

HASTANE HİZMET KALİTESİNDE SERVQUAL BOYUTLARININ ÖNEM DERECELERİNİN BELİRLENMESİ¹

Doç.Dr. Mehmet PEKKAYA

Bülent Ecevit Üniversitesi, İİBF, (mehpekkaya@gmail.com)

Öğr.Gör. Öznur Pulat İMAMOĞLU

Bülent Ecevit Üniversitesi, AESH MYO, (oznur.pulat@beun.edu.tr)

ÖZET

Sağlık sektörünün büyüklüğü ve sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin aldığı hizmette kalite arayışı her geçen gün önemini artırmaktadır. Çalışmamızın amacı, sağlık hizmetleri sunum kalitesinde dikkate alınan SERVQUAL boyutlarının önem derecelerini belirlemek ve bulguları araştırmacı, akademisyen, karar vericilere sunmaktır. Bülent Ecevit Üniversitesi'nin araştırma hastanesi hastalarına SERVQUAL boyutları ikili karşılaştırma anketi uygulanmış, AHP yöntemiyle boyutların ağırlıkları ile ağırlık serileri üretilmiş ve değerlendirilmiştir. En önemli boyutlar "Güvenilirlik" ve "Güvence" olarak toplamda %56,59 öneme sahipken, "Heveslilik" boyutunun %11,81'lik en düşük öneme sahip olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda, sağlık hizmet kalitesi önem derecelerinin hesaplamalarında AHP yöntemi önerilmiş, üretilen ağırlık serilerinin çeşitli istatistiksel hipotez testlerinde kullanışlı olduğuna karar verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmetleri, SERVQUAL, AHP, ÇKKV, Hipotez testi.

DETERMINATION OF PRIORITIES OF SERVQUAL DIMENSIONS IN HOSPITAL SERVICE QUALITY

ABSTRACT

The volume of the healthcare industry and healthcare services received by individuals who use this service, increases in importance of the pursuit of quality. The aim of this study is to determine the priorities of the SERVQUAL dimensions of healthcare services and to present the findings to researchers, academics, and decision-makers. Pair-compared questionnaire of SERVQUAL dimensions was applied to the research hospital patients of Bülent Ecevit University; and priorities and priority series of dimensions are produced via AHP method and evaluated. It is observed that the most important dimensions in healthcare service quality are "Reliability" and "Assurance", having 56.59% priorities totally, and then "Responsiveness" having the lowest priority of 11.81%. In our study, the AHP method was proposed for the calculation of healthcare service quality and it is decided that the produced priority series are useful for variety of statistical hypothesis testing.

Keywords: Healthcare services, SERVQUAL, AHP, MCDM, Hypothesis testing.

¹ Bu çalışmada, BEÜ SBE İşletme YL programında kayıtlı Öznur Pulat İmamoğlu'nun Mehmet Pekkaya danışmanlığında devam eden YL tez çalışması temel alınmıştır.

1. Giriş

Sağlık hizmetleri tanı ve tedavi yaklaşımlarının sürekli gelişmesi /değişmesi ve beraberinde riskler taşıması, dolayısı ile doğrudan insan hayatıyla ilgili olması yönünden diğer hizmet sektörlerinden farklılaşmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetinin sunumundan önce çok iyi planlanması ve etkin bir yönetim sürecinden geçmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe kalitede, tıbbi hizmet kalitesi yeterli olmayıp; çevresel şartlar, hizmeti sunan ekibin yetkinliği ve performans değerlendirmeleri, bina ve tesisat güvenliği de dikkate alınmalıdır (Tapan vd., 2016:1; Pekkaya, 2016:975).

Sağlık sektörünün büyüklüğü ve sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin aldığı hizmette, kalite arayışı her geçen gün önemini artırmaktadır. Karar vericilere göre, gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde, sağlık hizmeti sunumu sırasındaki hasta memnuniyeti uzun vadede başarı sağlamak için önemli ve stratejik bir konudur (Amole vd.,2016:10). İnsan sağlığı ile doğrudan ilişkisi bulunan sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık hizmetleri kalitesini ölçmek için birçok gösterge bulunmasına rağmen hasta memnuniyeti de en önemli kalite göstergeleri arasında yerini almaktadır. Hizmet sunumu sırasında müşteri memnuniyetini ölçmeye yarayan birçok model olmasının yanında, en çok kullanılan yöntem SERVQUAL ölçeğidir ve literatür incelendiğinde, sağlık hizmetleri kalitesinin değerlendirilmesinde özellikle SERVQUAL ölçeğinin üzerinden hizmet kalitesinin ölçümü ve boyutlarının belirlenmesi üzerine yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. İşletmelerin sundukları hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL ölçeği, hizmet kalitesini 5 boyut ile değerlendirmektedir.

Birbirinden farklı öneme sahip çok sayıda boyut veya kriterin var olması, işletmelerin sunduğu hizmet kalitesi analizini, çok kriterli karar verme (ÇKKV) yöntemleriyle yapılmasına da olanak sağlar. Literatürde, hizmet kalitesinin ölçümünden elde edilen genelde likert tipli anketlerde, faktör analizi, temel bileşenler analizi ve farklılıklara yönelik hipotez testleri yaygın olarak kullanılmaktadır. SERVQUAL ölçeği hizmet kalite boyutlarının belirlenmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, boyutların önem derecelerinin belirlenmesine yönelik çalışma sayısı nispeten azdır. Bu anlamda çalışmamızın, özellikle bir araştırma hastanesine gelen hastaların hizmet kalitesi boyutlarının ÇKKV yöntemleri ile önem derecelerinin belirlenmesi ve istatistiksel analizlerin birlikte kullanılması yönünden özgün olduğu düşünülmüştür

Çalışmamızın amacı, sağlık hizmetleri sunum kalitesinde dikkate alınan SERVQUAL boyutlarının önem derecelerini belirlemek ve bulguları ilgili araştırmacı, akademisyen, karar verici ve sağlık hizmeti sunucularına sunmaktır. Bu anlamda Bülent Ecevit Üniversitesi (BEÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM)'da ayakta tedavi gören yaklaşık 1000 hasta üzerinde SERVQUAL ölçek boyutları temelli ikili karşılaştırma anketi uygulanmış, 626 anket verisi esnetilmiş tutarlılık sınırında kabul edilerek analizlere dâhil edilmiştir.

İlgili literatürde hizmet kalitesi ölçümü için genellikle 5 boyutlu SERVQUAL ölçeği, likert ölçeği üzerinden ölçülerek kullanılmıştır. ÇKKV teknikleri, bu alandaki akademik çalışmalarda yeni olmayıp, çalışmamızda ÇKKV tekniklerinden AHP (Analytical Hierarchy Process) kullanılmıştır. Sağlık hizmet kalitesi boyutlarının /kriterlerinin önem derecelerinin belirlenmesinde üç farklı senaryo üzerinden AHP yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların özelliklerine göre, görüşlerde meydana gelen farklılıklar hipotez testleriyle incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlıkta hizmet kalitesi ölçümü üzerine literatür özeti sunulmuştur. Üçüncü bölümde, BEÜ SUAM 'da ayakta tedavi gören hastalara uygulanan anket verileri analiz edilip bulguları raporlanmıştır. Sonuç bölümü ise, anket bulgularının değerlendirilmesini, yorumlanmasını ve önerileri içermektedir.

2. Sağlıkta Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Literatür Özeti

Sağlık hizmetlerindeki kalite, “eldeki en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sağlık hizmetinin sunulması” olarak tanımlanabilir (Tapan vd., 2016:1). Hizmet sektöründe /sağlık hizmetleri alanında kalite üzerine yapılan çalışmalar, iki açıdan incelenebilir. Bu tip çalışmalardan ilki, toplam kalite yönetimi (TKY) veya hastane hizmet kalite standartlarını (HKS) dikkate alan araştırmalardır. HKS'nin çoğu konusu hastanın hizmetini almadığı veya aldığı doğrudan hizmet dışındaki konular olup gözlemlenmediği veya gözlemlense dahi olası zayıf hizmet kalitesini algılayamayabileceği stok yönetimi, atık yönetimi, morg hizmetleri gibi teknik konulardan oluşmaktadır. Sağlıkta TKY veya HKS üzerine yapılmış ampirik çalışma sayısı nispeten oldukça az veya kapsamlı analiz içermemektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008; Çavuş ve Gemici, 2013), ayrıca bu tip araştırmalarda ÇKKV kullanılmış bir akademik çalışmaya (Pekkaya, 2016) rastlanmıştır.

Tablo 1: Hizmet Kalitesi Boyutları

Boyut	Açıklama
Güvenilirlik, GV (Reliability)	Söz verilen bir hizmetin, doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirilmesidir. Örneğin, tahlil, hesap ve kayıt güvenilirliği; personel bilgi/tecrübe düzeyi; Sağlık Bakanlığının belirlediği taahhütleri zamanında yerine getirmesi
Fiziksel Ortam, FO (Tangibles)	İşletmesinin hizmet sunumundaki araç/gereç ve personel görünümü, iletişim materyalleri. Örneğin, sağlık merkezi materyallerinin modern ve çekici olması; havalandırma; çalışan görünümünün düzgün olması
Heveslilik, HE, (Responsiveness)	Hastaya yardım etme ve hızlı hizmet etme istekliliği. Örneğin, çalışanların samimiyet ve nezaket; talep ve işlemlerdeki hız ve performans; hastaya değer verildiğinin hissettirilmesi
Güvence /yeterlilik, teminat, GY, (Assurance)	Çalışanların bilgili olmaları ve hastalara güven telkin edebilme becerisi. Örneğin, kullanılan tıbbi malzemelerin kalite ve yeterlilik düzeyi; personel davranışında tutarlılık
Empati, EM, (Empathy)	Hasta gibi düşünerek, hastayı önemseme ve yardımseverlik içerisinde olma becerisi. Örneğin, hasta dilek ve şikâyetlerine duyarlılık düzeyi, hasta ile iletişim kurabilme yeteneği

Sağlık hizmetleri alanında yapılan ikinci tip akademik çalışmalar, müşterilerin gözlemleri doğrultusunda ölçülen, sunulan sağlık hizmet kalitesi ve /veya sağlık hizmetinden beklentidir. İlgili literatürde bu açıdan hizmet kalitesi üzerine yapılmış çalışma sayısı oldukça fazladır. Hizmet kalitesi ölçümü üzerine (1) Grönross'un Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984), Parasuraman vd. Fark Modeli (Parasuraman vd., 1985;44), (3) Parasuraman vd. SERVQUAL ölçeği (Parasuraman vd., 1988), (4) Cronin ve Taylor'ın SERVPERF ölçeği (Cronin ve Taylor, 1992) başta olmak üzere birçok ölçüm /değerlendirme modeli geliştirilmiş ve araştırılmıştır. Bu çalışmada, ilgili literatürde en yaygın kullanılan 5 boyutlu SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır (Pekkaya ve Akıllı, 2013; Lin vd., 2009; Pekkaya ve Başaran, 2011; Roohi vd., 2011; Işık vd., 2011; Altuntaş vd., 2012; Purcărea vd., 2013; Kitapçı vd., 2014; Rezaei vd., 2016). Genel anlamda en iyi bilinen ve en yaygın olarak kullanılan yöntem Parasuraman vd. (1985; 1988)'nin geliştirdiği ve daha sonra yine Parasuraman vd. tarafından 1991'de son şeklinin verildiği SERVQUAL yöntemidir (Landhari, 2009; Altuntaş vd., 2012). SERVQUAL ölçeğindeki bahsi geçen 5 boyut Güvenilirlik (GV), Fiziksel Ortam (FO), Heveslilik (HE), Güvence /yeterlilik (GY), Empati (EM) olarak sıralanabilir ve boyutlar Tablo 1'de listelenen içeriklere sahiptir.

SERVQUAL ölçeğiyle gerçekleştirilen hizmet kalitesi ölçümlerinde daha çok likert ölçeği ile hizmet kalitesi ölçümü yapıldığına rastlanmaktadır. İlgili literatürde, SERVQUAL ölçeği boyutları ile ÇKKV teknikleri kullanımı yeni değildir. Özellikle AHP yöntemi kullanan konaklama işletmeleri (Pekkaya & Başaran, 2011), havayolu (Singh, 2016), perakendecilik sektöründe (Gopalan, 2016), seyahat acentalarında (Moekoe & Utomo; 2013), yeme içme sektöründe (Yıldız & Yıldız; 2015) yapılan çalışmalara da rastlanabilmektedir.

3. Hastane Hizmet Kalitesinde SERVQUAL Boyutlarının Önem Derecelerinin Belirlenmesi: BEÜ SUAM'da Bir Uygulama

Uygulamanın amacı, sağlık hizmetleri sunum kalitesinde belirleyici olan SERVQUAL boyutlarının önem derecelerini belirlemek ve belirlenen görüşlerdeki farklılıkların hastaların kişisel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemektir. Bu anlamda BEÜ SUAM'da ayakta tedavi gören 1029 hasta üzerinde SERVQUAL ölçek boyutları temelli uygulanan ikili karşılaştırma anketi yapılmış, ikili karşılaştırmalarda tutarlı cevapladığı belirlenen 626 anket analiz verilerinin kaynağıdır.

Hizmet kalitesi ölçümü, ilgili literatürde genellikle 5 boyutlu SERVQUAL ölçeği ile likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu alanda, birden çok faktör veya kriter olması, ÇKKV tekniklerinin kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. ÇKKV teknikleri, bu alandaki akademik çalışmalarda yeni olmayıp, çalışmamızda ÇKKV tekniklerinden AHP, üç senaryo üzerinden sağlık hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerinin belirlenmesinde kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların özelliklere göre görüşlerde meydana gelen farklılıklar hipotez testleriyle incelenmiştir.

3.1. AHP

Karar verme, hedef veya amaçların gerçekleşmesi açısından yönetim fonksiyonlarının içeriğinde olan, seçeneklerden birinin zihinsel ve matematiksel yöntemle seçilmesi süreci olarak ifade edilebilir. Araştırmalar, sezgisel verilen günlük kararlarda sakınca olmadığını, ancak karmaşık ve hayati yapıdaki kararlarda modern karar verme tekniklerinin kullanılması gerektiğini göstermiştir (Kuruüzüm & Atsan, 2001). Karar verme probleminde, birbiriyle çelişebilen kriterlerin varlığında alternatifler arasından en avantajlı olanın seçimi araştırılmaktadır. Bu tip karar verme süreçleri ÇKKV problemi olarak isimlendirilir ve çözümü ÇKKV yöntemleriyle yapılmaktadır. ÇKKV yöntemleri, seçenekler arasındaki göreceli olarak sıralama, sınıflama ve en ideal skora sahip seçeneği seçme olanağı sunması yönünden, sezgisel veya sayısal olmayan yöntemlere göre avantajlı oldukları kabul edilir (Pekkaya & Başaran, 2011).

Çok sayıda kriter /faktörün olduğu problemlerin çözümünde, 1980’de Saaty tarafından geliştirilen ve ÇKKV yöntemlerinden olan AHP yaygın olarak kullanılmaktadır. AHP, ikili karşılaştırma verilerini kriter ağırlıkları belirlenmede ve/veya alternatifler arasında seçim sıralaması yapmada kullanılan bir çeşit karar destek sistemi yöntemidir. AHP, hisse senedi seçiminde (Hamzaçebi & Pekkaya, 2011), konaklama işletmelerinin hizmet kalitesinde (Pekkaya & Başaran, 2011), meslek seçiminde (Kuruüzüm & Atsan, 2001; Pekkaya & Çolak, 2013), bankaların iflas risklerinin değerlendirilmesinde (Pekkaya & Demir, 2016), bankaların ticari kredi değerlendirme aşamasında (Pekkaya & Zilifli, 2016), dizüstü bilgisayar seçiminde (Pekkaya & Aktogan, 2014) dikkate alınan kriter önem derecelerinin belirlenmesinde kullanılabilir. Saaty & Vargas (2006), ÇKKV yöntemlerinin planlama, kaynak dağıtım ve çelişkili durumların varlığında çözümleyici olması açısından geniş bir kullanım alanına sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Bu anlamda AHP, zıt fikirlerin dahi olduğu hemen her yapıdaki karar vermelerde nicel bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Literatürde AHP’nin, genellikle konuya ilişkin kriter ağırlıklarının belirlenmesinde kullanıldığı görülebilir. Bu anlamda AHP, ikili karşılaştırma matrisi üzerinden problemdeki kriterlere ait ağırlıkların pratik şekilde elde edilmesi ve bu hesaplamaadaki tüm ikili karşılaştırmaların çapraz tutarlılıklarını tek bir sayı ile sunması açısından kullanışlı bulunan bir yöntemdir (Pekkaya & Başaran, 2011). Pekkaya & Başaran (2011), AHP’nin avantajlarını (1) ölçüm duyarlılığının diğer anketlere göre genellikle daha yüksek olması, (2) kriter önem derecelerini oran ölçeğinde üretmesi, (3) cevaplayıcıların tüm ikili karşılaştırmalarının toplu tutarlılıklarını da hesaplaması, (4) elde edilen kriter ağırlıklarının karar verme birimleri olan seçeneklerin seçim sıralanması yapımında girdi olarak kullanılabilmesi olarak sıralamıştır. Yöntemin hesaplama süreçleri çok sayıda çalışmada raporlandığı için burada verilmemiştir. Hesaplama sürecine ait ayrıntılı bilgi için Hamzaçebi & Pekkaya (2011), Pekkaya & Başaran (2011), Pekkaya & Aktogan, (2016) incelenebilir.

İlgili literatürde, AHP’nin konuya ait kriter ağırlıklarının belirlenmesinde yaygın olarak kullanıldığı görülebilir. Çalışmamızda da AHP, hastaların hastane hizmet kalitesine ait 5 adet SERVQUAL boyut önemine ait ikili karşılaştırma değerlerinden karar matrisi oluşturulmuş ve böylece ilgili boyutlara ait önem dereceleri hesaplanmıştır. Boyut önem dereceleri hesaplanmasında kullanılan, her hastanın ikili karşılaştırma matrisleri için çapraz tutarlılıklarını tek bir sayı olarak üretilmesi ve oran ölçeğinde boyut önem dereceleri üretilmesi bu yöntemi tercihte ön plana çıkarmıştır.

3.2. Veri ve SERVQUAL Boyutları için Belirlenen Ağırlıklar

Uygulamanın amacı, BEÜ SUAM’a gelen hastaların bakış açısından sağlık hizmetleri sunum kalitesinde dikkate alınan SERVQUAL boyutlarının önem derecelerini AHP ile belirlemek ve hastaların demografik özelliklerine göre de boyut önem derecelerindeki farklılıkların araştırılmasıdır.

İlgili literatürde, Büyüközkan vd. (2011) İstanbul’da bulunan 4 özel hastanedeki 5 doktorun görüşünü alarak bulanık AHP ile; Altuntaş vd. (2012) İstanbul’daki A grubu (4), B grubu (4) ve C grubu (4) olarak tanımlanan 12 hastaneye başvuran 281 hasta üzerinden ANP ve AHP yöntemlerini kullanarak; Amole vd. (2015) Nijerya’da bulunan 6 eğitim hastanesine başvuran 326 hasta üzerinde yapılan araştırma sonucunda; Oyatoye vd. (2016) Nijerya’da 4 devlet hastanesindeki 400 hasta üzerinden; sağlık hizmetlerinde kalite açısından boyutlara ait önem derecelerini belirlemişlerdir.

Bu anlamda, BEÜ SUAM’da ayakta tedavi gören 1029 hastanın SERVQUAL ölçeği temelli ikili karşılaştırma yapısında anket uygulaması yapılmıştır. İkili karşılaştırma verilerinden AHP yöntemiyle hastaların SERVQUAL ölçeği boyutlarına verdikleri önem dereceleri hesaplanmıştır. Saaty’nin tutarlılık sınırı dikkate alındığında 364 hasta görüşlerine ait ağırlık hesaplamaları değerlendirilebilmekte iken fazla veri kaybetmemek için Dodd vd. (1993)’nin esnetilmiş tutarlılık sınırı dikkate alındığında, analizlerde 626 hastanın görüşlerine yer verilebilmiştir. Bu şekilde, ağırlıkların eşit olmadığını ifade eden çok sayıda birimin görüşleri analizlerde dikkate alınabilecektir. Dodd vd. (1993) istatistiksel bir yaklaşımla, ikili karşılaştırmalara verilen puanlamaların rassal olarak verilmediği kabul edilen kritik sınırı hesaplamış, böylece veri kaybı azaltılarak daha fazla görüşe yer verilmiş olunabilecektir (Pekkaya & Başaran, 2011; Pekkaya & Çolak, 2013; Pekkaya & Aktogan, 2014). Hesaplamalarda 5 kriter olduğundan, esnetilmiş tutarlılık sınırı $0,2586 (=0,2896/1,12)$ olarak dikkate alınmıştır.

Tablo 2: Önem Derecelerine Ait Seriler için Tanımlayıcı İstatistik

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	DK	Eğiklik	Basıklık
GV	,0282	,6364	,2895	,1147	39,61	,202	-,350
FO	,0267	,5665	,1835	,1048	57,13	,732	,304
HE	,0248	,4790	,1224	,0671	54,84	1,286	2,812
GY	,0357	,5391	,2543	,0933	36,68	,324	,079
EM	,0335	,5433	,1503	,0737	49,04	1,172	2,701

DK: Değişim katsayısıdır.

SERVQUAL boyut ağırlıkları AHP ile 3 senaryo üzerinden hesaplanmıştır. Bu senaryolardan birincisi, Dodd vd. esnetilmiş tutarlılık sınırına göre 626 hastanın ikili karşılaştırmaları üzerinden her bir boyut ile hasta için

ayrı ayrı hesaplanan ağırlıklardan elde edilmiştir. Her bir boyut için üretilen bu ağırlık serileri, çalışmadaki analizlerin temel verisi olmuş ve farklı istatistiksel testlerin yapılabilmesine olanak sağlamıştır. Birinci senaryo ile 5 boyut için üretilen ağırlık serilerine ait tanımlayıcı istatistik Tablo 2’de raporlanmış ve bu senaryo ile üretilen ağırlık serilerinin ortalamaları Tablo 3’de de Dodd-AO satırında, diğer senaryo bulgularıyla karşılaştırmak için verilmiştir. Bu senaryo üzerinden elde edilen ağırlık ortalamalarının bir birinden farklı olduğu, bağımlı örnek ANOVA testine göre istatistiksel olarak 0,05 anlamlılıkta söylenebilir. Bu testte, 5 boyutun ortalamaları için Wilks’ Lambda istatistik p değeri 0,000; Mauchly’in küresellik testi p değeri 0,000 elde edilmiş, bu durumda dikkate alınan Huynh-Feldt testi (p değeri: 0,783) F istatistiği p değeri ise 0,000 olarak gözlemlenmiştir. Böylece örneklemedeki hastaların görüşlerine göre, güvenilirlik boyutu %28,95 ve sonrasında güvence boyutunun %25,43 düzeyinde hastane hizmet kalitesinde en önemli boyutlar olarak kabullenilmiştir. Bu boyutlara ait görüşlerin değişim katsayılarının nispeten küçük olması, boyutlara ait görüşlerde oldukça hemfikirlik (homojenlik) olduğunun göstergesidir. Heveslilik boyutu ise %12,24 ile en az önemli boyut olarak gözlenmiştir.

SERVQUAL boyut ağırlıklarının hesaplanmasındaki diğer iki senaryo ise Saaty-AO ve Dodd-GO olarak sıralanabilir (Tablo 3). Saaty-AO senaryosunda, Saaty’nin 0,10 tutarlılık sınırı dikkate alınarak 364 hastanın AHP ile hesaplanan ağırlık puanlarına ait boyut temelli serilerin aritmetik ortalamalarından elde edilen ağırlıklardır. Dodd-GO senaryosunda ise Dodd vd.’nin yaklaşımıyla esnetilmiş tutarlılık sınırı dikkate alınarak 626 hastanın boyutlara ait ikili karşılaştırma puanlamaları geometrik ortalamaları ile oluşturulan tek karar matrisinden AHP ile hesaplanan ağırlıklardır. Literatürde, çok bireyin ikili karşılaştırmalarını tek matrise indiren bu geometrik orta hesaplama süreci yaygın kullanılmakla beraber, çalışmamızda bu süreç esnetilmiş tutarlılık sınırındaki görüşler üzerinden yapılmıştır. Bu açıdan, bu üç senaryodan çok farklı sonuçlar elde edilmese de, literatüre paralellik açısından Dodd-GO senaryosu bulguları, istatistiksel testler için ise Dodd-AO senaryosundan üretilen seriler dikkate alınmıştır. Dodd-GO senaryosuna göre de güvenilirlik boyutu (%29,87) ve güvence boyutu (%26,72) hastane hizmet kalitesinde en önemli boyutlar olurken heveslilik boyutu (%11,81) ise en az önemli boyut olarak gözlenmiştir.

Tablo 3: Hizmet Kalitesi Açısından Boyutların Önem Dereceleri

Senaryo	n	GV	FO	HE	GY	EM	Tutarlılık
Saaty - AO	364	,2877	,1727	,1260	,2623	,1513	,0389
Dodd - AO	626	,2895	,1835	,1224	,2543	,1503	,0894
Dodd - GO	626	,2987	,1688	,1181	,2672	,1472	,0007
Araştırmacı		GV	FO	HE	GY	EM	Diğerleri
Büyüközkan vd. (2011)		,21	,03	,11	,09	,34	,21
Altuntaş vd. (2012) -A		,1343	,0976	,1738	,2951	,2991	
Altuntaş vd. (2012) -B		,1912	,0877	,1835	,2540	,2837	
Altuntaş vd. (2012) -C		,1107	,0537	,2062	,3195	,3099	
Altuntaş vd. (2012) -G		,1433	,0781	,1890	,2914	,2983	
Amole vd. (2015)		,1560	,1619	,1562	,1435	,1646	,1480; ,0698
Oyatoye vd. (2016)		,2376	,2132	,2239	,2151	,1101	
Pekkaya vd. (2017)		,2152	,2061	,1986	,1998	,1803	
Literatür ortalaması		,2133	,1488	,1903	,2008	,2469	

Büyüközkan vd.(2011) için diğerleri profesyonellik boyutu; Amole vd.(2015) için diğerleri sırasıyla etkili iletişim ve bekleme zamanı boyutlarıdır. Altuntaş vd., (2012) için A: A sınıfı hastane için; B: B sınıfı hastane için; C: C sınıfı hastane için; G: Genel hesaplama. Pekkaya vd. (2017) satırındaki ağırlıklar, likert tipi ölçekle hastaların ölçülmüş beklenti skorlarından reciprocal yöntemiyle (Pekkaya, 2016:976) üretilmiş ağırlıklardır.

İlgili literatür ile analiz bulgularının, pek uyumlu olduğunu ifade etmek doğru olmayabilir (Tablo 3). Oyatoye vd. (2016) ve Pekkaya vd. (2017)’nin çalışmaları, çalışmamızla nispeten daha uyumlu olduğu söylenebilir. Bu açıdan, daha iyi karşılaştırma yapabilmek amacıyla, Tablo 3’teki en alt satırda temsili olarak ulaşılan literatür ortalaması hesaplanmıştır. Bu hesaplamada, Altuntaş vd. (2012)’in çalışmasında hesapladığı 4 farklı ağırlığın boyut temelli ortalaması dikkate alınırken, Büyüközkan vd. (2011) ile Amole vd. (2015)’in çalışmasında elde ettikleri 5 SERVQUAL boyutuna ait ağırlıklar standardize edilerek dikkate alınmıştır. Böylece 5 çalışmadan, 5 boyut için standardize edilmiş ağırlıklar için birer skor alınarak literatür ortalaması satırındaki ortalamalar elde edilmiştir. Özellikle Büyüközkan vd. ile Altuntaş vd.’nin çıkarsamalarıyla sağlık hizmetlerinde empati en önemli SERVQUAL boyutu konumuna gelmiştir. İlgili temsili literatürle genel karşılaştırmada, empati ile güvenilirlik boyutlarının en ön plana çıktığı görülürken, çalışmamız bulgularına göre güvenilirlik ile güvence boyutlarının en ön plana çıktığı gözlemlenmiştir. Empati ve heveslilik boyutlarında literatürle uyumlu olmayan sonuçlara ulaşıldığı gözlenirken, diğer boyutlarda oldukça literatürle uyum sağlayan sonuçlara ulaşıldığı boyut önem sıralamalarından görülebilir.

3.3. Hastaların Görüşlerinin Kişisel Özelliklerine Göre Farklılaşması

Bu bölümde, hastane hizmet kalitesinde SERVQUAL boyut ağırlıklarının hastaların kişisel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığı istatistiksel açıdan incelenmiştir. Alt grup örnek sayıları 30'un üzerinde olduğu için, serilerin normal dağılım sağladığı varsayımı üzerinden hareketle, parametrik testler kullanılmıştır. İki grup arasındaki görüş farklılıkları bağımsız örnek t testi ile incelenmiştir. İki'den fazla gruplar için serilerin homojenliği Levene testiyle incelenmiş, seriler homojense tek yönlü bağımsız örnek ANOVA F testi, homojen değilse homojen olmayan seriler için daha güçlü kabul edilen Welch ve Brown-Forsythe testleriyle alt gruplar arasındaki görüş farklılıkları incelenmiştir. Hastaların medeni durumlarına göre görüşlerde istatistiksel olarak 0,05'de anlamlı farklılık gözlenmediği için, medeni durumlara göre grup istatistikleri raporlanmamış, karşılaşılan bu durumlarda Tablo 2'deki ortalamaların geçerli olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4: Görüşlerin Cinsiyete Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=294, 332)		Bağımsız örnek t testi, p- değeri
	Erkek	Kadın	
Güvenilirlik	,2866	,2921	,553
Fiziksel Ortam	,1811	,1856	,599
Heveslilik	,1233	,1217	,768
Güvence	,2483	,2596	,133
Empati	,1606	,1411	,001

Tablo 4'de görüldüğü üzere, cinsiyete göre empati boyutu hakkında görüşleri arasında istatistiksel olarak 0,05'de anlamlı fark gözlenmiş, erkeklerin empati boyutuna daha fazla önem verdiklerine karar verilmiştir. Tablo 5'ten, hastaların eğitime göre yine sadece empati boyutunda farklılık gözlenmiş, buna göre lisans eğitimi almamış grupların lisans eğitimi alanlara göre empati boyutuna daha fazla önem verdiğine karar verilmiştir. Diğer deyişle eğitim seviyesi azaldıkça empatiye daha çok önem verildiği gözlenmiştir.

Tablo 5: Görüşlerin Eğitime Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=95, 287, 192, 48)				Teste ait p-değerleri			
	İlkokul	Lise	Lisans	YL-Dr	Lev	F	Wel	Br-F
Güvenilirlik	,2876	,2823	,2967	,3162	,187	,215	,184	,194
Fiziksel Ortam	,1761	,1864	,1866	,1654	,063	,513	,517	,507
Heveslilik	,1289	,1232	,1161	,1208	,095	,454	,420	,475
Güvence	,2442	,2510	,2640	,2604	,010	,296	,351	,321
Empati	,1633	,1570	,1366	,1373	,001	,004	,004	,004

Lev: Levene testi p değeri; F: Bağımsız örnek tek yönlü ANOVA F test istatistiği p değeri; Welch ve Br-Fo: Welch ve Brown-Forsythe testleri p değerleri. Kararlar koyu değerlere göre yapılmıştır.

Yaş gruplarına göre ise heveslilik boyutu hariç, tüm boyutların önem dereceleri hakkında görüş farklılıkları olduğuna karar verilmiştir (Tablo 6). Güvenilirlik ile güvence boyutlarına nispeten daha yaşlılar önem verirken, fiziksel ortam ile empati boyutlarına nispeten daha genç hastaların daha fazla önem verdiği gözlenmiştir.

Tablo 6: Görüşlerin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=209, 213, 136, 68)				Teste ait p-değerleri			
	-29	30-39	40-49	50+	Lev	F	Wel	Br-F
Güvenilirlik	,2654	,2951	,3060	,3132	,398	,001	,001	,002
Fiziksel Ortam	,2064	,1856	,1668	,1399	,171	,000	,000	,000
Heveslilik	,1240	,1249	,1138	,1270	,069	,401	,300	,370
Güvence	,2438	,2436	,2750	,2785	,022	,001	,002	,002
Empati	,1604	,1508	,1384	,1413	,934	,036	,047	,043

Hastaneye geliş nedenine göre görüş istatistikleri Tablo 7'de raporlanmıştır. Buna göre, güvenilirlik boyutu haricindeki tüm boyutlarda alt gruplara göre görüş farklılığı olduğuna karar verilmiştir. İlaç için gelen hastalar fiziksel ortam, heveslilik ile empati boyutlarına, tahlil için gelen hastalar fiziksel ortama, hastalık/televi için gelenler güvence, heveslilik ile empati boyutlarına, kontrol için gelenler güvence boyutuna nispeten daha fazla önem verdikleri gözlenebilmektedir.

Tablo 7: Görüşlerin Geliş Nedenine Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=304, 43, 79, 130, 70)					Teste ait p-değerleri			
	Hastalık	İlaç	Tahlil	Kontrol	Eğt-Diğ.	Lev	F	Wel	Br-F
Güvenilirlik	,2871	,2799	,2734	,3095	,2871	,375	,201	,167	,221
Fiziksel Ortam	,1611	,2226	,2308	,1748	,2195	,016	,000	,000	,000
Heveslilik	,1340	,1252	,1113	,1103	,1055	,000	,000	,000	,000
Güvence	,2606	,2070	,2366	,2686	,2491	,808	,001	,001	,001
Empati	,1572	,1654	,1479	,1367	,1388	,011	,030	,020	,027

Tablo 8: Görüşlerin Gelire Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=121, 204, 228, 52)				Teste ait p-değerleri			
	-1000	1001-2000	2001-4000	4001+	Lev	F	Wel	Br-F
Güvenilirlik	,2631	,2862	,3014	,3046	,287	,020	,022	,022
Fiziksel Ortam	,1730	,1889	,1877	,1829	,002	,569	,508	,586
Heveslilik	,1459	,1253	,1089	,1159	,000	,000	,000	,000
Güvence	,2396	,2431	,2631	,2780	,437	,011	,009	,009
Empati	,1784	,1564	,1390	,1186	,000	,000	,000	,000

Gelir gruplarına göre ise fiziksel ortam boyutu hariç, tüm boyutların önem dereceleri hakkında görüş farklılıkları olduğuna karar verilmiştir (Tablo 8). Nispeten yüksek gelirli hastalar güvenilirlik, heveslilik ile empati boyutlarına daha fazla önem verirken, nispeten düşük gelirli hastalar heveslilik boyutuna daha fazla önem verdikleri gözlenmiştir. Meslek gruplarına göre tüm boyutlarda görüş farklılığı olduğuna karar verilmiştir (Tablo 9). Öğrenciler güvenilirlik ile güvence boyutuna, emekliler fiziksel ortam boyutuna, doktor/mühendis/yönetici gibi eğitimli gruplar empati boyutuna nispeten daha az önem vermektedir. Öğrencilerin heveslilik boyutuna, serbest meslektekilerin ise empati boyutuna nispeten daha az önem verdiği gözlenmiştir.

Tablo 9: Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Farklılaşması

	Ortalama (n=100, 44, 76, 163, 78, 111, 53)						Teste ait p-değerleri				
	Diğer	Emekli	Serbest Meslek	Memur -işçi	Dr-Müh Yön-Öğrt	Ev hanımı	Öğrenci	Lev	F	Wel	Br-F
GV	,2751	,3147	,2637	,3029	,3123	,2954	,2474	,038	,002	,003	,002
FO	,2156	,1463	,1985	,1786	,1706	,1677	,1979	,289	,001	,000	,001
HE	,1160	,1313	,1142	,1166	,1147	,1262	,1591	,006	,002	,024	,003
GY	,2342	,2650	,2435	,2603	,2684	,2680	,2326	,026	,029	,023	,033
EM	,1591	,1427	,1800	,1416	,1340	,1427	,1630	,097	,001	,001	,001

Tablo 10: Görüşlerin Hastaların Geliş Sıklığına (Bir Yılda) Göre Farklılaşması

Boyutlar	Ortalama (n=243, 232, 92, 57)				Teste ait p-değerleri			
	1-3	4-6	7-9	10+	Lev	F	Wel	Br-F
Güvenilirlik	,2805	,2982	,2881	,2963	,551	,384	,395	,360
Fiziksel Ortam	,1906	,1803	,1990	,1399	,011	,004	,000	,002
Heveslilik	,1260	,1200	,1212	,1187	,606	,756	,749	,746
Güvence	,2461	,2570	,2481	,2881	,825	,018	,033	,023
Empati	,1569	,1444	,1436	,1570	,012	,200	,211	,213

Hastaların geliş sıklığına göre ise fiziksel ortam ve güvence boyutlarında görüş farklılıkları olduğuna karar verilmiştir (Tablo 10). Hastaneye son bir yıl içinde 10'dan fazla gelen hastalar fiziksel ortama nispeten daha az önem verirken, güvence boyutuna nispeten daha çok önem verdiği gözlenmiştir.

4. Sonuç

Sağlık hizmeti, doğrudan insan hayatıyla ilgili olması yönünden ve beraberinde riskler taşıması açısından diğer hizmet sektörlerinden farklılaşmaktadır. Çalışmamızın amacı, sağlık hizmetleri sunum kalitesinde dikkate alınan SERVQUAL boyutlarının önem derecelerini belirlemek ve bulguları ilgili araştırmacı, akademisyen ve karar vericilere sunmaktır. Bu anlamda BEÜ'nün araştırma hastanesinde ayakta tedavi gören hastalara yapılan anketle hizmet kalitesindeki SERVQUAL boyutlarının önem dereceleri AHP yöntemiyle belirlenmiş ve değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, Likert ölçeğine alternatif olarak duyarlılığı ve ölçek kalitesi daha yüksek bir ölçekle ölçüm yapılarak, yine likert ölçeğine göre daha yüksek ölçek türü olan oran ölçeğinde veri elde etme olanağı sağlaması açısından AHP yönteminin avantajları, sağlık hizmet kalitesi boyutları önem derecesi

ölçmesinde gösterilmiştir. Ayrıca, Pekkaya vd. (2017)'nin likert ölçeğiyle ölçülmüş hasta beklentilerinden üretilen ağırlık skorlarına göre, AHP'nin daha keskin yüzdesel ağırlık üretmeye olanak sağladığı gözlenmiştir.

Çalışmada kullanılan yaklaşımla, AHP yöntemi ile her hastanın görüşlerinden ayrı ayrı boyut önem dereceleri hesaplanarak boyutlar için ağırlık serileri elde edilmiş ve çeşitli istatistiksel hipotez testlerin yapılmasına olanak sağlanmıştır. Bu olanaklardan dolayı çalışmamız, sağlıkta SERVQUAL hizmet kalitesi üzerine yapılan çalışmalara ölçüm/değerlendirme açısından farklı bir yaklaşım getirdiği söylenebilir.

Hastaların görüşlerine göre, hastane hizmet kalitesi değerlendirmesinde en önemli boyutları “Güvenilirlik, %29,87” ve “Güvence-yeterlilik, %26,72” olarak, toplamda %56,59 öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Sonrasında “Fiziksel Ortam, %16,88” ve “Empati, %14,72” boyutlarının yansırı en az önemli boyut olarak algılanan “Heveslilik, %11,81”in yer aldığı gözlemlenmiştir. İlgili literatürde bu önem derecelerinde tam bir uyum olduğunu söylemenin güç olduğu sonucuna varılmış ve Oyatoye vd. (2016) ile Pekkaya vd. (2017) ağırlık bulgularının, çalışmamızla kısmen uyumlu olduğuna karar verilmiştir. Özellikle İstanbul’da yapılmış 2 çalışmadan kaynaklı olarak, empati ile güvenilirlik boyutlarının çalışmamız bulgularından farklılaşacak şekilde ilgili temsili literatürde ön plana çıkması, Zonguldak’ın hasta ile sağlık görevlileri arasında ilişki özelliklerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

SERVQUAL boyutları için üretilen ağırlık serileri kullanılarak, hastaların kişisel özelliklere göre görüşlerindeki farklılık bulguları aşağıdaki gibi özetlenebilir. Erkeklerin kadınlara göre empati boyutuna; lisans eğitimi almamış grupların lisans eğitimi alanlara göre empati boyutuna; nispeten daha yaşlılar güvenilirlik ile güvence boyutlarına; nispeten daha gençler fiziksel ortam ile empati boyutlarına; tedavi için hastaneye gelenler güvence, heveslilik ile empati boyutlarına; nispeten yüksek gelirli hastaların güvenilirlik, heveslilik ile empati boyutlarına; nispeten düşük gelirli hastaların heveslilik boyutuna nispeten daha fazla önem verdikleri gözlenmiştir. Bu bulgular, araştırmacılar tarafından gerekçeleriyle incelenebilir, yorumlanabilir ve yönetici ile karar vericiler tarafından daha yüksek hasta memnuniyeti için hasta profiline göre sunulan hizmette dikkate alınabilir.

Kaynakça

- Altuntas, S., Dereli, T., & Yılmaz, M. K. (2012). Multi-criteria decision making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: A case study from Turkey, *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(11-12), 1379-1395.
- Amole, B. B., Oyatoye, E. O., & Kuye, S. I. (2016). Determinants of patient’s satisfaction on service quality dimensions in the Nigeria teaching hospitals. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (87), 9-33.
- Büyüközkan, G., Çifçi, G., & Güleryüz, S. (2011). Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications*, 38(8); 9407-9424.
- Cronin, Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The Journal Of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Çavuş, M. F., & Gemicci, E. (2013). Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 238-257.
- Demirbilek, S., & Çolak, M. (2008). Sağlık hizmetlerinde kalite: Manisa ili örneği, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 91-111.
- Dodd, F. J., Donegan, H. A., & McMaster, T. B. M. (1993). A statistical approach to consistency in AHP. *Mathl. Comput. Modelling*, 18(6), 19-22.
- Gopalan, R. S., & Satpathy, B. (2015). Evaluation of retail service quality—a fuzzy AHP approach, *Benchmarking: An International Journal*, 22(6), 1058-1080.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Hamzaçebi, C., & Pekkaya, M. (2011). Determining of stock investments with grey relational Analysis. *Expert Systems with Applications*, 38(8), 9186–9195.
- Isik, O., Tengilimoglu, D., & Akbolat, M. (2011). *Measuring health care quality with the SERVQUAL method: a comparison in public and private hospitals. Healthmed*, 5(6), 1921-1930.
- Kitapci, O., Akdoğan, C., & Dortyol, I. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 14, 161-169.
- Kuruüzüm, A., & Atsan, N. (2001). Analitik hiyerarşi yöntemi ve işletmecilik alanında uygulamaları. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 1, 83-105.

- Ladhari, R. (2009), A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1(2), 172-198.
- Lin, D. J., Sheu, I. C., Pai, J. Y., Bair, A., Hung, C. Y., Yeh, Y. H., & Chou, M. J. (2009). Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 7(63), 1-8.
- Moekoe, D. A. L., & Utomo, W. H. (2013). Travel agent company using Servqual and Shp method. *Asian Journal of Information Technology*, 12(3); 99-103.
- Oyatoye, E. O., Amole, B. B., & Adebisi, S. O. (2016). Patients' perception of quality service delivery of public hospitals in Nigeria using analytical hierarchy process. *Journal of Health Management and Informatics*, 3(3), 66-73.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J. of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual; a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pekkaya, M., & Akıllı, F. (2013). Hava yolu hizmet kalitesinin SERVPERF-SERVQUAL ölçeği ile değerlendirmesi ve istatistiksel analizi. *AİBÜ İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 75-96.
- Pekkaya, M., & Aktogan, M. (2014). Dizüstü bilgisayar seçimi: DEA, TOPSIS ve VIKOR ile Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 157-178.
- Pekkaya, M., & Başaran, S. (2011). Konaklama işletmeleri hizmet kalitesi boyutları önem derecelerinin AHP ile belirlenmesi ve işletmelerin hizmet kalitesine göre TOPSIS ile sıralanması. *Mali Ufuklar*, 5(15), 111-136.
- Pekkaya, M., & Çolak, N. (2013). Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin önem derecelerinin AHP ile belirlenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(2), 797-818.
- Pekkaya, M., & Zilifli, V. (2016). Bankaların ticari kredi değerlendirme aşamasında dikkate aldıkları kriterlerin önem derecelerinin belirlenmesi. *International Journal of Management Economics and Business*, 3. ICAFR Special I., 201-210.
- Pekkaya, M. (2016). *Hizmet Kalite Standartları Temelli, Hastanelerin ÇKKV ile Değerlendirilmesi*. ISEOS 2016 Proceedings, 974-982.
- Pekkaya, M., & Erol-Demir, F. (2016). Determining the priorities of criteria in assessing the bankruptcy risk of the banks via AHP, *International Journal of Management Economics and Business*, 3. ICAFR Special Issue, 40-45.
- Pekkaya, M., İmamoğlu, Ö. P., & Koca, H. (2017). Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital. *International Journal of Healthcare Management*, Doi: 10.1080/20479700.2017.1389474.
- Purcărea, V. L., Gheorghe, I. R., & Petrescu, C. M. (2013). The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale, *Procedia Economics and Finance*, 6, 573-585.
- Rezaei, S., Matin, B. K., Moradi, K., Bijan, B., Fallahi, M., Shokati, B., & Saeidi, H. (2016). Measurement of quality of educational hospital services by the SERVQUAL model: the Iranian patients' perspective. *Electronic Physician*, 8(3), 2101-2106.
- Roohi, G., Asayesh, H., Abdollahi, A. A., & Abbasi, A. (2011). Evaluation of clients' expectations and perception gap regarding the quality of primary healthcare service in healthcare centers of Gorgan. *Journal Of Jahrom University of Medical Sciences*, 9(3). 39-44.
- Saaty, T. L., & Vargas, L. G. (2006). *Decision making with analytic network process*. New York:Springer.
- Singh, A. K. (2016). Competitive service quality benchmarking in airline industry using AHP. *Benchmarking: An International Journal*, 23(4), 768-791.
- Tapan, B., Çapraz, N., & Kanar D. S. (2016). *Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi*, <http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr>. Erişim Tarihi: 25.05.2016.
- Yıldız, S., & Yıldız E. (2015). Service quality evaluation of restaurants using the AHP and TOPSIS method. *Journal of Social and Administrative Sciences*, 2(2), 53-61.

Ek 1: Anket Değerlendirmesine Dâhil olan Hastaların Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	294	47,0
Kadın	332	53,0
Toplam	626	100,0

Eğitim	Sayı	%
İlk	95	15,3
Lise	287	46,1
Lisans	192	30,9
YL	35	5,6
PhD	13	2,1
Toplam	622	100,0

Yaş	Sayı	%
0-19	32	5,1
20-29	177	28,3
30-39	213	34,0
40-49	136	21,7
50-59	44	7,0
60+	24	3,8
Toplam	626	100,0

Geliş sayısı/yıl	Sayı	%
1-3	243	38,8
4-6	232	37,1
7-9	92	14,7
10+	57	9,1
Toplam	624	99,7

Medeni Durum	Sayı	%
Bekâr	165	26,4
Evli	386	61,7
Boşanmış / Dul	74	11,8
Total	625	99,8

Geliş nedeni	Sayı	%
Hastalık	304	48,6
İlaç	43	6,9
Tahlil	79	12,6
Kont	130	20,8
Eğitim	5	,8
Diğer	65	10,4
Toplam	626	100,0

Meslek	Sayı	%
Emekli	44	7,0
Serbest meslek	76	12,1
Memur-isçi	163	26,0
Doktor-Mühendis	24	3,8
Polis-Asker	13	2,1
Brokrat-yönetici	11	1,8
Öğretmen	30	4,8
Ev hanımı	111	17,7
Öğrenci	53	8,5
Diğer	100	16,0
Toplam	625	99,8

Aylık Gelir (TL)	Sayı	%
-1000	121	19,3
1001-2000	204	32,6
2001-4000	228	36,4
4001+	52	8,3
Toplam	605	96,6