel agency: The influence of the postpurchase perceived value of a tourism package. *Tourism and Hospitality Research*, 7(3/4), 194–211.
- Mosadeghrad A..M. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Materia Socio Medica*. 24:251–261
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors affecting medical service quality. *Iranian Journal of Public Health*, 43(2): 210–220.
- Nana, O., Sonny, N., & Baba, D. (2010). Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 23(3), 203 – 200
- Nepal, S., Keniston, A., Indovina, K.A., Frank, M.G., Stella, S.A., Quinzanos-Alonso, I., MacBeth, L, Moore, S.L. & Burden, M. (2020), What do patients want? A qualitative analysis of patient, provider, and administrative perceptions and expectations about patients' hospital stays. *Journal of Patient Experience*. 7(6): 1760-1770
- Newman, K. & Pyne, T. (1996), Quality matters: junior doctors' perceptions, *Journal of Management in Medicine*, 10 (4) , 12-23
- Odoom, R., Agbemabiese, G. C., & Hinson, R. E. (2020). Service recovery satisfaction in offline and online experiences. *Marketing Intelligence & Planning*, 38(1), 1-14.
- Olkiewicz M, & Bober, B. (2015). Role of quality in healthcare service provision process. *Progress in Health Sciences*. 5(2): 41-53
- Ozment, J. & Edward A. M., (1994), The augmented service offering for perceived and actual service quality, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22 (4), 352-363.

- Ozment, J., & Morash, E. A. (1994). The augmented service offering for perceived and actual service quality. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(4), 352-363.
- Özer, L., Basgoze, P. & Karahan, A. (2017), The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey, *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(7-8), 782-800.
- Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50
- Petzer, D.F., De Meyer, C.F., Svari, S. & Svensson, G. (2012), Service receivers' negative emotions in airline and hospital service settings, *Journal of Services Marketing*, 26(7), 484-496
- Ranjan, K. R., & Read, S. (2016). Value co-creation: Concept and measurement. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(3), 290-315.
- Ranjbar, M., Bahrami, M., Sadeghi, J., Moradi, M., Masoomi, R., & Baghiyani, N. (2014). Estimate the average waiting time to receive service in the outpatient department: A case study on Shahid Rahnemoon and Afshar Clinics in Yazd. *J Toloee Behdasht*, 13(1), 30-39.
- Richins, M. L. (1982). An investigation of consumers' attitudes toward complaining. *Advances in Consumer Research*, 9(1).
- Ro, H. (2014), Complaint, patience, and neglect: responses to a dissatisfying service experience, *Service Business*, 8 (2), 197-216.
- Robinson, L., Neeley, S. E., & Williamson, K. (2011). Implementing service recovery through customer relationship management: identifying the antecedents. *Journal of Services Marketing*, 25(2), 90-100.
- Rod, M., & Ashill, N. J. (2010). Management commitment to service quality and service recovery performance: A study of frontline employees in public and private hospitals. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 84-103.
- Rogers, J.D., Clow, K.E. & Kash, T.J. (1994), Increasing job satisfaction of service personnel, *Journal of Services Marketing*, 8 (1), 14-26.
- Rust, R.T. & Oliver, R.L. (1994), Service quality: insights and managerial implications from the frontlines, İçinde Rust, R.T. and Oliver, R.L. (Eds), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, (1-19). Sage, Newbury Park
- Sardana, G.D. (2003), Performance grading of hospitals: a conceptual framework, *Productivity*, 44 (3), 450-65

The Moderating Role of Patient Complaints in the Effect of Hospital Process Quality on Service Compensation: Adaptation of the Hospital Process Quality Scale

- Scotti, D., Harmon, J., Behson, S. & Messina, D. (2007), Links among high-performance work environment, service quality, and customer satisfaction: an extension to the healthcare sector, *Journal of Healthcare Management*, 52 (2), 109-25.
- Singh, J., & Wilkes, R. E. (1996). When consumers complain: A path analysis of the key antecedents of consumer complaint response estimates. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24, 350-365.
- 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), 356-72.
- Swan, J. (1985). Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: Fulfillment and equity of effects. *Journal of Health Care Market*, 5(3), 14
- Tax, S.S. & Brown, S.W. (1998). Recovering and Learning from Service Failure, *Sloan Management Review*, 40(1), 75-80.
- Tax, S.S., Brown, S.W. & Chandrashenkaran, M. (1998). Consumer Evaluation of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing, *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.
- Tengilimoğlu, D., Kisa, A., & Dzięgielewski, S. F. (1999). Patient satisfaction in Turkey: Differences between public and private hospitals. *Journal of Community Health*, 24(1), 73-91
- Um, K. H., & Lau, A. K. (2018). Healthcare service failure: how dissatisfied patients respond to poor service quality. *International Journal of Operations & Production Management*, 38(5), 1245-1270.
- Ural, A. & Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Detay Yayıncılık.
- Utkuğ, Ç. P., & Ermeç, A. (2024). Marka Güveni ve Müşteri Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Hizmet Telafisinin Düzenleyici Etkisi. *Trends in Business and Economics*, 38(2), 92-101.
- Vargo, S. L. (2008). Customer integration and value creation: Paradigmatic traps and perspectives. *Journal of Service Research*, 11(2), 211-215.
- Vargo, S. L. & Lusch, R.F. (2004a). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68(1): 1–17.
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2004b). The four services marketing myths: Remnants from a manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6(4): 324–35.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1-10.

- Voorhees, C. M., & Brady, M. K. (2005). A service perspective on the drivers of complaint intentions. *Journal of Service Research*, 8(2), 192-204.
- Weun, S., Beatty, S. E., & Jones, M. A. (2004). The impact of service failure severity on service recovery evaluations and post-recovery relationships. *Journal of Services Marketing*, 18(2), 133-146.
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R. & Arab, M. (2015). The effect of hospital service quality on patient's trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1): 1-5
- Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: what we know and what we need to learn. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 28, 67-85.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of Marketing*. 52 (April), 35-48
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, 69(1), 140-147.
- Zeithaml, V. , Berry, L.& Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality, *Journal of Marketing*, 60(2): 31-46.
- Zhu, T., Cole, S.T., & Card, J.A. (2007). The association of tourists' cultural tendencies and their perceived service quality of a Chinese travel agency. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 22(2), 1-1

Extended Summary

The ability of public units, especially healthcare institutions, to provide quality service and ensure patient satisfaction is limited in developing countries such as Turkey. Providing quality healthcare services is closely related to issues such as competitive advantage, social benefit, and corporate image. The high quality achieved by improving the organizational structure and processes reduces waste, rework and delays, brings higher market share with lower costs, and sustains a more stable corporate reputation by creating a stronger business image. Although there are many definitions of quality in health services, the most widely used definition by The Institute of Medicine is "the degree to which health services for individuals and society increase the likelihood of achieving the desired health outcomes and are consistent with existing professional knowledge." In the literature, service quality is evaluated with two different approaches: objective quality and perceived quality. While objective service quality is based on evaluations of the utilities offered to the customer such as service errors, defective products, and failure to meet customer needs, perceived service quality emphasizes the customer's quality evaluation based on the clues provided by organizational processes. Perceived healthcare quality, unlike the manufacturing industry, requires excellence in three basic dimensions: interaction quality, physical environment quality, and outcome quality. The most emphasized dimension in the healthcare services literature is interaction quality, which indicates interpersonal communication during service delivery. Interaction quality is also evaluated in three sub-dimensions: behavior and attitude, expertise, and process quality. Process quality refers to service quality components related to interactions between customers and employees, supporting services, and the facility's environment. Successful cleaning services, listening ability of support staff, interaction with frontline staff, complaints handling system, and supporting facilities (administrative function, laboratory services and blood bank services) have been identified as key processes in hospitals and significantly influence the perceived service quality. Positive service quality perception helps create value for the organization among service users. Creating value is an important concept for healthcare institutions. However, this value is not something that the business can create alone. According to the Service-Dominant Logic Theory (SDL), the concept of value is created with the contributions of service users and other stakeholders. Frontline staff, in particular, play a critical role in co-creating value, and patients often evaluate their healthcare experiences based on these interactions. According to SDL, healthcare providers use both internal sources such as cognition, memories, emotions, experiences, and values and external sources such as colleagues, existing knowledge, technology, and infrastructure to facilitate service to patients. In general, value co-creation involves a process that increases customer well-being. However, although many healthcare institutions aim to provide "excellent" service, it may not always be possible to achieve perfection in all these processes. Service failure is a situation where the performance of the service falls below expectations. That is, the service components created by a service provider do not meet customer expectations or are evaluated as inadequate by customers. Service failure can occur in two ways: result-oriented and process-oriented. Results-oriented service failure involves what customers get from the service, while process-oriented error relates to the way the service is delivered. Process-oriented service errors arise from errors in the flow of

the basic service process carried out by the service provider or in certain areas. In short, service failure is said to occur when the service process fails to meet customer expectations. Failure to meet customers' expectations within the processes that constitute service delivery can trigger many undesirable customer behaviors such as complaining, negative word of mouth, and changing service providers. Therefore, the actions of the healthcare provider may be to the detriment of the patient and the process of value co-creation may also occur negatively. Complaint behavior has been defined as customers' overall impact on the 'goodness' or 'badness' of complaining to service providers. Patients provide valuable feedback to healthcare providers and policy-makers by expressing their complaints and demands. This mechanism is direct in nature, pointing to patient-perceived problem areas. Therefore, when the complaints are recovered professionally, it works as an antecedent of the quality of care and service. Within the scope of SDL, it is very important to take action to recover for service failure that may create complaint behavior in healthcare services to prevent harmful consequences. Service recovery is the activities carried out as part of quality management developed to change the negative perceptions of customers with low satisfaction and to maintain the relationship with these customers. Service recovery leads to increased customer satisfaction and customer loyalty. Conversely, when out-patients experience poor process quality, their satisfaction with healthcare services will weaken. A better understanding of the conditions that ensure the quality of healthcare is valuable to healthcare managers, whether in the private or public sector. Therefore, it is necessary to identify areas of customer dissatisfaction and develop appropriate service recovery plans to make proactive improvements in processes that create poor service quality and service failure. The main purpose of this study is to analyze the effect of the process quality perceived by an out-patient who experiences a service failure while receiving treatment on service recovery satisfaction, depending on whether the patient shows complaint behavior or not. In addition, it aims to adapt the Process Quality Scale developed by Chahal and Kumari (2010), which consists of nine statements, into the Turkish language as the "Hospital Process Quality Scale" and to introduce it into the literature by testing its validity and reliability. A double-blind back-translation process with two experts from the fields of healthcare management was conducted on the questionnaire to avoid potential misinterpretations in the translation of items into Turkish. A third expert checked the suitability of the language structure for Turkish. In the questionnaire, in addition to the statements belonging to the Hospital Process Quality Scale developed by Chahal and Kumari (2010), which consists of nine statements, participants also answered demographic information such as gender, age, education level, profession, city of residence, health insurance, and behavioral information as the hospital they preferred most. In addition, to determine the research sample, the question "Have you encountered any service failure (problems) while using healthcare services from your most preferred hospital?", and in order to determine the complaint behavior that is thought to influence the satisfaction with service recovery, the question "Have you made a complaint to the hospital you preferred so that they recovery for this problem?" were asked. For the nomological validity study of the research, a 3-item scale consisting of the integration of the scales developed by Tax, Brown, and Chandrashekaran (1998) and Weun et al. (2004), priorly used by Choi and La (2013) to measure satisfaction with the service recovery provided as a result of service failure, was preferred. All scale items were measured with a 7-point Likert scale

The Moderating Role of Patient Complaints in the Effect of Hospital Process Quality on Service Compensation: Adaptation of the Hospital Process Quality Scale

(anchored by 1 = completely disagree and 7 = completely agree). Before the research was conducted, it was approved by the Ankara Hacı Bayram Veli University Ethics Commission with the decision number E-11054618-302.08.01-235401. A group of target respondents who are undergraduate students in the "performance management in healthcare institutions" class, were asked to assess the comprehension of the items. After training, 121 students who volunteered to participate in this research applied the questionnaire to their social environment. Between December 2023 and February 2024, 453 participants who had service failure at the hospital they frequently preferred were reached. Gathered data is analyzed through exploratory factor analysis by SPSS 26, confirmatory factor analysis, and structural equation model test by SmartPLS 4.1. According to reliability analysis, the Cronbach Alpha's coefficient was found .946 for 9 items. In order to test the validity of the adapted Hospital Process Quality Scale, Exploratory Factor Analysis (EFA) was first performed to reveal the dimensionality and factor loadings. The fact that the obtained KMO index was higher than the .50 threshold value accepted by Kalaycı (2010) (KMO = .944) showed that EFA could be applied to this scale. As a result of the Bartlett test, χ^2 value was found to be significant ($\chi^2 (36) = 10265.913$; $p = .000$). As a result of EFA, it was sustained that the nine-item scale had a structure consisting of a single factor. This factor explains 70.073% of the total variance. The lowest factor loading was .712 for the statement "HPQ1: This hospital respects the appointment timings;" the highest factor loading belongs to the statement "HPQ7: Supportive staff listens to your problem satisfactory" with .873. It is seen that all loadings are higher than the recommended minimum factor loading value, that is, .50. Therefore, it was determined that all statements successfully measured the concept of hospital process quality. However, during the confirmatory factor analysis, HPQ1 was removed from the structural model because of its poor reliability. According to the model test results, the process quality perceived by out-patients who encounter service failure while receiving treatment directly influences their satisfaction with service recovery. In addition, patients who make complaints after experiencing service failure perceive higher satisfaction from service recovery through perceived process quality.