



**HASTANELERİN FİZİKSEL ORTAMININ (SERVICESCAPE)
ALGILANAN SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE
HASTALARIN İYİLEŞME BEKLENTİLERİNE ETKİSİ
DOKTORA TEZİ**

İlhan SAĞ

Eskişehir, 2019

**HASTANELERİN FİZİKSEL ORTAMININ (SERVICESCAPE)
ALGILANAN SAĞLIK HİZMET KALİTESİ VE
HASTALARIN İYİLEŞME BEKLENTİLERİNE ETKİSİ**

İlhan SAĞ

DOKTORA TEZİ

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Gülfıdan BARİŞ

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Mayıs, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İlhan SAĞ'ın "Hastanelerin Fiziksel Ortamının (Servicescape) Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi" başlıklı tezi 07 Mayıs 2019 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca İşletme Anabilim Dalı Pazarlama Bilim Dalında, Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Gülfidan BARIŞ
Üye : Prof.Dr.Sevgi Ayşe ÖZTÜRK
Üye : Prof.Dr.Saime ÖNCE
Üye : Prof.Dr.Sezer KORKMAZ
Üye : Prof.Dr.Dilaver TENGİLİMOĞLU




Prof.Dr.Hasan FUTAR
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü



ÖZET

HASTANELERİN FİZİKSEL ORTAMININ (SERVICESCAPE) ALGILANAN SAĞLIK HİZMET KALİTESİ ve HASTALARIN İYİLEŞME BEKLENTİLERİNE ETKİSİ

İlhan SAĞ

İşletme (Pazarlama) Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mayıs, 2019

Danışman: Prof. Dr. Gülfıdan Barış

Sağlık hizmetleri alanında rekabetin artması sonucu, hastane işletmeleri, sunulan sağlık hizmetlerini farklılaştırma ve hizmete odaklanma ihtiyacı duymaktadırlar. Bu ihtiyaç, hastanelerin, fiziksel ortamlarını iyileştirme yatırımları yapmalarına sebep olmaktadır. Ancak, yapılan yatırımların hastaların sağlık hizmeti kalite algısı ve iyileşme beklentileri üzerine nasıl bir etki bıraktığına dair yeterince bilgi bulunmamaktadır.

Bu araştırmada, hastanelerde tedavi gören hastaların, algıladığı hastane fiziksel ortam boyutlarını belirlemek, hastane fiziksel ortamının hastaların algıladığı sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentileriyle ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Sağlık kuruluşlarının hasta merkezli fiziksel ortam yaratmalarına yardımcı olmak araştırmanın bir başka amacıdır. Hasta merkezli tasarımlar, iyileştirilmiş fiziksel koşullar ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir adım olabilir. Bu amaçları gerçekleştirmek için bir model oluşturulmuş, kolayda örneklem yoluyla ve yüz yüze yapılan anketlerle hastalardan veri toplanmıştır. Modelde yer alan yapılar arasındaki ilişkiler Yapısal Eşitlik Modeliyle analiz edilmiştir.

Analizler sonucunda, hastanelerde fiziksel ortamın, literatürle benzer şekilde, beş alt faktörden (Ortam koşulları, Mekânsal düzen, İşlevsellik, İşaret, sembol ve eserler, ve Hijyen) oluştuğu tespit edilmiştir. Hastanenin fiziksel ortamının, algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde güçlü ve pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Hastanenin fiziksel ortamı ve algılanan sağlık hizmet kalitesi gizil değişkenlerinin hastaların iyileşme beklentileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin

olmamasıyla birlikte, bu gizil değişkenlerin iyileşme beklentisi üzerindeki etkisinin çok düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Ortam, Hastane Fiziksel Ortamı, Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi, Hastaların İyileşme Beklentisi, Sağlık Tesisi Tasarımı



ABSTRACT

THE EFFECTS OF HOSPITAL SERVICESCAPE ON PERCEIVED HEALTHCARE QUALITY AND PATIENT RECOVERY EXPECTATIONS

İlhan SAĞ

Department of Business Administration (Marketing)

Anadolu University, Social Sciences Institute, May, 2019

Advisor: Prof. Dr. Gülfidan Barış

Hospitals have been utilizing differentiation and service focus strategies as a result of increasing competition among health services providers. This need for differentiation and service focus has led to an increased investment to improve the physical infrastructure of hospitals. However, there is not much information about the impact of investments made in physical infrastructure on patients' perceptions of health services quality and recovery expectations.

This research aims to determine the dimensions of hospital servicescape (physical environment) based on the perceptions of the patients and to examine the relationships between hospital servicescape and patients' perceptions of healthcare quality and recovery expectations. It is also intended to provide insights to health organisations and hospitals about the patient-centered physical designs. Creating patient-centered health designs, and improving physical conditions can be an important step in resolving the health problems of the country. A model was created to achieve these aims, the data were collected from the patients by using convenience sampling, via face to face questionnaires at the hospitals. Structural Equation Modeling was used to analyze the relationships between variables offered in the research model.

According to the analysis, the servicescape perceptions of the respondents about the hospitals in which they received treatment consisted of five sub-factors (Ambient conditions, Spatial layout, Functionality/Equipment, Signs, symbols and artifacts, and Cleanliness). It has also been found that the patients' hospital servicescape perceptions have strong and positive effects on the patients' perceptions on healthcare quality. The hospital servicescape and perception of healthcare quality latent variables did not have a

statistically significant effect on the recovery expectations of patients; though the effect of these latent variables on the recovery expectation of patients was very low.

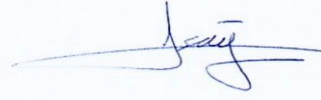
Keywords: Servicescape, Healthscape, Healthcare Quality Service Perception, Patient Recovery Expectation, Healthcare Facility Design.



ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmamın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit Program'ıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm. 07.12.2018

İLHAN SAĞ



TEŞEKKÜR

Öncelikle doktora tez sürecinde beni cesaretlendiren, değerli tecrübesiyle yol gösteren, iş hayatım ile beraber götürmeye çalıştığım doktora sürecimi anlayışla karşılayarak değerli önerileri ile tezimi zenginleştiren sevgili danışman hocam Prof. Dr. Sayın Gülfidan Barış'a çok teşekkür ederim.

Doktora kabul mülakatında kendisiyle ilk tanışma fırsatını yakaladığım, derslerinden ve önerilerinden büyük keyif aldığım, tezimin şekillenmesinde ve sonuçlanmasında büyük emeği olan tez izleme komitemde yer alan Prof. Dr. Sayın Sevgi Ayşe Öztürk hocama çok teşekkür ederim.

Prof.Dr. Sayın Saime Önce hocamın tez izleme komitemde yer alarak yapmış olduğu değerli öneri ve katkılarına çok teşekkür ederim. Savunma jürime katılan, yapıcı öneri ve eleştirileriyle çalışmama değer katan hocalarım Prof. Dr. Sezer Korkmaz ve Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu hocalarıma çok teşekkür ederim.

Doktoram sırasında, Amerika Birleşik Devletleri Birmingham Üniversitesi Alabama Sağlık Bilimleri Bölümünde yaklaşık bir yıl süren eğitimimde beni misafir doktora öğrencisi olarak kabul ederek yurtdışında da tecrübe kazanmamı sağlayan Dr. Sayın F. Devrim Zengul hocama çok teşekkür ederim.

Değerli dostlarıma vermiş oldukları motivasyon ve destek için çok teşekkür ederim.

Eşim Emel, kızlarım Kübra ve Ceyda'ya doktora süresince bana katlandıkları ve desteklerini esirgemedikleri için çok teşekkür ederim.

Sevgilerimle...

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vii
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Problemi.....	3
1.2 Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Önemi.....	4
1.4 Araştırmanın Sayıtları.....	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.6 Tanımlar.....	5
1.7 Tezin Organizasyonu	7
2. ALANYAZIN TARAMASI.....	8
2.1 Hizmetlerde Fiziksel Ortam	8
2.1.1 Fiziksel ortam teorisi	18
2.1.2 Hastanelerde fiziksel ortam.....	20
2.2 Sağlık Hizmetleri Kalitesi	27
2.2.1 Sağlık hizmetleri	31
2.2.1.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri	32
2.2.1.2 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	36
2.2.2 Hizmet kalitesi	38
2.2.2.1 Hizmet kalitesi modelleri	40
2.2.2.2 Hizmet kalitesi ve müşteri tatmini.....	47
2.2.3 Sağlık hizmetlerinde kalite	48
2.2.3.1 Sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri	50
2.2.3.2 Sağlık hizmetlerinde kalite boyutları	51
2.3 Hastaların İyileşme Beklentileri	52

2.3.1 Hastaların iyileşme beklentisi boyutları	58
2.3.2 Fiziksel ortam ve hastaların iyileşme beklentisi üzerine etkisi	59
3. YÖNTEM.....	61
3.1 Araştırma Yöntemi	61
3.2 Araştırma Modeli Ve Hipotezler	61
3.2.1 Araştırmanın kavramsal modeli	62
3.2.2 Araştırma hipotezleri	64
3.3 Araştırma Evreni Ve Örneklem	67
3.3.1 Hastane işletmeleri tanımları	67
3.3.2 Hastane işletmelerinin özellikleri	68
3.3.3 Hastane işletmelerinin sınıflandırılması	68
3.3.4 Evren ve örneklem	70
3.4 Ölçme Aracının Geliştirilmesi	72
3.4.1 Uzman görüşü	81
3.4.2 Pilot uygulama	81
3.4.3 Soru formunun uygulanması.....	84
3.5 Verilerin Kodlanması ve Düzenlenmesi	84
3.6 Verilerin Analizlerinde Kullanılan Yöntemler	85
4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ VE BULGULAR.....	89
4.1 Katılımcıların (Hastalar) Demografik Özelliklerinin Sayısal Ve Yüzdesel Dağılımı	89
4.2 Ölçek Maddelerinin Bağımsızlık Kontrolü	92
4.3 Tanımlayıcı İstatistikler.....	95
4.4. Güvenilirlik Analizi.....	96
4.5 Açımlayıcı Faktör Analizi	99
4.6 Doğrulayıcı Faktör Analizi	104
4.7 Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	109
4.8 Ölçek Puanlarının Dağılımı	111
4.9 Yapısal Eşitlik Modellemesi.....	111
5. ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	139
5.1 Sonuçlar.....	139
5.2 Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Katkıları Ve Öneriler	145
5.3 Gelecekteki Çalışmalara Yönelik Öneriler	146
KAYNAKÇA	149
EKLER LİSTESİ	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1 Fiziksel Ortam Kavramı ve Açıklamaları.....	9
Tablo 2.2 Fiziksel Çevre Bileşenleri.....	14
Tablo 2.3 Hizmet Sektöründeki Fiziksel Ortam Boyutları.....	15
Tablo 2.4 Hastanelerde Fiziksel Ortam ve Fiziksel Ortamın Hasta Sonuçları Üzerine Etkileri.....	22
Tablo 2.5 Temel Ürün ve Hizmet Farklılıkları.....	28
Tablo 2.6 Hizmet Kalitesi Tanımları.....	39
Tablo 2.7 Hizmet Kalitesi Boyutları.....	46
Tablo 2.8 Sağlık Hizmet Kalitesi Boyutları.....	52
Tablo 3.1 Araştırma Hipotezleri Özet Tablosu.....	66
Tablo 3.2 Mülkiyetine Göre Türkiye’ deki Hastaneler ve Dağılımı.....	69
Tablo 3.3 Bursa İli Yatak Sayıları.....	70
Tablo 3.4 Örneklem Büyüklükleri ($\alpha= 0.05$ ve ± 0.05 için)	72
Tablo 3.5 Fiziksel Ortam Madde Havuzu.....	74
Tablo 3.6 İyileşme Beklentisi Soru Örneklem Havuzu.....	79
Tablo 3.7 Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndekslerinin Kriterleri ve Kabul İçin Kesme Noktaları.....	87

Tablo 4.1 Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	90
Tablo 4.2 Ölçek Maddelerinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları.....	93
Tablo 4.3 Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi Sonuçları.....	95
Tablo 4.4 Shapiro-Wilk Normallik Test Sonuçları.....	96
Tablo 4.5 Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	97
Tablo 4.6 Madde-Toplam İstatistikleri.....	98
Tablo 4.7 Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği İçin KMO Değeri ve Bartlett's Küresellik Testi Sonuçları	100
Tablo 4.8 Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği' nin Faktör Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 4.9 Faktörler Altında Toplanan Soruların Tablosu.....	102
Tablo 4.10 Alt Faktörlerin Birbirleriyle İlişkilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	104
Tablo 4.11 Doğrulayıcı Faktör Analizi Tahmin Değerleri.....	107
Tablo 4.12 Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği Değerleri.....	108
Tablo 4.13 Faktörlerin Geçerliliği İçin Ölçümler.....	108
Tablo 4.14 Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 4.15 Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	111
Tablo 4.16 Çoklu Normallik Kontrolü.....	112
Tablo 4.17 Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği Değerleri	113
Tablo 4.18 Modele İlişkin Yapısal Eşitlikler ve Açıklanan Varyans.....	116
Tablo 4.19 Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği Değerleri.....	117

Tablo 4.20 Modele İlişkin Yapısal Eşitlikler ve Açıklanan Varyans.....	121
Tablo 4.21 Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	122
Tablo 4.22 Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Cinsiyetleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	124
Tablo 4.23 Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Eğitim Düzeyleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	125
Tablo 4.24 Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Gelir Seviyeleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	127
Tablo 4.25 Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Tedavi Şekilleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	129
Tablo 4.26 Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Aldıkları Poliklinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	131
Tablo 4.27 Ayakta Tedavi Olan Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Oldukları Klinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	132
Tablo 4.28 Yatarak Tedavi Olan Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Oldukları Klinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	134
Tablo 4.29 Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	135
Tablo 4.30 Hastaların Ölçek Puanlarının Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler Arasındaki Farklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi sonuçları.....	137
Tablo 4.31 Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları.....	138

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1 Tezin Organizasyonu.....	7
Şekil 2.1 Hizmet Organizasyonlarında Çevre ve Kullanıcı İlişkilerini Anlama.....	12
Şekil 2.2 Algılanan Fiziksel Ortam.....	16
Şekil 2.3 Sosyal Fiziksel Ortam Kavramsal Modeli.....	18
Şekil 2.4 S-O-R modeli	19
Şekil 2.5 Sağlık Oluşturan Faktörler.....	30
Şekil 2.6 Sağlık Hizmetleri Sektörü.....	33
Şekil 2.7 Sağlık Hizmet Türleri	37
Şekil 2.8 Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli.....	41
Şekil 2.9 Fark/Boşluk Hizmet Kalitesi Modeli.....	43
Şekil 2.10 Algılanan Hizmet Kalitesi.....	44
Şekil 2.11 Beklentiler ve Tatmin Modeli.....	48
Şekil 2.12 Beklentilerin Entegre Modelinin Şematik Gösterimi.....	54
Şekil 2.13 Bireysel İyileşme Beklentileri İle Bel Ağrısı Arasındaki İlişkinin Kavramsal Çerçevesi.....	57
Şekil 3.1 S-O-R modeli.....	62
Şekil 3.2 Kavramsal Araştırma Modeli.....	62
Şekil 3.3 Araştırmanın Modeli	63
Şekil 4.1 Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	105
Şekil 4.2 Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Değerleri.....	114
Şekil 4.3 Yapısal Eşitlik Modeli t Değerleri.....	115
Şekil 4.4 Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Değerleri.....	118
Şekil 4.5. Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli t Değerleri.....	119

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMOS	: Analysis of Moment Structures
Bknz	: Bakınız
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
Df	: Degrees of Freedom (Serbestlik Derecesi)
LİSREL	: Linear Structural Relations
N	: Örneklem
Max	: Maximum
Min	: Minimum
Ort	: Ortalama
P	: Anlamlılık Düzeyi
SEM	: Structural Equation Modeling
Sd	: Serbestlik Derecesi
Sig	: Significant
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
TL	: Türk Lirası
Vb	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
x ²	: Ki-kare
α	: Alpha

1. GİRİŞ

"Gelecekteki pazarlamacılar "fiziksel ortamı" pazarlamanın diğer araçları (fiyat, reklam...) gibi bilinçli ve ustaca kullanacaklardır." Kotler (1987)

Ekonomik ve sosyal gelişme için büyük önem taşıyan sağlık hizmet sektörü dünyada ve ülkemizde hızla gelişmekte ve ekonomik değer yaratmaya devam etmektedir. Sağlık hizmet sektörü, hasta ve hastalık çeşitlerinin artması sonucu oluşan sağlık hizmet taleplerini karşılamaya çalışmasının yanı sıra; gelişmiş ve gelişmekte olan ülke vatandaşlarının kişi başına düşen gayri safi milli hasılasından aldıkları payın, hane bütçelerine yansması sonucu otelcilik hizmetlerini içine alan talepleri de karşılamaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan bu sürekli talep, sağlık hizmet sektörü yatırımlarını tetiklemiştir. Dünyada ve ülkemizde gerek devletlerin sosyal ihtiyaca binaen yapmış olduğu sağlık yatırımları, gerekse özel sektörün sağlık hizmetlerine yönelik butik ve büyük ölçekli yatırımları sağlık hizmet sektöründe talep fazlasını, maliyet artışını, atıl kapasiteleri ve rekabeti beraberinde getirmiştir. Yatırımlarla sektörde oluşan rekabet neticesinde müşterilerin artan alternatifleri, müşteri özelinde satın alma davranışına uygun pazarlama bileşenlerinin izlenmesi ve uygulanmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlıkta "pazarlama" kavramı 1970'li yılların başından itibaren pazarlama literatüründe görülmeye başlasa da sağlık sektöründe profesyonel olarak kullanılması 1980'li yılları bulmuştur. 2000'li yılların başından itibaren sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin ihtiyacı tedavi bazlı olmakla birlikte, daha konforlu ve kaliteli bir sağlık hizmet sunum beklentisi sağlık sektöründe pazarlama kavramını ön plana çıkarmıştır. 2000'li yıllardaki "hastaları tatmin etme" yolu günümüzde sadece hastalıkların teşhis ve tedavisinden geçmemektedir (Karaçor ve Arkan, 2014). Teşhis ve tedaviye ek olarak; hizmetlerin maddi olmayan yapısı nedeniyle hizmeti satın alma öncesi değerlendirme aşamasından tutunda, hizmetin tüketim süreci ve hizmet sunumunun sonrasında müşterinin (hasta) tatmin düzeyini belirleme ölçütü genellikle fiziksel ortam koşullarıdır (Öztürk, 2013). Bu yüzden sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdeki fiziksel ortam, hastanın duyguları ve kararları üzerinde büyük önem arz etmektedir. Kaliteli

sağlık hizmetine ulaşmak isteyen müşteri (hasta) için uygun fiziksel ortamda bu hizmeti sağlayan sağlık kuruluşu (hastane, tıp merkezi, poliklinik vs.) rakiplerine göre birkaç basamak öne geçmiş olacaktır.

Hastanelerin teşhis ve tedavi gibi farklı fonksiyonlarının olması, farklı demografik yapıdaki bireylere hizmet vermesi, hastalar tarafından psikolojik olarak rahatsız edici bir ortam olarak düşünülmesi, hastane fiziksel ortamının hasta gereksinimleri göz önünde bulundurularak düzenlenmesini diğer sektörlerle göre daha karmaşık ve zor kılmaktadır (Lemprecht,1996). Bireyler genellikle sağlık işletmelerine (hastaneler) bozulmuş veya bozuk olduklarını düşündükleri sağlıklarını tıbbi yardım alarak geri kazanmak ümidiyle başvururlar. Hastaneler, hastaların günlük hayatındaki alışıla gelmiş çevrelerinden farklı mekânlar olduğundan, hastalar hastaneleri aynı zamanda kendilerini normal hayattan koparan tehdit olarak da algılayabilmektedirler. Hastanelerin potansiyel müşterisi olan hastaların güvenini sağlamaya hastanenin fiziksel ortam kanıtları (bina temizliği, ortamın aydınlığı, kullanılan teknoloji gibi) yardımcı olmaktadır (Zeithaml ve Bitner, 1996). Güvenli ve olumlu yönde etkileyici fiziksel bir çevrenin varlığı bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilemektedir. Fiziksel ortamın bu yüzden büyük önem taşıdığı, hastaların iyileşme sürecini dahi etkileyerek hastanın hastanede kalış sürecini kısalttığı düşünülmektedir (Yıldırım ve Muslu, 2006).

Hastaneler müşterilere iyi bir teşhis ve tedaviden başka olanaklar da sağlama eğilimindedirler. Bu eğilimin yönlendirmesiyle, hastalardan gelen geri bildirimleri analiz ederek hastaların iyi bir sağlık kuruluşundan beklentilerini karşılamak için çaba sarf ederler, hasta beklentilerini belirleyerek hizmetlerinin performansını bu beklentiler doğrultusunda iyileştirme ve ilerletmeye çalışırlar. Sağlık işletmelerinin hastaların beklentilerini karşılaması ve bu beklentilerin de önüne geçebilmesi, hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısını yükseltecek ve sağlık işletmelerinin genel performansını ve rekabet gücünü artıracaktır (Örgev, 2010).

Sözün özü, sağlık sektörü büyümekte, hasta beklentileri farklılaşmakta, sektördeki rekabet hızla yüselmektedir. Bu gelişmeler ise temel araştırma motivasyonu olmuştur. Tezin giriş bölümünde araştırmanın problemi, amacı, önemi, sayıltıları ve sınırlılıkları açıklanmakta ve tezin organizasyonu yer almaktadır.

1.1 Araştırmanın Problemi

Son onbeş yıldır sağlık sektörü, hizmet sunumunda hastaların yüksek hizmet beklentisini temel alarak büyük değişikliklere gitmiştir (Francis, 2010). Sağlık tüketiminin ihtiyaçtan isteğe doğru evrilmesi (Hatipler, 2017) ve sağlık hizmet sunumunun büyümesi ile birlikte rekabetçi sağlık hizmet pazarı oluşmuştur (Gökçe ve Buldukoğlu, 2015). Pazarda sağlık hizmetlerinin, mallar ve diğer hizmet sektörlerine göre daha soyut olması dolayısıyla (Ercan, Bülent ve İsmet, 2004), tüketiciler hizmetin kalitesine yönelik değerlendirmede zorlanmaktadırlar (Medabesh ve Upadhyaya, 2012). Bu sebepten tüketiciler almak istedikleri hizmete yönelik somut ipuçları aramaktadırlar (Bakırtaş ve Altunışık, 2009).

Fiziksel ortamın, olumlu ya da olumsuz müşteri davranışını etkilemede önemli bir faktör olarak rol aldığı önceki çalışmalardan anlaşılmaktadır (Daunt ve Harris, 2012). Atmosfer ve fiziksel ortam (hizmette karşılaşılabileceğiniz tüm hissedilebilir maddi unsurlar) kavramı, sağlık hizmet sunucuları ve bilim insanlarının düşündüğü fiziksel bina inşası ve tasarımından daha fazla şeyi ifade etmektedir. Sağlık sektörü yöneticileri ve araştırmacıları hizmet sunumu için sadece fiziksel tesis ve tasarım değil, aynı zamanda hissedilebilir bir atmosfer yaratmaya çalışırlar. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticileri ve araştırmacıları fiziksel ve hissedilebilir atmosferin tüketici ve davranışları (hasta ve davranışları) üzerindeki etkisini derinlemesine anlama ihtiyacı duymaktadırlar (Huton, 1995).

Bu doğrultuda, araştırmanın problemini “Hastanelerin fiziksel ortamı hastaların algıladığı sağlık hizmet kalitesini etkiler mi?” ve “Hastaların hastanelerin fiziksel ortam algıları ile algılanan hizmet kalitesi, onların iyileşme beklentilerini nasıl etkiler?” soruları oluşturmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Yukarıda verdiğimiz araştırma sorularının yönlendirmesiyle belirlenen araştırma amacı ise; farklı hizmet sınıflarındaki hastanelerden (devlet hastaneleri ve ihtisas araştırma hastaneleri) sağlık hizmeti alan hastaların fiziksel ortam algısının sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentileri ile olan etkileşimlerini tespit ve analiz ederek açıklamaktır. Bu açıklama ile ulaşılmak istenen diğer hedefler ise;

- Sağlık hizmet yatırımcıları ve sunucularına bina (hastane) inşası dışında hasta merkezli ve tedavi odaklı tasarım perspektiflerine ışık tutmak,
- Pratikte uygulanabilir bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamak,
- Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların fiziksel ortama atfettiği değerleri incelemek,
- Bursa ili özelinde mevcut hastanelerin fiziksel ortam açısından farklılıklarını tespit etmek olarak belirlenmiştir.

1.3 Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, hastaların farklı sınıflardaki hastanelerin fiziksel ortamlarını nasıl algıladıkları ve bu algıların sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentileri ile olan etkileşimlerini tespit ve analiz ederek açıklaması açısından önemlidir. Hastane hizmetlerinin farklı boyutlarına yönelik hasta tepkilerinin ölçülmesi ile ilgili Dünya ve Türkiye literatüründe çok sayıda çalışma olmasına rağmen fiziksel ortamın hasta memnuniyetinden daha çok şey ifade etmesi (Huton, 1995) ve hastaların iyileşme beklentileri üzerine çok az sayıda çalışmaya rastlanması bu çalışmayı özgün kılmaktadır.

Hastaların iyileşme beklentilerinin ölçülmesi, hastanın tedavi gördüğü kurumun fiziksel ortamına karşı tutum ve davranışlarını açıklamaya yönelik olmasına rağmen, Huton' un (1995) vurguladığı gibi belki de daha önemlisi; uygun fiziksel ortamın hastanın asıl fizyolojik ve psikolojik iyileşme sürecine olan pozitif etkisinin belirlenmeye çalışılmasıdır. Fottler, Ford, Roberts ve Ford (2000) sağlık sektöründeki fiziksel ortamın müşteri üzerindeki etkisinin farkında olunmasına rağmen, araştırmacıların bu konuyu takip etmediğini vurgulaması ayrıca yapılan çalışmaya önem atfetmektedir.

1.4 Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmadaki sayıtlar;

- 1- Araştırma değişkenleri (fiziksel ortam, sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisi) arasında bir ilişkinin bulunduğu varsayımdır.

- 2- Araştırma sürecinde, hastanede ayakta veya yatarak tedavi gören hastaların araştırma sorularına samimi cevap verecekleri varsayımdır.
- 3- Hastaların algıladığı fiziksel ortam, sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisi arasındaki ilişkinin araştırma yöntemi olarak, nicel veri toplanması yönteminin kullanılarak değerlendirilebileceği varsayımdır.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları konusunda söylenilmesi gereken ilk nokta, hastaların iyileşme beklentilerinin, sağlık hizmet kalitesi algıları ve fiziksel ortam algıları tarafından belirlenildiğine yönelik modeldir. Oysa ki, sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentileri üzerinde hem içsel hem de dışsal var olduğu düşünülen diğer faktör ve değişkenler modellenememiştir. Araştırma Bursa ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin fiziksel ve donanımsal iç değerlendirme kriterlerine göre sınıflandırıldığı yataklı hastanelerde yapılacak olması, bunun dışında özel hastanelerde değerlendirme kriterinin var olmaması ve araştırma izni alınamaması, araştırmanın bütçe ve zaman kısıtlarından dolayı Bursa iliyle sınırlı kalması olarak sayılabilir.

1.6 Tanımlar

Fiziksel Ortam (Servicescape): Hizmetin oluşturulduğu çevre ve alıcı ile satıcının etkileşiminin, hizmetin performansını ve iletişimini kolaylaştıran somut mallarla birleşmesidir (Booms ve Bitner 1981).

Hastane: Tıbbi ve diğer profesyonel kadroya ve yatan hasta tesisine sahip, tıbbi bakım, hemşirelik ve diğer hizmetleri haftada 7 gün 24 saat hizmet sunan sağlık bakım kuruluşlarıdır (Dünya Sağlık Örgütü , 2018).

Hasta: Sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, hastalanmış, rahatsız kişilerdir. (Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük, 2011).

Sağlık: Yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2014).

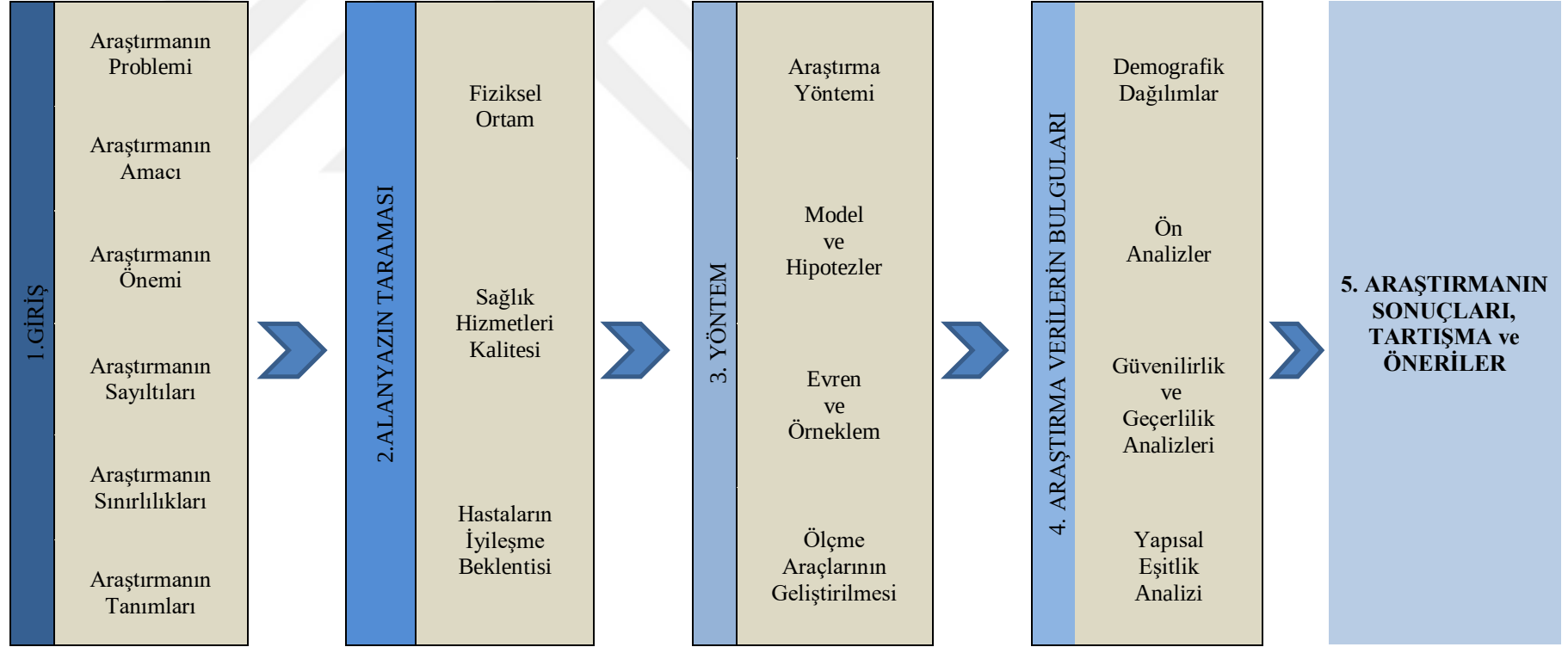
İyileşme Beklentisi: Tesadüfî veya tesadüfî olmayan özel olaylar ve tecrübelerle odaklanan geleceğe yönelik inançlardır (Laferton vd. 2017).

Sağlık Hizmetleri Kalitesi: Sağlık hizmeti sunum sürecinin bütün aşamaları ve birimlerinin yarattığı kazançlar ve kayıplar dengesi sonucunda ulaşılan maksimum iyileşme beklentisidir (Donabedian, 1988).

1.7 Tezin Organizasyonu

Bu doktora tezi giriş, alan yazın taraması, yöntem, araştırmanın bulguları ve araştırmanın sonuçları, tartışma ve öneriler olmak üzere beş ana bölümden oluşmaktadır. Şekil 1.1’ de her bir bölümde ele alınan genel başlıklar verilerek tezin organizasyonu hakkında bir ön izlenim sunulmuştur.

1.7 Tezin Organizasyonu



Şekil 1.1. Tez Organizasyonu

2. ALANYAZIN TARAMASI

2.1 Hizmetlerde Fiziksel Ortam

Fiziksel ortam terimi, hizmetin sağlandığı fiziksel çevreyi içermektedir (Bitner, 1992). Tıpkı landscape (manzara) kelimesinde olduğu gibi İngilizce dilinde üretilen “servicescape” kelimesi birleşik bir kelime olup, hizmet ve çatısı kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur (Jeon ve Kim, 2012).

Booms ve Bitner de (1981, s. 36) geliştirdikleri fiziksel ortamı; “Hizmetin oluşturulduğu çevre ve alıcı ile satıcının etkileşiminin, hizmetin performansını ve iletişimini kolaylaştıran somut mallarla birleşmesidir” şeklinde tanımlamışlardır. Zeithaml Bitner ve Gremler (2006) ise fiziksel ortam kavramını, müşteri ve firmaların etkileşim içerisinde olduğu, somut malların hizmetlerin etkileşimlerini kolaylaştırdığı çevre olarak tanımlamaktadırlar.

Fiziksel ortam (servicescape) terim anlamını Türkçe alan yazında (bu alanda son derece sınırlı sayıdaki çalışmalarda) karşılayan kavram konusunda tam bir birlik olmayıp, farklı yazarlar kavramı tanımlamak için farklı kelimeler kullanmışlardır. Tablo 2.1’de *fiziksel ortam* terimini Türkçe alan yazında kullanan çalışmalar ve kavramsal yaklaşımları görölmektedir. Tabloda (2.1) sunulan çalışmaların incelenilmesinin ardından, Türkçe yazın içinde servicescape kavramının kullanımları gözden geçirilmiş, hizmet ortamı, hizmet çatısı, hizmet alanı, fiziksel kanıt unsurları gibi kavramlar ile karşılaşılmış, ve tezimiz içinde “fiziksel ortam” kavramının kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 2.1. Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam Kavramı ve Açıklamaları

Yazar	Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam (servicescape) Terimi Yerine Kullanılan Kavramlar	Açıklama ve Tanımlar
Akkuş (2009)	Hizmet Çatısı, Hizmet Ortamı, Servicescape	Çalışmada yazar hem hizmet çatısı ve hizmet ortamı hem de kelimenin orijinal servicescape halini kullanmıştır. Fiziksel kanıt ve atmosferi, müşteri tepkileri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda kullanılan kavramlar arasında açıklamaktadır.
Avan ve Özdemir (2015)	Hizmet Ortamı	Hizmet ortamını, hizmet işletmelerinin hizmet üretimi için fiziksel unsurları kullanarak bir fiziksel çevreyle, ve bu fiziksel çevreye “hizmet verenleri” ve “süreçleri” de ekleyerek oluşturulan ortam olarak açıklamaktadırlar.
Bakırtaş ve Altunışık (2009)	Hizmet Alanı	Hizmet alanı kavramının büyük oranda Kotler’in (1973) atmosfer kavramıyla örtüştüğünü ve hizmetlerin iletildiği, firma ve müşterilerinin etkileşime geçtiği inşa edilmiş çevreyi ifade ettiğini vurgulamaktadırlar.
Bakırtaş (2013)	Hizmet Alanı	Bitner’in (1992) hizmet verilen çevreyi tanımlamak için atmosferik yerine hizmet alanı kavramını kullandığını vurgulamaktadır.

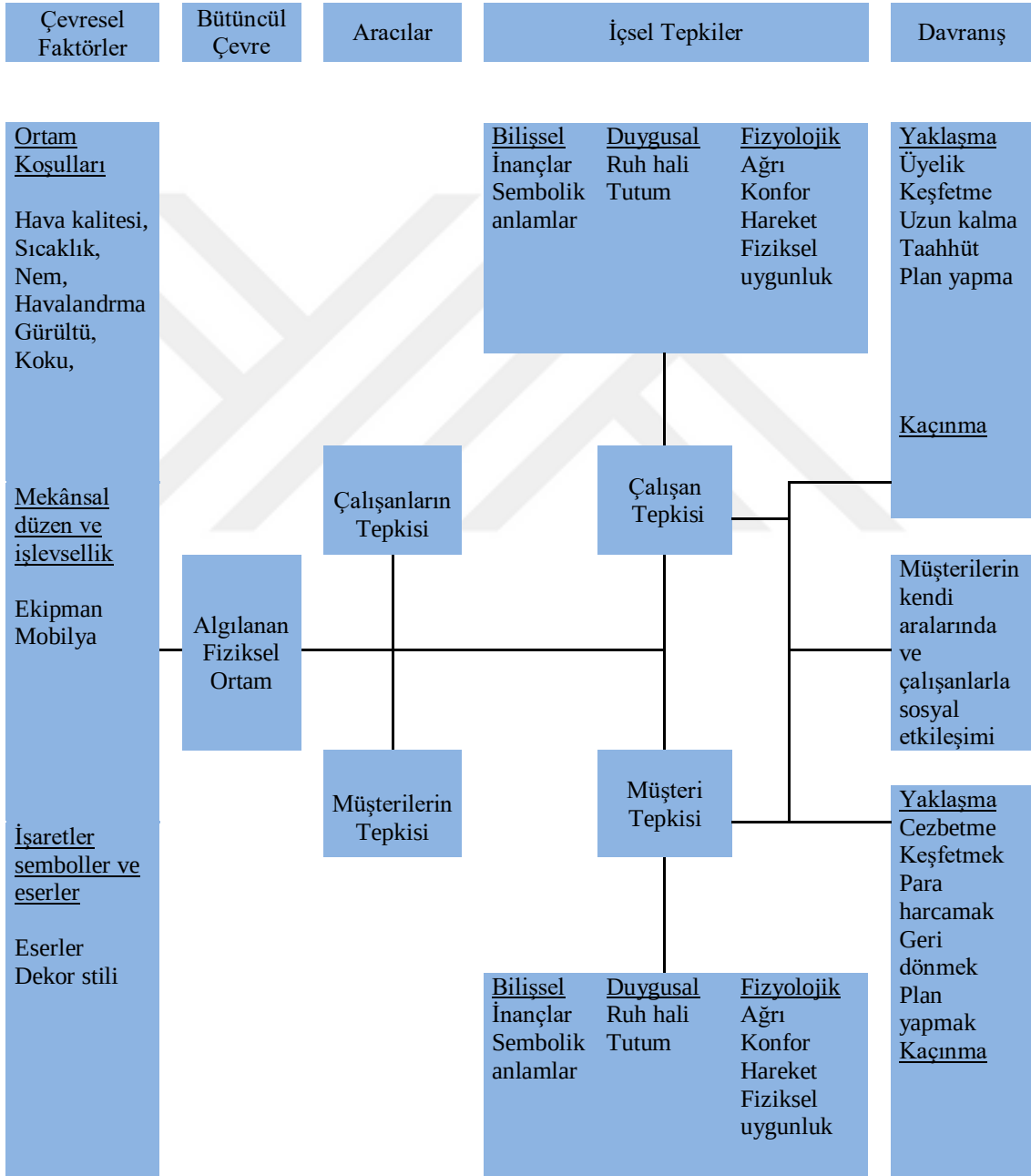
Tablo 2.1. (Devam) Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam Kavram ve Açıklamaları

Yazar	Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam (servicescape) Terimi Yerine Kullanılan Kavramlar	Açıklama ve Tanımlar
Bekar ve Sürücü (2015)	Hizmet Alanı	Hizmet alanı, tekli bir unsur olmasından ziyade çevresel boyutların genel ya da toplam yapılanmasıdır. Çalışmada Eiseman (1998) hizmet alanını değerlendirirken renk bileşeni ve beraberinde getirdiği duygu ve ruh durumunun değerlendirme sürecini, duygulanma süresini öne aldığı belirtmiştir.
Çelik (2009)	Hizmet Ortamı	Hizmet ortamının, fiziksel kanıtlardan geniş bir kavram olduğu ifade edilmiş, hizmet ortamını temel unsurları katılımcılar (müşteri ve personel), hizmet süreçleri ve fiziksel kanıtlar olan bir bütün olarak açıklanmıştır.
Dedeoğlu vd. (2014)	Hizmet Alanı	Hizmet alanı tanımlarında temel yoğunlaşma noktası olarak fiziksel unsurların öne çıktığı görülse de daha geniş bir bakış açısı ile insani boyutların da bu kavramın altında incelendiği gözlenmiştir.
Kama ve Erdoğan (2015)	Fiziksel Kanıt Unsurları	Fiziksel kanıt unsurlarının, tüketiciler üzerinde etki yarattığını belirtmişlerdir.

Tablo 2.1. (Devam) Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam Kavram ve Açıklamaları

Yazar	Türkçe Literatürde Fiziksel Ortam (servicescape) Terimi Yerine Kullanılan Kavramlar	Açıklama ve Tanımlar
Karakaşoğlu ve Aslan (2016)	Hizmet Ortamı	Hizmet ortamı fikrinin araştırılmaya başladığı dönemden itibaren, farklı yazarların aynı kavramı farklı kavram ve boyutlarla ifade etmeye çalıştığı Baker, Levy ve Grewal'ın (1992) 'fiziksel çevre', Kotler'in (1973), 'atmospherics' ve Bitner'in (1992) 'hizmet ortamı' kavramlarını kullandığı vurgulanmaktadır.
Sevta vd. (2014)	Hizmet Uzantıları	Çalışmada, Hizmet Uzantıları; bir hizmet organizasyonunun tüm algısal imajından bir görüntü/resim oluşturmak için çeşitli görsel, kokusal, işitsel uyaranlar ile bireysellik sağlayan, birçok atmosferik ipucunu kapsayan yerleşik bir ortam olarak tanımlanmaktadır. Hizmet uzantıların bireylerin bilişsel, duygusal ve psikolojik durumlarını ve bundan doğan davranışlarını etkilediğini ortaya koymaktadır.
Durna ve Dedeoğlu (2013).	Hizmet Alanı	Hizmet alanı, bir işletmenin düzen, tasarım ve dekor gibi farklı fiziksel unsurların sunumunu içermesinin yanında, işletmenin kültürel ve insani faktörlerine ilişkin sunumları da kapsayan ve tüketicilerin davranışları ile birlikte bilişsel, duygusal ve psikolojik durumlarına etki eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel ortam kavramı, genellikle Bitner'in (1992) çalışmasıyla ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bitner (1992) "fiziksel ortamı" anlatan kavramsal çalışmasında (Şekil 2.1) müşteri ve çalışanların içsel ve dışsal davranışlarını etkileyebilecek karmaşık çevresel faktörlere yer vermektedir.



Şekil 2.1. Hizmet Organizasyonlarında Çevre ve Kullanıcı İlişkilerini Anlama (Bitner, 1992, s.60)

Bitner (1992) var olan çevresel uyarıları üç boyutta birleştirmiştir. Bunlar,

- Ortam koşulları,
- Mekânsal düzen ve işlevsellik,
- İşaretler semboller ve tabelalar.

Ortam koşulları örneğin sıcaklık, hava kalitesi, gürültü, müzik, renk gibi görsel faktörler, şekil ve genel temizlik gibi kontrol edilebilir ve gözlemlenebilir uyaranlardır. İkinci boyut olan mekânsal düzen ve işlevsellik tüketim deneyimine katkıda bulunan düzen, ekipman ve mobilyalarla ilgilidir (Harris ve Ezech, 2008). Üçüncü boyut olan işaretler, semboller ve eserler ise bir ortamda insanların etkileşime geçtiği açık veya kapalı (sanatsal) unsurları ifade etmekle birlikte, genel olarak müşterilerin tesis içinde yönlerini bulmaya yardımcı olan fiziksel ortamın fiziksel sinyallerini belirtir.

Literatürde bir başka öncü çalışmada Baker (1987), tipolojisinde fiziksel ortamı ortam koşullarını, tasarım (iç mekân ve dış mekân) , sosyal çevre olarak üç boyutta toplamaktadır:

- Ortam Koşulları: Arka planda ilk etapta bizde farkındalık yaratmayan hava kalitesi, sıcaklık, nem, sirkülasyon/havalandırma, gürültü (seviye, adım), koku, temizlik gibi faktörlerden oluşmaktadır.
- Tasarım (iç mekân ve dış mekân): Farkındalığımızın ön planında olan estetik, mimari, renk, ölçek, malzeme, doku, şekil, stil, aksesuarlar, fonksiyonel, düzen, konfor, tabela, desen gibi uyaranlardır.
- Sosyal Çevre: Hedef kitle (diğer müşteriler) ile hizmet personelinin sayıları, görünimleri ve davranışları gibi uyaranları ifade etmektedirler.

Tüm hizmet kuruluşları için ortak fiziksel ortam boyutları olmamasına rağmen (Jeon ve Kim, 2012), genel olarak; ortam koşulları, mekânsal düzen ve işlevsellik, işaretler/semboller ve eserler olarak boyutlandırılmaktadır (Collett, 2008). Tablo 2.2’de sunulan araştırmalarda, yazarlar tarafından kullanılan fiziksel ortam kavramının çeşitli boyutları görülmektedir (Jeon ve Kim, 2012).

Tablo 2.2. Fiziksel Çevre Bileşenleri (Jeon ve Kim, 2012, s.285)

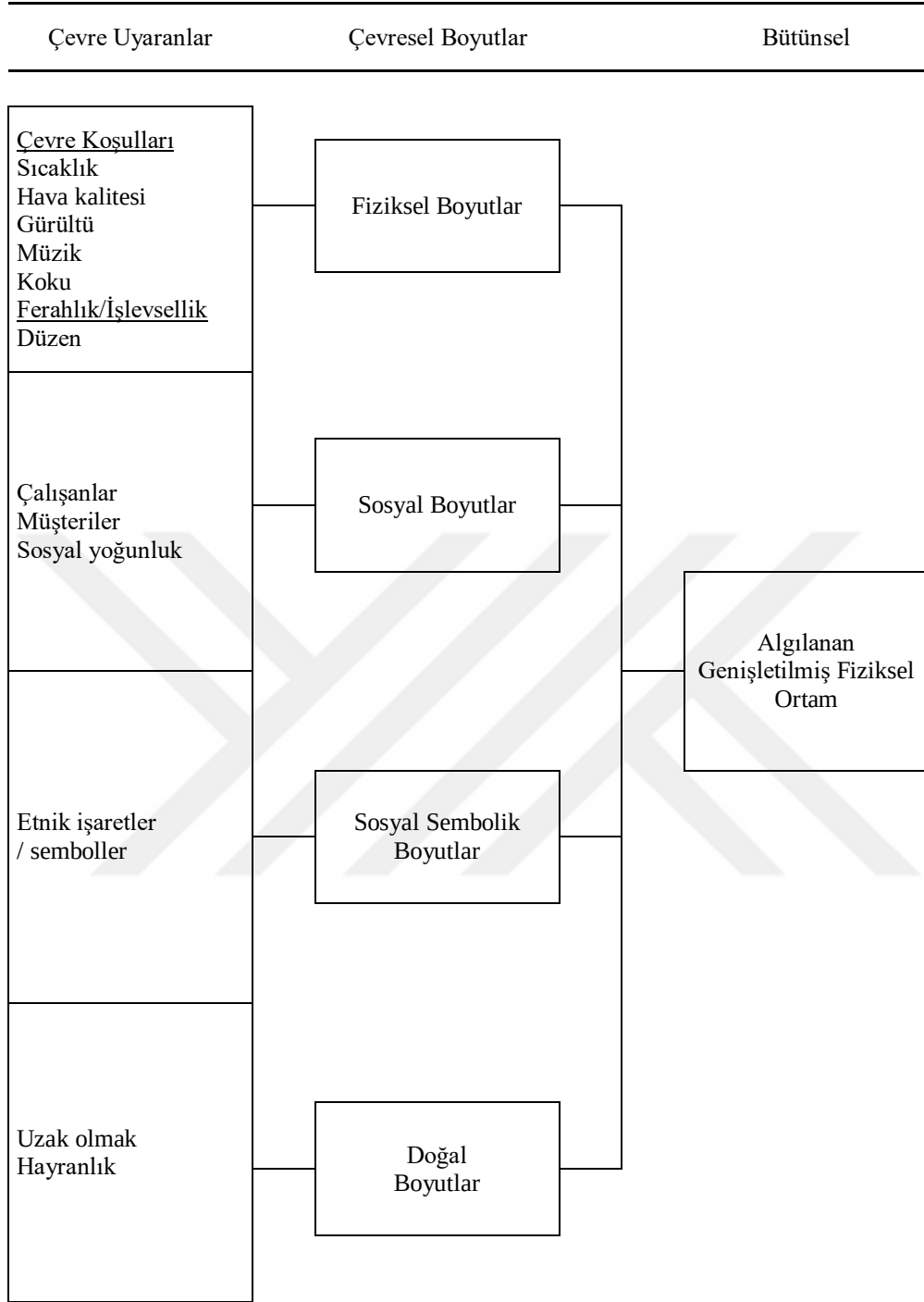
Yazar	Çevresel Boyutlar (Bileşenler)
Booms ve Bitner (1982)	Mimari, Aydınlatma, Sıcaklık, Mobilya, Renk, Düzen
Baker (1987)	Ortam Koşulları, Tasarım, Sosyal Faktörler
Berman, Evans ve Chatterjee (1995)	Mağaza Dışı, Mağaza İçi, Düzen ve Tasarım, Satın Alma Noktası, Dekorasyon Değişkenleri
Bitner (1992)	Ortam Koşulları, Mekânsal Düzen ve İşlevsellik, İşaretler Semboller ve Tabelalar
Harris ve Ezech (2008)	Ortam Koşulları, Tasarım, Çalışan Davranışları, Çalışan Görünüşü
Lucas (2003)	Ortam Koşulları, Düzen, Hijyen, İç Dizayn, Oturma Konforu
Newman (2007)	Tasarım Elementleri, (Boşluk, Yön Bulma)
Turley ve Milliman(2000)	Mağaza Dışı, Mağaza İçi, Düzen ve Tasarım, Satın Alma Noktası ve Dekorasyon, İnsan Faktörü
Wakefield ve Blodgett (1996)	Ulaşılabilirlik Düzen, Bina Estetiği, Oturma Rahatlığı, Elektronik Görüntüleme Cihazları, Bina temizliği
Westbrook (1981)	Düzen, Ferahlık, Organizasyon, Temizlik, Çekicilik
Zeithaml vd. (2006)	Bina İçi, Bina Dışı

Hizmet sektöründe fiziksel ortam boyutları hizmet alanına göre çeşitlilik göstermektedir. Aşağıda Tablo 2.3’de farklı hizmet sektörlerinde (perakende, restoran, konaklama, kumarhane, kahve dükkânları gibi) yapılan çalışmalarda ele alınmış fiziksel ortam boyutları her bir araştırma içinde ele alınmış olan diğer tüm boyutlarla birlikte yer almaktadır (Kalidas, 2015).

Tablo 2.3. Hizmet Sektöründe Fiziksel Ortam Boyutları (*Kalidas, 2015*)

Yazar	Hizmet Sektörü	Fiziksel Ortam Boyutları
Harris ve Ezech (2008)	Restoran	Ortam koşulları Tasarım faktörleri Personel davranışları Personel imajı
Kim ve Moon (2009)	Konaklama	Tesis estetiği Düzen Elektrik ekipmanları Oturma konforu Ortam koşulları
Lam, Chan, Fong, ve Lo (2011)	Kumarhane	Ortam Navigasyon Oturma Konforu İç dekorasyon Temizlik
Walsh, Shiu, Hassan, Michaelidou ve Beatty (2011)	Kahve dükkânları	Mağazada müzik Mağaza içi kokusu Ürün kalitesi Hizmet kalitesi Fiyat
Turley ve Milliman (2000)	Perakende	Ürün çeşitliliği Eşyanın değeri Satış görevlisi hizmeti Satış sonrası hizmet Tesisler Atmosfer Mağaza yeri

Rosenbaum ve Massiah (2011), Bitner'in (1992) tanımlamış olduğu "fiziksel ortam" kavramına yeni boyutlar ekleyerek "genişletilmiş fiziksel ortam" kavramını geliştirmiştir. Yazarlar, genişletilmiş fiziksel ortam kavramını Şekil 2.2'de bir hizmet içerisinde bulunan sosyal, fiziksel, sosyal olarak sembolik ve doğal uyarılar olarak açıklamaktadır.



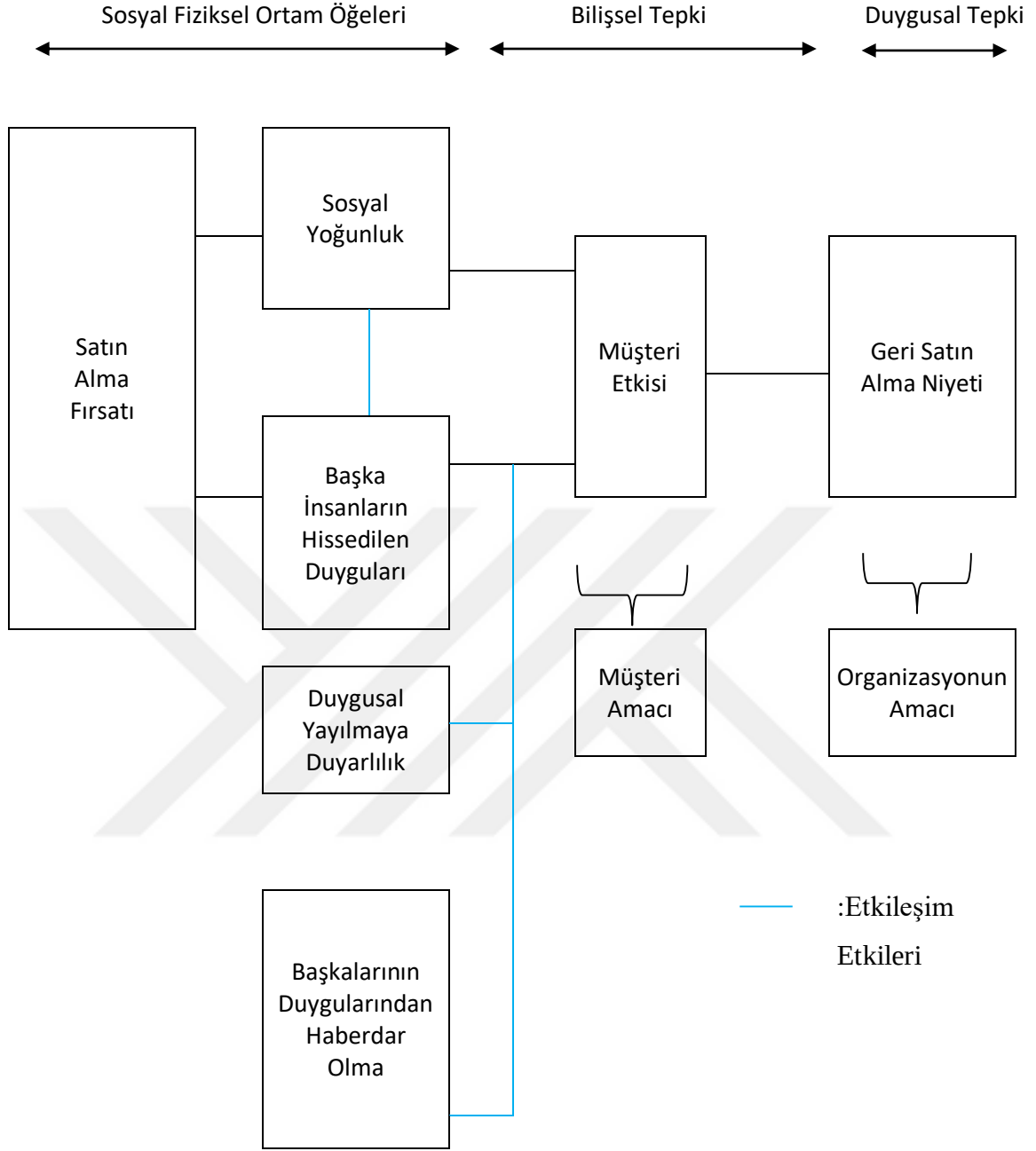
Şekil 2.2. *Algılanan Fiziksel Ortam (Rosenbaum ve Massiah, 2011, s.473)*

Şekil 2.2’de sunulmuş olan fiziksel boyut; sıcaklık, gürültü, koku, ekipman, dekor gibi uyarıları kapsamaktadır. (Wilson, Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2012). Sosyal boyutu ise hizmet ortamındaki müşterinin deneyimini etkileyen müşteri yerleşimi, müşteri katılımı ve çalışanlarla etkileşim olmak üzere üç sosyal ögenin temsil ettiği tespit edilmiştir (Edvardsson, Enguist ve Johnston, 2010). Sosyal sembolik boyut için ise şunlar söylenilebilir; Bitner (1992) bir müşterinin etnik kökeninin onun işaretlere,

sembollere ve eserlere olan içsel tepkisini olumlu etkileyeceğini varsaymıştır. Böylece farklı etnik müşterileri hedef almak isteyen hizmet kuruluşları sosyal olarak sembolik bir hizmet kodu geliştirmeyi düşünmelidir. Doğal boyut ise doğa ve yaban hayatı dahil olmak üzere insanlar ve diğer canlı sistemler arasında doğuştan gelen bir bağ bulunduğunu ileri sürmekte ve birçok hizmet ortamının doğal karşılamaları kullanarak, müşterileri, kişisel ve psikolojik açıdan etkilediği vurgulanmaktadır (Rosenbaum ve Massiah, 2011).

Rosenbaum ve Massiah (2011), fiziksel ortam kavramını sadece nesnel, ölçülebilir, yönetsel kontrol edilebilir uyaranları değil, aynı zamanda müşteri yaklaşma/kaçınma kararlarını ve sosyal etkileşim davranışlarını etkileyen sübjektif, ölçülemez ve genellikle yönetsel olarak kontrol edilemeyen sosyal, sembolik ve doğal uyaranları içerdiğini savunurlar. Bu uyaranların çalışan ve müşterinin yaklaşma/kaçınma kararlarını ve sosyal davranışlarını sınırlandırabildiğini ve/veya artırabildiğini ifade ederler.

Tombs ve McColl-Kennedy (2003) geliştirmiş oldukları “Sosyal-Fiziksel Ortam” kavramsal modelinde, çevresel faktörlerin tüketici davranışlarını önemli ölçüde etkilediğinin geçmiş çalışmalarda ortaya konmasına rağmen, müşteriler ve hizmet sağlayıcılarını da içine alan fiziksel ortamın sosyal boyutunun ihmal edildiğini vurgulamaktadırlar. Tombs ve McColl-Kennedy (2003), satın alma niyetine yön veren müşterilerin duygusal ve bilişsel tepkilerini “Sosyal-Fiziksel Ortam” kavramıyla açıklamaktadır. Aşağıda sunulan Şekil 2.3’de görüldüğü üzere Sosyal-Fiziksel Ortam Kavramsal Modeli; satın alma durumu, sosyal yoğunluk (fiziksel unsurlar), başkalarının duyguları (sosyal öğeler), müşterinin duygusal tepkileri (iç tepkiler), müşterilerin bilişsel tepkileri (ya davranış niyeti ya da fiili davranışlar olarak) olmak üzere beş ana bileşenden oluşmaktadır. Satın alma durumu diğer müşterilerin duygularından ve sosyal yoğunluktan etkilenmektedir. Bu durum, müşterinin duygusal tepkilerini etkileyerek satın alma veya almama davranışına yönlendirmektedir (Tombs ve McColl-Kennedy, 2003).



Şekil 2.3. Sosyal Fiziksel Ortam Kavramsal Modeli (Tombs ve McColl-Kennedy 2003, s.458)

2.1.1 Fiziksel ortam teorisi

Fiziksel ortamın insan üzerindeki etkilerini tanımlamak için bir dizi farklı teorik çerçeve benimsenmiştir (Jones, 2008). Fiziksel ortamın tüketici davranışları üzerindeki etkisini açıklayan ve araştırmacılar tarafından bu ilişkiyi açıklamak için en yaygın olarak kullanılan teori, çevresel psikolojidir. Çevre psikoloji araştırmacıları sadece

insanın karakteristik özelliklerinin değil, aynı zamanda gerçek hayatın karmaşıklığının da insan davranışlarını etkilediğini savunmaktadırlar. Fiziksel ortam araştırmacıları yaygın olarak S-O-R (uyarıcı- organizma - tepki) modelini kullanmaktadırlar (Donovan ve Rossiter, 1982). S-O-R modeli Lewin'in (1951) insan davranışları ve çevre formülünden geliştirilmiştir. Formül; $B = f(P, E)$ olup, Davranış (B), insan (P) ve çevre (E)'nin bir fonksiyonudur. Modele göre çeşitli çevresel uyarıcılar (müzik, aydınlatma, kalabalık, renk sıcaklık gibi) bireylerin duygu, algı ve hisleri üzerinde etkilidirler. Sonuçta kişiler, uyarılara kendilerini iyi hissedeceği davranışla karşılık verirler.

S-O-R modeli çevre ve insan ilişkilerini daha çok duygusal çerçevede araştırır. Buna rağmen Gestalt psikolojisi prensiplerini takip eden çevre psikolojisi araştırmacıları, bilişsel etkileşimlerin açıklanması yönünde daha girişimcidirler. Gestalt psikologlarına göre algı; çevreden, kişinin kendi yatkınlığından, geçmişte öğrendiği bilgi ve tecrübesinden gelen çok kaynaklı girdilerin fonksiyonudur. Bütün bu elementler hep birlikte bireyin dünyasını resmeder. İnsan fiziksel ortamdan çeşitli uyarıları alır ve bilinçli şekilde bütün uyarıları bir bütün olarak değerlendirir (Jones, 2008).

S-O-R modeli (Şekil 2.4)'de görüleceği üzere uyarıcı (fiziksel çevre), organizma (duygusal durumlar) ve cevap (davranışsal tepki) olarak açıklanmaktadır (Mehrabian ve Russell 1974; Donovan ve Rossiter 1982). S-O-R modeli içinde Mehrabian ve Russell (1974) üç duygusal durum tanımlamaktadır. Bunlar memnuniyet, harekete geçme ve baskınlıktır. Bu duygular ise yaklaşma veya kaçınma gibi davranışsal durumlarla sonuçlanmaktadır.



Şekil 2.4. S-O-R Modeli (Mehrabian ve Russell, 1974)

2.1.2 Hastanelerde fiziksel ortam

Fiziksel ortam diğer hizmet sektörlerinde çok sayıda araştırmaya konu olmasına rağmen (bakınız Siu, Wan ve Dong, 2012; Ingrid, 2002; Lee ve Kim, 2014; Rosenbaum, 2005; Kotler, 1973, Harris ve Ezech, 2008; Reimer ve Kuehn, 2005; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013; Wakefield ve Blodgett, 1996; Kim ve Moon, 2009), sağlık hizmetleri sektöründe fiziksel ortam odaklı çok sayıda ve derinlemesine araştırmaya rastlanmamaktadır. Hastanelerde ve sağlık kliniklerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; Hutton ve Richardson (1995) fiziksel ve maddi çevrede sağlığın rolünü, tesisler de dâhil olmak üzere çalışılmamış bir alan olarak ifade etmiş ve çalışmasında sağlık hizmetleri sunan kurumların fiziksel ortamını “**healthscape**” kavramı ile tanımlamıştır. Bu kavramsal çalışmada Hutton ve Richardson (1995) hastaların ve diğer müşterilerin yüksek beklentilerini, kalite değerlendirmelerini, memnuniyetlerini, sağlık tesisine geri dönme niyet ve isteklerini ölçmeye ve anlamaya yönelik açıklamalarda bulunmaktadır. Analizlerinde bu alanda çok fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Onların literatüre sundukları healthscape kavramını tez içinde zaman zaman hastanelerde sunulan fiziksel ortam, zaman zaman ise hastane fiziksel ortamı olarak kavramsallaştıracğıız.

Fiziksel ortam araştırmaları, başlangıçta büyük ölçüde, perakende sektörü bağlamında yapılmıştır ancak sonraki araştırmalar fiziksel ortam unsurlarının diğer hizmet sektörleri için de önemli olduğunu vurgulamıştır (Jones, 2008). Yapılan araştırmalar, hizmetlerin maddi ve kısa süreli doğası gereği fiziksel ortamın özellikle hizmet sektörü ile ilgili olduğunu göstermektedir (Bitner, 1992; Bitner, Booms ve Tetreault, 1990; Zeithaml, Berry ve Parasuraman, 1993). Üretilen malların aksine, hizmetler genellikle eş zamanlı üretilir ve tüketilirler (Öztürk, 2010). Hizmeti alan müşteri genelde hizmet sunumu süreci içerisinde yer alır. Firma imajı ve amacı hakkındaki duygusal uyarılar fiziksel ortama yönelik müşteri algısını belirler. Bu algılar ise firmanın kuruluş amacı ve pazarlama hedeflerini gerçekleştirmesinde önemli ölçüde etkilidir (Bitner vd., 1990). Fiziksel ortam, hizmet pazarlaması için önemli bir unsurdur (Collett, 2008).

Fiziksel ortamın hizmet sektörlerine göre karmaşıklık (zorluk) derecesini değerlendiren çalışmasında Zeithalm vd., (2006) hizmet organizasyonlarının çok etkileşimli olduğunu, hastane hizmetlerinin çok değişkenli fiziksel ortama sahip

olduğunu vurgulamaktadır. Müşterilerin bakış açısıyla hastane hizmetlerinin fiziksel bileşenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında *fiziksel ortam* (bina dışı, otopark, yön işaretleri, hasta bekleme alanları, kayıt kabul ofisi, hasta tedavi odası, medikal alet ve cihazlar, hasta bakım odaları) ve *diğer maddi değerler* (üniforma, rapor, faturalama, web sitesi) olarak hastane hizmetlerinin fiziksel bileşenlerini iki ana başlıkta ele almışlardır.

Sözü edilen çalışmalara ek olarak, hastanelerde sunulan fiziksel ortam (healthscape) hastanın türüne, hastane de kalış süresine göre de farklı algılanıyor olabilir. Örneğin, Pai ve Chary (2013) araştırma hastanesinde yatan ve ayakta tedavi olan hastaların fiziksel ortam algılarının hastalar üzerindeki etkisini ölçmüşlerdir. Araştırma sonucunda hastanenin fiziksel ortamını üç boyutta (görsel cazibe ve düzen, hoşluk, hijyen) toplamışlar ve yatan hasta ile ayakta tedavi olan hasta arasında anlamlı fark bulmuşlardır. Azila-Gbette vd. (2013) de fiziksel kanıtların kamu hastanelerinde hizmet kalitesi algısına etkisini ölçmeye yönelik çalışmasında fiziksel çevre ile kaliteli sağlık sunumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Tablo 2.4’de hastanelerde fiziksel ortam ve fiziksel ortamın hasta sonuçları üzerine etkilerini araştıran, pazarlama literatüründeki ampirik çalışmaları inceleyen Sag, Zengul ve Landry (2018) hastanelerde yapılan fiziksel ortam çalışmalarının tümünde iki veya daha fazla boyut olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu boyutlar; ortam koşulları (örneğin renk, koku, ses); mekânsal düzen (diğer bir deyişle tasarım faktörleri); işlevsellik (yani erişilebilirlik, bekleme alanı konforu, modern ekipman, tesis estetiği); işaretler, semboller ve eserler; temizlik ve sosyal faktörlerdir (personel davranışları ve kıyafetleri gibi). Pazarlama literatüründe fiziksel ortam ile hasta algıları ve sonuçlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sunulan tabloda özetlenerek verilmiştir.

Tablo 2.4. Hastanelerde Fiziksel Ortam ve Fiziksel Ortamın Hasta Sonuçları Üzerine Etkileri (Sag vd., 2018).

Yazar	Örneklem	Tasarım	Sonuç Değişkenleri	Fiziksel Ortam	Diğer Bağımsız Değişkenler	Analizler	Fiziksel Ortamla ilgi Önemli Bulgular
Azila-Gbettor, Avorga, Danku ve Atatsi (2013)	Çalışmanın örneklemini Gana'daki iki kamu hastanesinin hastalarından alınan 233 kullanılabilir anket oluşturmaktadır. Yanıtlama oranı %93dür.	Kesifsel Çalışma	Kalite ve Sağlık	Üç boyut: Ortam faktörleri, Tasarım faktörleri, Sosyal faktörler	Yok	Çalışmada tanımlayıcı tek değişkenli analiz uygulanmıştır.	Fiziksel ortamın, kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmetlerinin seçimi ile pozitif bağlantıları vardır.
Dobre vd. (2013)	Çalışmanın örneklemini Romanya'daki bir diş kliniğine başvuran 165 hasta (124 yüz yüze; 41 çevrimiçi) oluşturmaktadır.	Kitlesel Çalışma	Tıbbi hizmetlerin teknik kalitesi, Tıbbi hizmetlerden algılanan değer	Erişilebilirlik, Tesis estetiği, Bekleme alanı konforu, Elektronik göstergeler, Tesis temizliği.	Bekleme süresi Algı Hasta Özellikleri (yaş, eğitim, gelir)	Basit Doğrusal Regresyon	Tıbbi prosedürlerin teknik kalitesi ve medikal hizmetten algılanan değer; anlamlı ve pozitif ilişkilidir.
Hermawan ve Yusran (2014)	Veriler Jakarta, Endonezya'daki 117 diş kliniği hastasından toplanmıştır.	Kitlesel Çalışma	Hastaların Pozitif Duyguları	Çevresel Faktörler Tasarım Faktörleri	Davranış Niyetleri (ağızdan ağza tavsiye)	Doğrulayıcı Faktör Analizi	Hem çevresel faktörler hem de tasarım faktörleri hasta duygusu üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Hasta duygusunun davranışsal niyeti üzerinde etkisi vardır.

Tablo 2.4. (Devam) Hastanelerde Fiziksel Ortam ve Fiziksel Ortamın Hasta Sonuçları Üzerine Etkileri (Sag vd., 2018).

Yazar	Örneklem	Tasarım	Sonuç Değişkenleri	Fiziksel Ortam	Diğer Bağımsız Değişkenler	Analizler	Fiziksel Ortamla ilgi Önemli Bulgular
Lee (2011)	Alan araştırması, 22 öğrenci ile yapılandırılmış görüşme ve 151 öğrenci (% 88 yanıtlama oranı) ile anket araştırması Amerika Birleşik Devletleri'nde bir poliklinikte gerçekleştirilmiştir.	Kitlesel Çalışma	Tesisle ilgili memnuniyet, Algılanan bakım kalitesi, Yaklaşım davranışları (geri dönme/ tavsiye etme isteği, hastane seçimi)	Ortam koşulları, Hizmet edilebilirlik (örneğin, personel, mobilya ile iletişim)	Yaş, Cinsiyet, Fiziksel durum	Faktör Analizi, Korelasyon ve Çoklu Regresyon	Algılanan bakım kalitesi, tesis memnuniyeti ve hastanın yaklaşım davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Loureiro (2015)	Örneklem Portekiz'deki dört özel hastanedeki tıbbi turistlerden oluşmaktadır (332 hastaya anket yapılmıştır; yanıtlama oranı% 83).	Kitlesel Çalışma	Hizmet kalitesi, Haz alma, İmaj	Ambiyans faktörü, tasarım faktörü ve sosyal faktör	Güvenilirlik (bir marka veya firmanın)	Kısmi en küçük kareler (PLS): Temel bileşen analizi ve regresyon	Ambiyans ve tasarım en çok yük almıştır. Fiziksel ortam ve güvenilirlik, müşteri imajı ve keyif hissi için önemlidir. Hizmetler ve algılanan kalite arasındaki dolaylı ilişkide fiziksel ortam, olumlu bir görüntü yaratmada daha etkilidir.
Mohamed-Bawa - Mohideen ve Velnampy (2013)	Çalışmanın Örneklemi Sri Lanka'daki 3 devlet hastanesinden 100 hasta oluşturmaktadır.	Kitlesel Çalışma, Pilot Çalışması	Hasta Memnuniyeti	Üç soru üzerinde, İşaret/sembol, atmosfer, birimlerin düzeni, iç dekorasyon, dış dekor, eğlence/müzik, gıda, yatak örtüsü ve yastık kondisyonu durumunu ele almıştır.	Çekirdek hizmetler, İnsan unsuru, İnsan dışı unsurlar	İstatistiksel geçerliliğini belirlemek için Faktör Analizi ve Regresyon analizi Keyzer-Meyer-Oklin (KMO) kullanılmıştır.	Fiziksel ortamın üç bileşeni, fiziksel ortam toplam varyansının %85'ini açıklamaktadır. Tüm faktörler, hasta memnuniyetinin belirleyicileri olarak tanımlanmıştır.

Tablo 2.4. (Devam) Hastanelerde Fiziksel Ortam ve Fiziksel Ortamın Hasta Sonuçları Üzerine Etkileri (Sag vd., 2018).

Yazar	Örneklem	Tasarım	Sonuç Değişkenleri	Fiziksel Ortam	Diğer Bağımsız Değişkenler	Analizler	Fiziksel Ortamla ilgi Önemli Bulgular
Mohamed-Bawa - Mohideen ve Velnampy (2013)	Örneklem; performans anketi için 100 çalışan, hasta memnuniyeti anketinde 100 hasta olmak üzere Sri Lanka'da halk sağlığı hizmetleri kuruluşlarından (PHSO) toplanmıştır.	Kitlesele Çalışma	Hasta memnuniyeti İnsan unsuru, insan dışı unsur ve Hizmet ölçü faktörleri tarafından belirlenmektedir.	Beş boyut: İşaretler/semboller, Boşluk, Birimlerin düzeni, İç dekor, Dış dekor.	PHSO'ların Performansı (personel anketine dayanmaktadır), hasta memnuniyeti (hasta anketine dayanmaktadır)	Faktör Analizi, Korelasyon ve Çoklu Regresyon	Parlamento ve Sağlık Hizmetleri Ombudsmanlarının (PHSO) performansı ile hasta memnuniyeti arasında orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir.
Mosadeghrd (2014)	Odak grup çalışması ve görüşmeler (320 hasta); İsfahan, İran'da hastanelerde gerçekleştirilen anket (1.303 hasta: 747 yataklı hasta, 556 ayakta hasta)	Kitlesele Çalışma	Hasta tercihi, Kalite, Fiyat, Erişebilirlik	Üç boyut; Hastane tesisleri, Fiziksel çevre, Lokasyona kolay ulaşım	Bekleme süresi, Temiz çevre, Daha fazla tesis, Personel nezaketi	Nitel veri analizi ve tanımlayıcı istatistikler	Tanımlayıcı istatistikler, bir hastane seçimi için daha fazla imkâna ve temiz bir ortama sahip olmanın önemli sebeplerden olduğunu ortaya koyuyor.
Orava ve Tuominen (2002)	Finlandiya'daki büyük özel hastanede 198 cerrahi hastadan (yanıt oranı % 83) oluşturmaktadır.	Kitlesele Çalışma	Cerrahi hizmet kalitesinin dört boyutu: Destek hizmetleri, Mesleki uzmanlık, Fiziksel kanıt, hizmetler ve hoşnutluk	Fiziksel kanıtlar (işaretler, bilgi, giriş) ve fiziksel ortam (oda rahatlığı, işlevsellik)	Ameliyat prosedürü, "Operasyonun ağrısız olması" değişkeniyle negatif korelasyon içerir.	Faktör Analizi	Cerrahi hizmet, kalite süreçlerinin dört faktörü ile derinden ilişkilidir.

Tablo 2.4. (Devam) Hastanelerde Fiziksel Ortam ve Fiziksel Ortamın Hasta Sonuçları Üzerine Etkileri (Sag vd., 2018).

Yazar	Örneklem	Tasarım	Sonuç Değişkenleri	Fiziksel Ortam	Diğer Bağımsız Değişkenler	Analizler	Fiziksel Ortamla ilgi Önemli Bulgular
Pai ve Chary (2014)	Karnataka, Hindistan'daki üç eğitim hastanesindeki 155 hasta, 140 ayakta hastadan oluşmaktadır.	Kitlesel Çalışma	Davranış niyeti, Hizmet kalitesi	Boyutlar ve anket kalemleri çalışmada yok.	Hizmet Kalitesi	Yol analizi, nedensel bir teori ile birlikte Çoklu Regresyon	Sağlık atmosferi boyutunun genel hizmet kalitesinden daha çok davranışsal niyet üzerinde etkisi vardır.
Holder ve Berndt (2011)	Johannesburg, Güney Afrika'da dört aylık sürede iki özel hastanedeki doğum ünitesinde yer alan ilk otuz doğum hastası kolayda örneklemlendirilmiştir. İlk test katılan iki grup ve son testte yer alan iki grup oluşturulmuş, bu gruplardaki 30 hasta 4 gruba ayrılmıştır. Fiziksel değişiklikler son teste müdahale için kullanılmıştır.	Yarı Deneysel Çalışma	SERVQUAL boyutları: Somut öğeler Güvenilirlik Tepki verme Güvence Empati	Mekânsal düzen, Temizlik, İşaretler, semboller ve eserler. Fiziksel ortamdaki değişim (resim ve mobilya)	Yaş, Doğum komplikasyonu, Emzirme, Doğan çocuğun cinsiyeti, Tıbbi yardım	Tanımlayıcı ve parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U Testi) değişikliklerin önemini belirlemek için uygulanmış. Yarı deneysel çalışma (Ankette değişiklik yapılmamış ama hastalar değiştirilmiş)	Fiziksel ortamdaki değişiklikler, deneysel grupta yalnızca somut, güvenilirlik ve yanıt verme boyutları açısından hizmet kalitesi algılamalarında ise belirgin bir değişikliğe neden olmuştur.
Pai ve Chary (2013)	Örneklem Hindistan Karnataka'daki bir eğitim hastanesindeki 100 yatan hasta ve 100 ayaktan hastadan oluşmaktadır	Kitlesel Çalışma	Yatan ve ayakta hastaların sağlık atmosferi öğelerini algılaması	Görsel çekicilik ve düzen, Olanaklar, Temizlik ve hijyen	Yok	Faktör Analizi, Bağımsız örnek t testi	Sağlık atmosferi açısından ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 2.4’de yer alan tüm çalışmaların neredeyse tamamında fiziksel ortam ile hasta algıları arasında olumlu ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Azila-Gbette vd., (2013), Dobre, Dragomir ve Milovan-Ciuta (2013), Holder ve Berndt (2011), Lee (2011), Orava ve Tuominen (2002), Pai ve Chary (2014) çalışmalarında fiziksel ortam ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve bu ilişkinin anlamlı ve pozitif yönde olduğu gözlemlenmiştir. Loureiro (2015) ise fiziksel ortam ve algılanan hizmet kalitesi arasında dolaylı bir ilişkinin olduğu sonucuna varmıştır.

Fiziksel ortamın hastaların davranış niyetleri ve hasta memnuniyetleri üzerinde de etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Tablo 2.4’de Azila-Gbette vd. (2013), Hermawan ve Yusran (2015), Lee (2011), Mosadeghrad (2014), Pai ve Chary’nin (2014) çalışmalarında hastane fiziksel ortamının hastaların davranış niyetleri (hastane tercihleri, hastaneyi tavsiye etme, hastaneyi tekrar tercih etme vb.) üzerinde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Fiziksel ortam; hasta duygularını, müşteri imajını ve haz hissini de önemli ölçüde ve olumlu şekilde etkilemektedir (Hermawan ve Yusran, 2015; Loureiro, 2015).

Fiziksel ortam ve hizmet kalitesi değerlendirmelerine gelindiğinde ise Holder ve Berndt’in 2011 yılında yapmış oldukları çalışma bulguları dikkat çeker. Yapmış oldukları çalışmalarında yazarlar kadın-doğum hastalarında hastane fiziksel ortamının algılanan hizmet kalitesine olan etkisini doğumhanede yarı deneysel tasarım yöntemiyle ölçmeyi amaçlamışlardır. Deneysel bağlamda değiştirilen hastane fiziksel atmosferi ile birlikte hizmet kalitesi algısında önemli bir değişiklik gözlemlenmişler ve sonuç olarak fiziksel ortamın algılanan hizmet kalitesini anlamlı biçimde etkilediğini tespit etmişlerdir. Dragomir vd. (2013) ise yapmış oldukları çalışmada diş kliniğinde müşterinin algıladığı değere etki eden bekleme süresi ve ortamı analiz etmişlerdir. Araştırmada, fiziksel ortam beş faktör (erişilebilirlik, tesis estetiği, konfor, elektronik görüntüler, tesis temizliği) altında toplanmıştır. Dragomir vd. (2013) yaptıkları analizlerde klinik atmosferinin hastaların bekleme süresi algısını etkilediğini, hastalar tarafından algılanan fiziksel ortamın ise medikal ve teknik kalitenin algılanmasında da etkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Her ne kadar araştırma konumuzla doğrudan ilişkisi olmasa da insan kaynakları ve eğitim ana temalı başka araştırmaların verileri de dolaylı yoldan araştırmamıza ışık tutmuştur. Sözünü edeceğimiz bu araştırmalardan birinde Lin vd., (2008) fiziksel ortam

ile hastane eczanesi çalışanlarının iş tatmini, işten ayrılma ve işle ilgili stresleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hastane eczanesi fiziksel ortam algısı, eczane çalışanlarının iş tatminleri ile yakından ilişkili bulunmuştur. Fakat fiziksel ortam algısının işten ayrılma ile ilişkisi tespit edilememiştir. Lee (2011) de Amerika'nın Purdue Üniversitesi kliniğinde öğrencilerle yapmış olduğu ve mülakat yöntemiyle veri topladığı çalışmasında, sağlık tesisleri ve fiziksel ortam üzerinde durmuş, sağlık tesisini kullananların duygusal ve fizyolojik durumları ile sağlığa yönelik tutumlarını fiziksel ortam faktörlerini içeren kavramsal bir çerçevede açıklamamıştır. Ortam koşulları ve kullanışlılık faktörlerinin tesisten memnuniyet, algılanan sağlık kalitesi ve yaklaşım davranışı ile ilgili olduğu sonucuna varmıştır.

2.2 Sağlık Hizmetleri Kalitesi

Günümüzde sağlık, eğitim, banka, restoran, turizm gibi geleneksel hizmet işletmelerinin yanı sıra hemen hemen her kuruluş, kendi misyonlarını hizmet vermek üzerine inşa ettiğini pazarlama iletişimi araçlarıyla duyurmakta ve işletmelerini hizmet işletmesi olarak konumlandırmaktadır. Öztürk'e göre (2010) bu karmaşıklık dolayısıyla sağlık hizmeti de kolay tanımlanamayan, anlaşılamayan ve kavranamayan bir kavramdır. Hizmet kavramı kişiden kişiye göre değişiklik gösterdiğinden tanımlanması zordur. En kapsamlı tanımıyla hizmet "Bir tarafın [hizmet işletmesi gibi] diğer tarafa [müşteri] sunduğu, temel olarak dokunulamayan ve herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olan veya olmayan bir iş veya performanstır" (Kotler ve Keller 2006).

Yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı üzere mallar ile hizmetler arasında temel farklılıklar vardır. Bu farklılıklar Tablo 2.5'de yer almaktadır (Koç, 2016). Bu farklılıklar aynı zamanda hizmetin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmetlerin temel özelliklerini Öztürk (2010) genel olarak aşağıdaki gibi sıralamaktadır.

- Dokunulamaz: Kolayca tanımlanamama, formüle edilememe, zihinsel olarak algılamasının zor olması.
- Türdeş değildir: Hizmetler genelde insanlar tarafından üretilir ve her defasında benzer standartlarda sunma olasılığı düşüktür.
- Üretim ve tüketim eş zamanlı süreçlerdir: Hizmetler genellikle önce satın alınıp sonra üretilirler.

- Bir faaliyet ya da süreçtir.
- Temel değer, alıcı ve satıcı etkileşimlerinde üretilir.
- Müşteriler üretime katılırlar.
- Stoklanamaz: Hizmetin dayanıksız olmasından kaynaklanır.
- Sahiplik transfer edilemez: Hizmet sektöründe hizmeti satın alan kişi sadece bir kolaylıktan, tesisten belli bir süre faydalanır.

Tablo 2.5. *Temel Ürün ve Hizmet Farklılıkları (Koç, 2016).*

Değerlendirme Ölçütü	Hizmetler	Somut Ürünler
İşlemler	İnsan odaklı Belirsiz Kararlı Emek yoğun Müşteri sürecin bir parçası Sistem müşterileriyle doğrudan ilişkili Müşteriden geribildirim alma süresi kısa	Teknik ve makine odaklı Kararlı Sermaye yoğun Müşteri süreçten ayrı Sistem müşterileriyle dolaylı ilişkili Müşteriden geribildirim alma süresi uzun
Çıktılar	Üretim ve tüketim eş zamanlı Stoklanamaz Taşınamaz Toplu/kitle halinde üretilemez Fabrikasyon mümkün değil Patentle korunması genellikle mümkün değil Soyut, dayanıksız Standardizasyonu zor Değişken, belirsiz verimlilik Değişken, belirsiz kapasite Kalite ölçümü zor, öznel	Önce üretim, sonra tüketim Stoklanabilir Taşınabilir Toplu/kitle halinde üretilabilir Fabrikasyon mümkün Patentle korunması genellikle mümkün değil Somut, dayanıklı Standardizasyonu mümkün Verimlilik belirli Belirlenebilir kapasite Kalite ölçümü kolay, nitel
Çalışanlar	Denetlenmeleri zor Çalışanların müşterileri etkileyebilmesi gerekir Büyük ölçüde kararlar kişiseldir Müşteriyle yoğun ilişki vardır	Denetlenmeleri nispeten kolay Sadece teknik ustalık yeterli Kişisel kararlar daha az Müşteriyle ilişki daha az veya yok

Hizmetin sınıflandırılması pazarlama araştırmacıları tarafından çok fazla çalışılan alanların başında gelmektedir (Gronroos, 1990; Kotler, 1980; Lovelock ve Yip, 1996; Schmenner, 1986). Geliştirilen yaklaşımlardan bazıları hizmeti, hizmetin pazarlanıp pazarlanamamasına, hizmetin kim için üretildiğine (üretici ve tüketici), hizmet

faaliyetinin temel yapısına, işletmelerin müşteriyle ilişkilerine, işletmenin esnekliği ve inisiyatifine, emek yoğunluğuna ve etkileşime göre sınıflandırmışlardır.

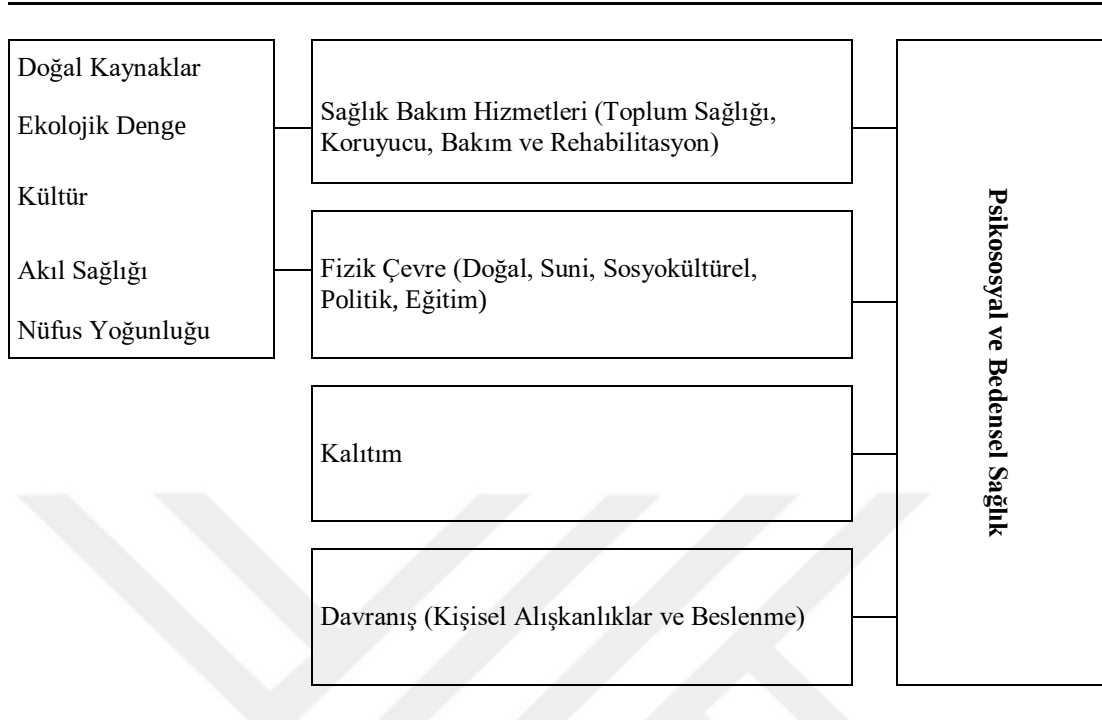
Sağlık kavramı günümüzde geçmiş tanımlarına göre daha geniş ve sosyal bir içerik kazanmıştır. Geçmişten günümüze gelen sağlık anlayışını Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2014) “Hastalığın ve sakatlığın olmayışıdır” şeklinde tanımlamaktadırlar. Erdem’e göre (2007) ise geleneksel sağlık, “hasta olmama” şeklinde tanımlanmış olup negatif bir mesaj içermektedir. Toplumumuz sağlık kavramını geçmişten günümüze gelen bu tanımlara göre değerlendirmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkesi sağlıklı bireyler olarak kabul etmiştir (Akdur 1998).

Umumi Hıfzıssıhha Kanun’unda (1930) sağlık; Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk’ün destek ve teşvikleriyle devletimiz tarafından aşağıdaki madde ile tanımlanmış ve sahiplenilmiştir:

“Memleketin sıhhi şartlarına ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir” (Aydın, 1995, s. 20).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1948 yılı Tüzüğü’nde sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlamaktadır (SHGM, 2011). Tengilimoğlu vd. (2014) sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak açıklamaktadırlar. Kızılcı (1996) ise sağlığı, “yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında, o toplumdaki fertlerin akıl, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur” şeklinde açıklamaktadır. Yukarıdaki tanımlardan yola çıkarak sağlık; kişilerin hastalık ve sakatlığının olmaması değil, akli ve psikolojik dengelerinin de var olması şeklinde tanımlanabilir.

Schulz ve Johnson (2003) geliştirmiş oldukları modelde (Şekil 2.5) psiko-sosyal ve bedensel sağlık durumunu dört ana girdinin (çevre, davranış, kalıtım, sağlık hizmetleri) belirlediğini vurgulamaktadırlar.



Şekil 2.5. Sağlık Oluşturan Faktörler (Schulz ve Johnson, 2003)

Canlıların yaşamları boyunca ilişkilerini sürdürdükleri ve karşılıklı olarak etkileşim içinde bulundukları biyolojik, fiziksel, sosyal ortam olan çevre; insan sağlığını aşağıdaki gibi şekillendirmektedir (Tengilimoğlu, vd. 2014; Schulz ve Johnson, 2003).

- Biyolojik çevrenin üzerinde bulunan mikro organizmalar, kolera ve çocuk felci gibi hastalıklara sebep olmaktadır.
- İklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kanallarından oluşan fiziksel çevre ve iklim değişikliği sonucu ısınan yerküre; yaşlı, bebek, kronik solunum ve kardiovasküler hastalığı olan bireyleri risk altına almaktadır.
- Hava kirliliğinden dolayı hava içerisinde serbest dolaşan gazlar, solunum sisteminde bronşları iltihaplandırmaktadır.
- İçinde yaşanılan fiziksel çevre koşulları ekonomi ve kültürü etkilerken, aynı zamanda kişilerin sağlığını da doğrudan etkilemektedir (yetersiz ve kalitesiz konutların hastalık oluşumuna zemin hazırlaması gibi).
- Sosyo-kültürel çevre, kişilerin birbiri ile iletişim sağladığı, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörleri barındırmaktadır. Tüberküloz ve zührevi

hastalıklar sosyo-kültürel çevre ile ilişkili hastalıklar olup beslenme, egzersiz, kişisel katılım gibi sosyo-kültürel durumlar da sağlığı etkilemektedir.

Kişilerin hayatlarında doğal olarak geliştirdikleri değerler, tutumlar, davranışlar, alışkanlıklar (sigara, alkol, araç kullanma, aşırı yeme, ilaçların yan etkileri, hijyen, sağlık hizmetlerine geç başvuru gibi) ve kişilere özgü davranışlar sağlıklı bir birey olma üzerinde etkilidir. Sağlıklı olma üzerinde etkili bir diğer faktör olan kalıtımın insan sağlığı üzerindeki etkisi doğuştan gelen bozukluklar olabileceği gibi orta ve ileri yaşta artritic, diyabet, kanser, iskelet kas sistemi problemleri, kalp hastalıklarına yakalanma ihtimallerini de etkilemektedir (Tengilimoğlu, vd. 2014).

Schulz ve Johnson'na (2003) göre sağlığın diğer bir girdisi olan *sağlık bakım hizmetleri* sağlık üzerinde en az etkili olan faktördür. Sağlık bakım hizmetleri; toplum sağlığı, sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, tedavi ve rehabilitasyondan oluşmaktadır.

2.2.1 Sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetleri insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının muhafaza edilmesi, iyileştirilmesi ve iyilik halinin sürekliliği sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun artırılması amacı ile verilen hizmetlerdir (Kitapçı, 1999). Öztürk (2000, s. 14) temel amacı, toplumun sağlık ihtiyacına olan farklı taleplerini yerine getirmek olan sağlık hizmetlerini geniş anlamda “Bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar kapsamında bütünlük, düzen ve uyum içinde olması, ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı ya da hepsini gerçekleştirmek gayesi ile konularında uluslararası standartlara uygun yükseköğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamı” olarak tanımlamaktadır.

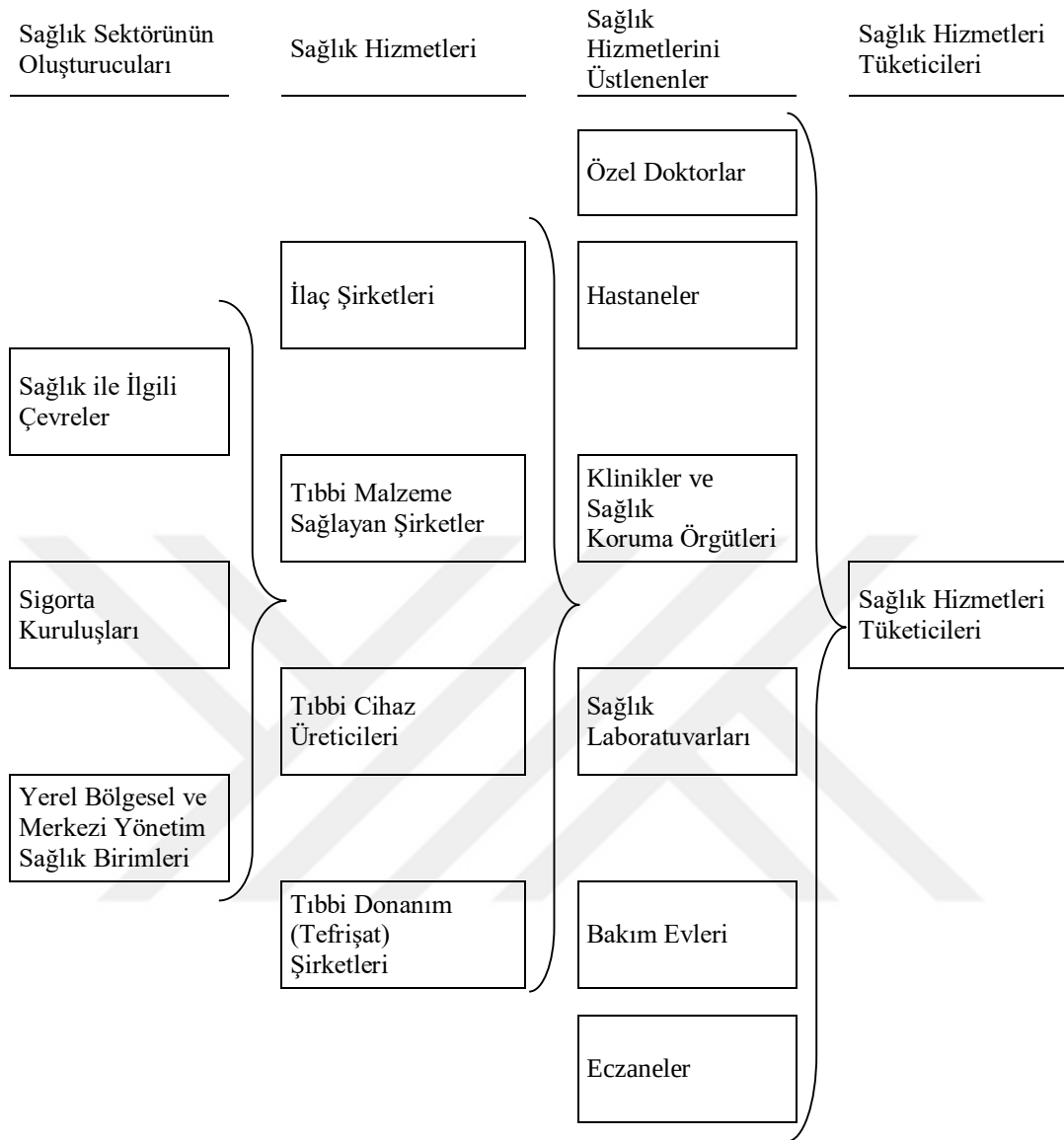
Genel tanımıyla sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaların tamamıdır (Odabaşı 2001). Sağlık hizmetleri tanımının genel kapsamını Odabaşı (2001) aşağıdaki gibi sıralamaktadır.

- Sağlık hizmetleri iki ana grupta toplanmıştır. (Kişilerin sağlığının korunması-teşhis, tedavi ve bakım)
- Sağlık hizmetleri kişisel ya da kurumsal sunulabilir.
- Sağlık hizmetleri kavramı, hizmet kavramının tüm özelliklerine sahiptir. Ayrıca daha farklı özellikleri de vardır.
- Sağlık hizmetlerinde değer değişim faaliyetinin kâr amacı olup olmadığı önemli değildir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımda ise sağlık hizmetleri, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş, kalıcı sistemler” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018).

2.2.1.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Günümüzde sağlık hizmetleri sektörünün yüksek rekabetli küresel bir sektör konumuna gelmesi, hızla değişen teknoloji ile birlikte artan maliyetler, artan hasta şikâyetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerini daha karmaşık hale getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak zorlaşmıştır. Sağlık hizmetleri gruplamasını Odabaşı (1994) dört ana başlık altında toplar: **Sağlık sektörü oluşturmaları** (sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi ve yerel sağlık birimleri), **Sağlık hizmetleri ve ürünlerini sağlayanlar** (ilaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve donanım sağlayan kuruluşlar), **Sağlık hizmetlerini üstlenenler** (özel doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvarlar, bakım evleri ve eczaneler) ve **Sağlık hizmetleri tüketicileri** (nihai tüketiciler) (Bakınız Şekil 2.6).



Şekil 2.6. Sağlık Hizmetleri Sektörü (Odabaşı, 1994)

Tengilimoğlu vd. (2014) ise sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinin sağlık ekonomisinin başlıca bir anabilim dalı olmasını sağladığını belirtmektedirler. Sağlık hizmetlerinin çeşitli özelliklerini aşağıdaki gibi açıklamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014):

Rastlantısal olan sağlık hizmeti tüketiminde talebin ne zaman ortaya çıkacağı belli olmadığından, sağlık hizmetlerine ne kadar ve nerede ihtiyaç olunacağı da tahmin edilemez. Hastalık maliyeti de belirsizlik içerebilir. Devlet sektörü sağlığın bu özelliği dolayısıyla tamamen sağlığı özel sektör şartlarına ve piyasaya bırakamaz. Hastalığın ve

insan bedeninin doğası gereği genç yaşlarda hasta olmayan bir birey, ileriki yaşlarda kronik hastalıklara yakalanıp çok büyük sağlık harcaması yapmak zorunda kalabilir. Bu gibi belirsizlikler dolayısı ile kişiler ve devlet kurumları, harcamaları karşılamak için tedbir almalıdır. Yine de sağlık hizmetinin rastlantısal tüketim özelliği gereği tam anlamıyla ekonomik olarak bir fizibilite yapmayı zorlaştırmakta, ülkenin ve bireyin ekonomisi açısından riskler barındırmaktadır.

Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur. İkame bir malın piyasa değeri, örneğin fiyatı yükseldiğinde tüketiciler diğer firmanın ürünlerine yönelerek ucuz olanı yani ürünün ikamesini tercih edeceklerdir. Fakat sağlık hizmetlerinde, hekimin önerdiği hizmeti almak zorundadır. Hastalığın aciliyeti de düşünüldüğünde bu hizmetin ikamesi yoktur. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz; bu da sağlık hizmetini mallar ve diğer hizmet türlerinden ayıran başlıca özelliklerdendir.

Sağlık hizmeti ertelenemez. Kişilerin ihtiyaç anında sağlık hizmetine ulaşması kişinin hayatta kalması veya sakatlığının önlenmesi için çok önemlidir. Fakat sağlık sektörü dışındaki ürün ve hizmetlere olan ihtiyaçlar ve talepler kişinin ekonomik koşulları elverene kadar ertelenebilmektedir.

Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler. Bu durum, hizmeti alan hastayı bir tüketici olarak doktorun bilgisine güvenerek karar vermeye zorlamaktadır. Zira sağlık hizmetleri diğer hizmetlerde olduğu gibi tüketicinin normal yollarla bilgiye hızla ulaşp tutum geliştirerek satın alma davranışında bulunması mümkün değildir, ek olarak sağlık hizmetlerinin derinlemesine uzmanlık gerektirmesi ve tıbbi alanların sürekli mevcut teknolojilerle gelişmesi ve karmaşıklaşması nedeniyle hastanın tüketim kararlarını hekimler olmadan vermesi çok da mümkün olamamaktadır. Doktorla hasta arasında bilgi asimetriği mevcuttur. Tüketici olarak hasta, hangi hekime ve alana başvuracağından tutun da, hangi tedavi yöntemleri uygulanması gerektiğine kadar doktoruna bağımlıdır. Son olarak, diğer sektörlerde tüketici mal ve hizmetten memnun kalmazsa vazgeçebilir ama alınan bir tedaviden sonra vazgeçmesi mümkün olmadığı gibi yanlış tedavi edilmesi telafi edilemez sonuçlar da doğurabilmektedir.

Sağlık hizmeti tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir. Tüketici sağlık hizmetleri dışında kalan mal ve hizmetlerde tüketiciler kendileri için en uygun satın alma

davranışında bulunmasına rağmen sağlık hizmetleri bunu pek mümkün kılmamaktadır. Bunun nedenleri; acil servise gelen hastanın bilincinin açık olamaması, akıl hastalarının kendine has durumundan dolayı tercihte bulunma yetilerinin olmaması, birçok hastanın bilgi yetersizliğinden küçük rahatsızlıkların daha sonraki evrelerinde başka hastalıkları tetikleme ihtimalini göz ardı edip hekime başvurmaması, yine bilgi yetersizliğinden hastanın kendisine yapılan hizmetin kalitesini tam değerlendirememesidir.

Sağlık hizmetlerinde hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur. Sağlık hizmet kalitesi ve hasta doyumunu önceden tahmin etmekte zordur. Çünkü hasta tamamen doktorun etik kurallar içinde kendisine doğru teşhis ve tedavi için doğru bilgi verdiğini kabul etmek zorundadır. Tüketicilerin sağlık hizmetini önceden deneme imkânı yoktur. Sadece etik ve güven yoluyla sağlık hizmetinin kalitesi kontrol edilebilir. Sağlık hizmetini alan hastanın doyumunun ve ahlaki ve sosyal standartları geliştirmek için toplumun eğitim ve kültürünü artırmak, özel sigortalar ve sosyal güvenlik kurumlarının denetimini artırmak, mesleki ve sivil toplum kuruluşlarını geliştirmek gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin bir bölümü, toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamen kamu kurum ve kuruluşlarınca organize ve finanse edilmektedir. Toplum yararı gözetilen koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri toplum tarafından paylaşıldığı gibi, ortaya çıkan faydalardan da tüm toplum yararlanmaktadır. Örneğin, koruyucu toplum sağlığı için yapılan aşılardan, kişilere bağlı kalmaksızın, tüm bireylere uygulanması zorunludur. Bu tür sağlık hizmetlerinin kamu malı olması özelliği dolayısıyla serbest piyasa koşullarından farklıdır.

Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilememektedir. Çünkü sağlık hizmetleri fiyatı biçilemeyen hizmetlerdir. Bu yüzden çoğu zaman kâr amaçlı değil sosyal amaçlı hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri süreci sonucunda her zaman maksimum kâr elde edilemeyebilir. Süreçte hasta iyileşebileceği gibi sakat kalabilir veya ölebilir.

Sağlık hizmetinin garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da yarar söz konusudur. Sağlık hizmetinin depolanamaması nedeniyle sağlık işletmeleri ya arzı talebe ya da talebi arza göre uydurmak zorundadırlar. Sağlık işletmeleri ileri teknoloji

ve emek yoğun hizmetler olarak yüksek maliyetlidirler. Sağlık hizmetlerinde yapılacak küçük bir hata veya ihmal ölüme bile neden olabilmektedir. Garantili hizmetlerden değildir. Basit bir hastane enfeksiyonu bile ölüme neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyi veya kötü olmasını dışsal yarar ve zararlar belirler.

2.2.1.2 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmeti, mal ve hizmetlerin kolay ayrılamayacak ve ayrı ayrı değerlendirilemeyecek şekilde birleşmesiyle oluşmuştur. Bu birleşmenin mal yoğun tarafları "sert" kısmını, hizmet yoğun tarafı "yumuşak" kısmını oluşturur. Tek başına bir anlam ifade etmeyen birbirine bağlı ve ciddi hayati sonuçları olan hizmetler dizisi olarak adlandırılan sağlık hizmetlerinde gerçekleşen bir muayene, bir röntgen veya bir tahlil tek başına bir şey ifade etmez. Tüm bunlar bir arada yapıldığı zaman anlam kazanırlar. İlaç, protez, ortez gibi somut özellikler, standartlarla ölçülemeyen muayene, teşhis, tedavi, ameliyat vb. soyut özelliklerinin birleşmesi sağlık hizmetlerini oluşturur.

Sağlık Hizmetleri					
Koruyucu Sağlık Hizmetleri		Tedavi Hizmetleri		Rehabilitasyon Hizmetleri	Sağlığın Geliştirilmesi
Kişiyeye Yönelik	Çevreye Yönelik	Ayaktan Günübirlik	Yataklı Tedavi Hizmetleri		
Aile Sağlığı Merkezi	Çevre Sağlık Birimi	Özel Muayenehane	Hastane	Rehabilitasyon Merkezi	Sağlık Eğitim Merkezi
Toplum Sağlığı Merkezi	Halk Sağlığı Laboratuvarı	Hastane Polikliniği	Hemşirelik Bakım Merkezi	Hemşirelik Bakım Merkezi	Toplum Sağlığı Merkezi
Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi	Toplum Sağlığı Merkezi	Hastane Acil Servisi	Terminal Dönem	Terminal Dönem	Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi
Gezici Sağlık Birimi	Okul Sağlığı	Cerrahi Hizmetleri	Bakım Merkezi	Bakım Merkezi	Spor Tesisleri
Revir	Gezici Sağlık Birimi	Evde Bakım			Fitness Kulübü
Hastane	Hastane	Diyaliz Merkezleri			

Şekil 2.7. Sağlık Hizmet Türleri (Tengilimoğlu, vd., 2014)

Şekil 2.7’deki yaygın olarak kullanılan sınıflandırmada sağlık hizmetleri temel özellikleri bakımından dört grupta toplanmaktadır (Tengilimoğlu, vd. 2014);

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin bir hastalığa veya sakatlığa yakalanmadan önce alınacak tedbirleri ve önlemleri içeren sağlık hizmetleridir, genellikle kamu yararı gözetilerek devlet eliyle verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri *çevreye yönelik* (su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele, besin sanitasyonu, hava ve gürültü kirliliğinin denetimi, iş, konut ve endüstri sağlığı, radyolojik zararların denetimi, radyasyonla savaş) ve *kişiyeye yönelik* (bağışıklama, beslenme, erken tanı, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı) olarak iki başlık altında incelenmektedir (Şahin, vd. 2013).

Tedavi Hizmetleri: Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı olarak tanımlanan tedavi hizmetleri; birinci basamak tedavi

hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üçe ayrılır (Akdur, 2000).

Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle iş gücünü kaybeden kişilere verilen tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyonu kapsayan hizmetlerdir (Akdur, 2000).

Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri: Sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha da iyileştirmek için sağlanan hizmetlerdir. Kişilerin yaşam tarzı ve olumsuz tutumlarından kaynaklanan birçok hastalığı yenmek için kişilere sağlıklı yaşam tarzı konusunda yardımcı olabilmeyi amaçlamaktadır.

2.2.2 Hizmet kalitesi

Kalite tanımının ilk defa kullanılmaya başlanması Sanayi Devrimi sonrasına rastlansa da tarihte ilk olarak Hammurabi kanunlarında kalitenin işlendiği ve çöken evi yapan kişinin cezalandırılması gerektiğinden bahsedilmektedir. Yine arkeolojik çalışmalardan anlaşılacağı üzere Yunan ve Roma dönemi eserleri ile Mısır piramitlerinin yapımında eserlerin mükemmel inşa edilmesi için kontrol mekanizmalarının varlığından söz edilmektedir (Gencel, 2001). Latince “qualis” (öyle olmak) kökeninden gelmekte olan kalite kavramını; Juran (1974) kullanıma uygunluk, Deming (1986) amaca uygunluk (yani kalitenin şimdiki ve gelecekteki tüketici ihtiyaçlarını hedeflemesi), Gavin (1984) ise kullanıma uygunluk veya müşteri ihtiyaçlarına uygunluk olarak açıklamaktadır.

Kalite tanımlarında üzerinde durulan genel hususlarda, ürün ve hizmetlerin kullanıma uygunluğu, değeri, müşteri taleplerinin karşılanması konularına yer verilmektedir. Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQ) de kaliteyi “Bir ürün veya hizmette bulunan, ifade edilmiş veya ima edilmiş gereksinimleri tatmin etme yeteneğine sahip özellik ve niteliklerin tümüdür” şeklinde açıklamaktadır. (ASQ, 2018, s. 1)

Kalite kavramında olduğu gibi hizmet kalitesi kavramının da literatürde çok farklı tanımlarının olduğu (bakınız Tablo 2.6) görülmektedir. Grönross (1982) hizmet kalitesini, “verilen hizmetin müşteri beklentisinin ne kadarını karşılayabildiğinin ölçüsü olarak” tanımlamakta ve müşterinin hizmet işletmesinden beklentisi ile hizmet

işletmesinin gerçek performansının karşılaştırılması sonucu hizmet kalitesi belirlenebilmektedir. Parasuraman vd. (1985) ise hizmet kalitesini müşterilerin hizmetin üstünlüğü ile ilgili genel yargısı olarak görmektedir.

Tablo 2.6. Hizmet Kalitesi Tanımları (Erdem, 2007)

Yazar	Tanım
Bulgan ve Gürdal, 2005	Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün mükemmel hizmetin verilmesidir. Hizmet kalitesi, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ve aşabilme yeteneğidir.
Lai, 2004	Hizmet kalitesi, bir davranış biçimi olarak tanımlanır. Hizmet kalitesi, tatmin ile ilişkili, fakat tatmine eşdeğer değildir.
Odabaşı, 2003	Hizmet kalitesi en geniş anlamıyla, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir.
Lau vd., 2005	Hizmet kalitesi, hizmet organizasyonunun başarı anahtarıdır.
Park vd., 2004	Hizmet kalitesi, organizasyonun ve organizasyon hizmetlerinin müşteri üzerinde bıraktığı toplam etkidir.
Wang vd., 2004	Hizmet kalitesi müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farktır.
Kouthouris, 2005	Hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne bağlı olarak yapılan küresel bir yargılama ile beklenen hizmet arasındaki farktır.

Öztürk'e (2013) göre hizmet kalitesi aynı zamanda müşteri tarafından değerlendirilen performanstır ve genelde bu performansı çalışanlar oluşturmaktadır. Tüketiciler, hizmetleri değerlendirirken sadece hizmeti değerlendirmez, aynı zamanda sunum süreciyle de ilgilenirler. Kanji'ye (2002) göre bu yüzden sürekli olarak aynı standartlarda kaliteyi yakalayan performansları oluşturmak hizmet işletmelerinde zordur. Hizmetlerin bazı yönleri sayısal olarak ifade edilebilir. Örneğin, müşteriye ayrılan zaman, müşterin hizmet bekleme süresi gibi ve bu alanlarda kalite standartları oluşturulabilir. Fakat hizmet sunan çalışanların davranışlarına (güleryüz, ilgi, yakınlık gibi) bir standart getirmek zordur.

Koç'a göre (2016) hizmet kalitesi, alt hizmet unsurlarının birbirlerinin iç içe geçmiş ve etkileşimli halinden oluşmaktadır ve hizmet kalitesi kavramı ile ilgili aşağıdaki genel değerlendirmede bulunulabilir:

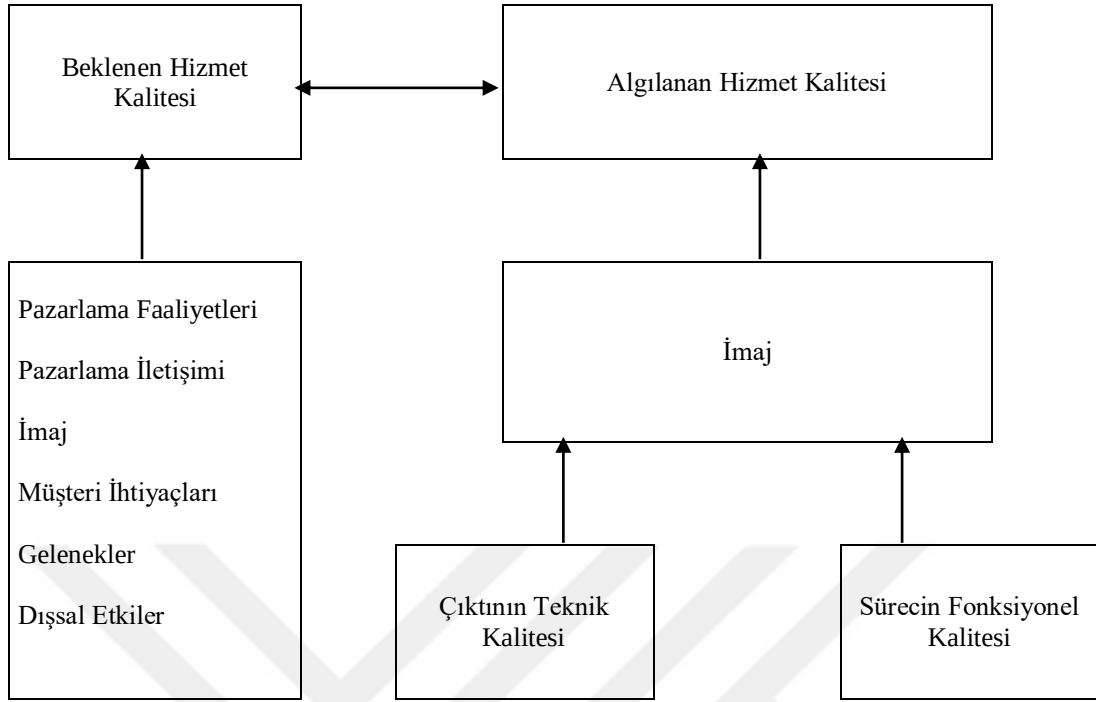
- Tüketicilerin hizmetleri değerlendirmeleri ürünleri değerlendirmelerinden daha zordur.
- Tüketicilerin hizmet kalitesi algıları, tüketicilerin bekledikleri hizmet ile gerçekleşen hizmeti karşılaştırmaları sonucu meydana gelir.
- Tüketiciler hizmeti değerlendirirken sadece sonucu değil, tüm süreci göz önünde bulundururlar.

2.2.2.1 Hizmet kalitesi modelleri

Alanyazında hizmet kalitesi ve modelleriyle ilgili birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Aşağıda en yaygın görülen hizmet kalite modelleri (GRÖNROOS Hizmet Kalitesi Modeli, Fark/Boşluk Modeli, SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli ve son olarak da SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli) açıklanacaktır.

CHRISTIAN GRÖNROOS'un Hizmet Kalitesi Modeli;

Grönroos (1984) tarafından geliştirilen model teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj bileşenlerinden oluşmaktadır. Teknik kalite hizmetin çıktısının ne olduğu, fonksiyonel kalite ise bu çıktıyı nasıl aldığı ile ilgilidir. Hizmet işletmesinin imajı da müşterinin hizmet kalitesi algısı üzerine büyük önem arz etmektedir. Sonuç olarak Şekil 2.8'deki modelde görüldüğü üzere beklenen kalite ile algılanan kalitenin karşılaşması sonucu algılanan hizmet kalitesini oluşturmaktadır (Öztürk, 2010).



Şekil 2.8. *Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984)*

FARK/BOŞLUK Hizmet Kalitesi Modeli;

Parasuraman vd. (1985) tarafından geliştirilen bu model SERVQUAL ve SERVPERF modellerinin temelini de teşkil etmektedir. Kalite probleminin bazı boşluklardan/farklılıklardan kaynaklandığını varsaymaktadır. Şekil 2.9’de hizmet kalitesi ile ilgili boşluklar/farklar şöyle açıklanabilir (Koç, 2016).

Boşluk/Fark 1: Müşteri beklentileri ile işletme yönetimin algılamaları arasındaki farktır. Boşluk, müşteri beklentilerini işletmenin tam olarak bilmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu boşluğun sebepleri pazar ve müşteri araştırmalarının eksikliği, hizmet personeli ile işletme yönetimi arasında aşağıdan yukarıya iletişim faaliyetinin olmaması, işletmenin gereğinden fazla hiyerarşi içermesi sayılabilir.

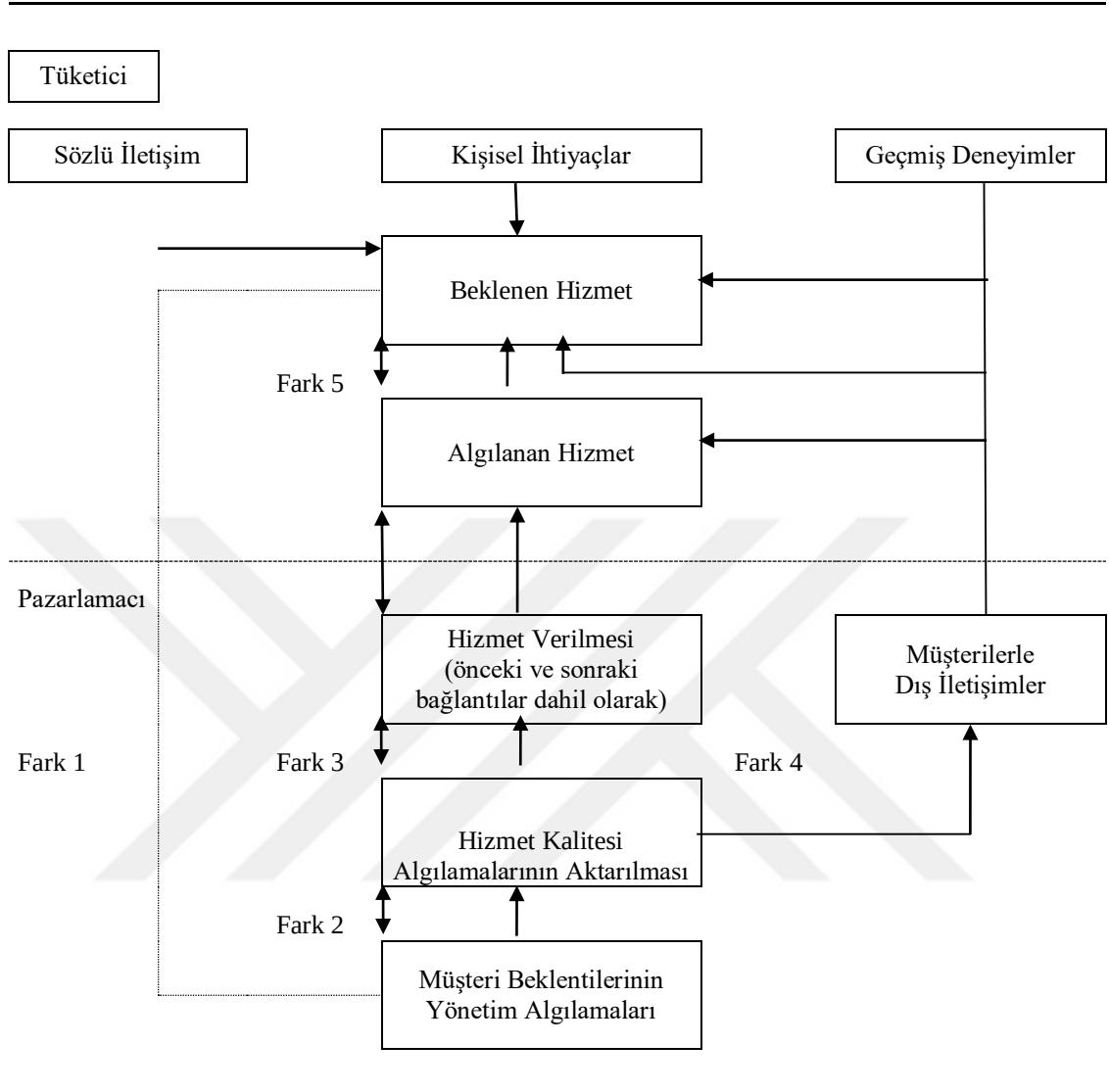
Boşluk/Fark 2: İşletme yönetiminin müşteri beklentilerini algılayışı ile hizmet kalitesi standartları arasındaki farktır. Boşluk, yönetimin müşteri beklentilerini hizmet tasarımına doğru aktaramaması ve standartların doğru seçilememesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu boşluğun sebepleri hizmet kalitesine gereken önemin verilememesi,

fizibilite algısı ile olan problemler, hizmetle ilgili görevlerin standartlaşmasındaki eksiklikler, hedef ve amaç belirlemedeki eksikliklerdir.

Boşluk/Fark 3: Hizmet kalitesi standartları ile müşteriye sunulan hizmet düzeyi arasındaki farklardır. Ortaya çıkan boşluk, hizmet kalitesi özelliklerine uymamaktan kaynaklanmaktadır. Bu boşluğun sebepleri işletme sisteminin teknolojik altyapı ile desteklenmemesi, personel görev tanımlarının net olmaması, işe alma ve atamadaki yanlışlıklar, takım çalışmasının yetersizliğidir.

Boşluk/Fark 4: Müşteriye ulaştırılan hizmetlerle, hizmetle ilgili ulaştırılan mesajlar arasındaki farklardır. Genel ifadeyle, müşteriye verilen sözlerin tutulmaması ile oluşur. Bu boşluğun sebepleri işletme içi yatay ve dikey iletişim yetersizliği ve kısa vadeli yaklaşımdır.

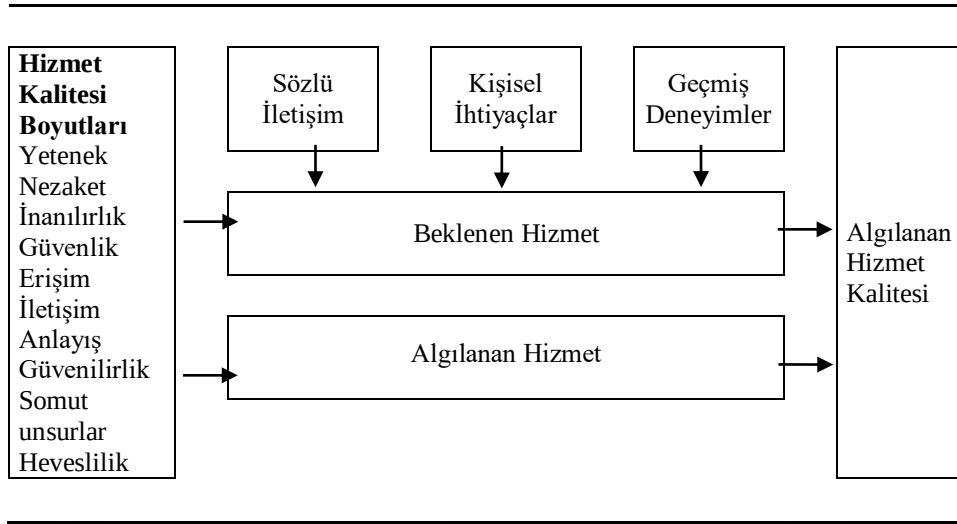
Boşluk/Fark 5: Müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasındaki farklardır. Temelde hizmetin kaliteli olup olmadığını gösterir. İlk dört boşluk hizmet sunucuları tarafından oluşturulurken, bu boşluğu müşteri oluşturur. Bu boşluğun kapatılması için diğer dört boşluk kapatılmalıdır.



Şekil 2.9. Fark/Boşluk Hizmet Kalitesi Modeli (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1985)

SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli;

Parasuraman vd. (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi modeli müşterinin beklediği hizmetin işletme yöneticileri tarafından algılanarak ortaya konulması ve sunulan hizmetin müşteri tarafından algılanan hizmet ile karşılaştırmasına dayanmaktadır (Şekil 2.10).



Şekil 2.10. *Algılanan Hizmet Kalitesi (Parasuraman vd., 1988)*

SERVQUAL hizmet kalitesi başlangıçta aşağıdaki on boyuttan oluşmaktaydı:

Yetenek: Hizmet işletmesinde hizmeti sunan çalışanın hizmeti sunarken gösterdiği profesyonellik, ustalık ve marifettir. Müşteri ile ilişki kuran personelin bilgi ve becerisini kullanması ile faaliyetleri destekleyen personelin bilgi ve becerisini kullanması ve örgütün araştırma kapasitesi belirleyici faktörler arasındadır.

Nezaket: İşletme personelinin müşterilere gösterdiği kibarlık, saygı, ilgi ve dostane olma derecesidir. Müşteri ile ilişki kuran personelin düzgün, zarif ve temiz olması gerekmektedir birlikte hitap şekli ve kullandığı kelimelerle kurumun imajına uygun olmalıdır.

İnanılrlık: Hizmet işletmesi ve personelinin inanılır, güvenilir ve dürüst olma derecesidir.

Güvenlik: Müşterilerin hizmet işletmesinden hizmet alırken kendini tehlike, risk ve şüpheden uzak hissetme derecesidir.

Erişim: Yaklaşım ve bağlantı kurma kolaylığıdır. Örneğin, alışılmış açılış saatleri, uygun bir yerleşim yeridir.

İletişim: Müşterinin anlayacağı bir dil ve üslupla bilgilendirilmesidir. Müşteriye hizmetin kendisini açıklama, hizmetin maliyetini açıklama, maliyet ve hizmet arasındaki değiş-tokuşu açıklama, çıkabilecek bir problemin halledilebileceği konusunda güvence verme olarak açıklanabilir.

Anlayış: Müşterinin kendine has istek ve ihtiyaçlarını anlamak için uğraşma, her müşteriye özel ilgi gösterme, müşteriye tanıma ve müşteriye etkili dinleme derecesidir.

Güvenilirlik: Hizmetin müşteriye verilen bilgi doğrultusunda sunulmasıdır. İşletmenin her seferinde sözünü tutması ile ilgilidir.

Somut unsurlar: Hizmet ile ilgili fiziksel unsurların hizmet sunumuna uygunluk derecesidir. Fiziksel unsurlar dekorasyon, mobilya, teknoloji, kullanılan cihaz ve araç gereçler, çalışan giysileri, diğer müşteriler olabilir.

Heveslilik: Müşteriye hizmet vermede personelin her zaman hazır olması ve hizmeti istekli ve hızlı bekletmeden verme derecesidir.

Parasuraman vd.(1991) daha önce geliştirmiş oldukları ve yukarıda verilen on boyutu, ortak korelasyonları göz önünde bulundurarak beş boyutta toplamışlardır. Bunlar;

Fiziksel Varlıklar: Haberleşme materyalleri, malzemeler, fiziksel varlıklar ve personelin dış görünüşünden oluşur.

Güvenilirlik: Performansta tutarlılık ve hizmet işletmesinin vermiş olduğu sözlerine sadık kalmasıdır. Yani söz verilen hizmeti zamanında ve eksiksiz yerine getirmesidir.

Empati: Müşterileri önemseme, müşterilerle kişisel olarak ilgilenip hizmet sunucunun kendisini müşterinin yerine koyabilmesidir.

Heveslilik/Anında Hizmet Verme: Müşteriye hizmet sunmaya istekli olma ve hızlı hizmet etme derecesidir.

Yetkinlik/Güven Telkin Etme: Hizmet işletmesi personelinin yeterli eğitim bilgi ve beceriye sahip olması ve müşteriye güven verme derecesidir.

SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli;

Cronin ve Taylor tarafından (1992 ve 1994) ortaya konulan model SERQUAL modeline alternatif olarak geliştirilmiştir. SERQUAL modelinden farkı beklentiler ve performansı ölçmek yerine sadece hizmetin performansını ölçmesidir (Şerefkaya, 1997). Cronin ve Taylor'un (1992 ve 1994) ve daha sonraki araştırmacıların (Babakus ve Boller, 1992; Oliver, 1993) çalışmalarında SERVPERF kalite ölçüm modelinin SERQUAL kalite ölçüm modeline göre daha açıklayıcı pratik ve kolay olduğu savunulmuştur. Koç'a (2016) göre SERVPERF'in psikometrik gücüyle, hizmet işletmelerinin genel hizmet kalitelerini ölçmede ve işletmeler arası kalite farklılıklarını belirlemede daha güçlüdür. SERQUAL ise teşhis edici gücünün fazla olması dolayısıyla, işletme problemlerinin tespitlerinde daha etkili olmaktadır. Yukarıda kısaca açıklanan hizmet kalite modellerinin özetlendiği Tablo 2.7'de hizmet kalitesi modelleri boyutları yer almaktadır.

Tablo 2.7. Hizmet Kalitesi Boyutları

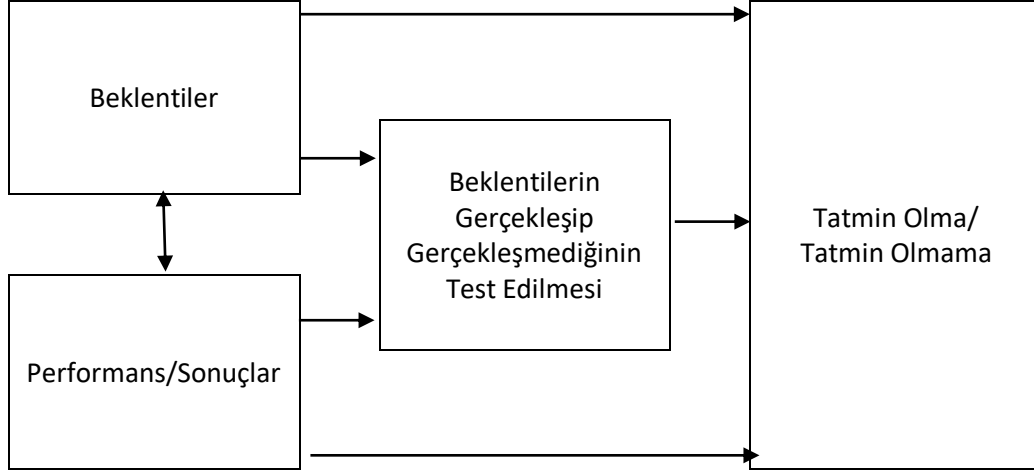
Yıl/Yazar/Model	Hizmet Kalitesi Boyutları
1984 CHRISTIAN GRÖNROOS Hizmet Kalitesi Modeli	Teknik ve fonksiyonel kalite olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır.
1985 Parasuraman Zeithaml ve Berry FARK/BOŞLUK Hizmet Kalitesi Modeli	Hizmetin kalite boyutları beklenti- algı arasındaki beş farklı boşluk ve farklılıktan oluşmaktadır.
1988 Parasuraman Zeithaml ve Berry SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli	Hizmet kalitesi güvenilirlik, güvence, empati, fiziksel varlıklar ve karşılık/tepki verebilmek olarak beş boyut altında toplanmaktadır.
1992-1994 Cronin ve Taylor SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli	Bir boyutta (hizmetin performansı) değerlendirilmektedir.
Chakrapani, 1998	Hizmet kalitesi güvenilirlik ve beklenti olarak iki boyut altında toplanmaktadır.
2000 McDougall ve Levesque Algılan Değer Hizmet Kalitesi Modeli	Ana ve yardımcı hizmetler olmak üzere iki boyutta incelenmektedir.
2003 Yang Importance-Satisfaction (I-S) Modeli	Önem ve memnuniyet boyutlarından oluşmaktadır.

2.2.2.2 Hizmet kalitesi ve müşteri tatmini

Müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi kavramıyla çok yakından ilgilidir. Hizmet kalitesini müşteri tatmininin oluşmasındaki önemli unsur olarak gören Koç (2016) hizmet kalitesinin önemini aşağıdaki gibi vurgulamaktadır.

- Müşteri tatmini müşteri sadakatine, müşteri sadakati de işletmenin gelecekteki gelirlerini garanti altına alır.
- Müşteri sadakati, işlem maliyeti ve fiyat elastikiyetini düşürmektedir.
- Müşteri tatmini ve müşteri sadakati işletmenin olası hatasında müşterinin başka bir işletmeden hizmet almaya yönelmesini engelleyici rol oynamaktadır.
- Sadık müşterilerin yaptığı sözel iletişimler yeni müşteri kazanma maliyetini azaltırken, sadık olmayan müşterilerin yapmış olduğu sözel iletişimler yeni müşteri kazanma maliyetini artırmaktadır.

Müşterilerin tatminini ürün ya da hizmetin özellikleri, müşterinin algıladığı hizmet kalitesi ve tüketicilerin duyguları, hizmetin adil ve eşit ulaştırılması, diğer tüketicilerin hizmet hakkındaki düşünce ve duyguları belirlemektedir (Öztürk, 2013). Koç'a göre (2016) müşterilerin algıladığı kalite; gerçek kalite ile beklenen kalite arasındaki farktır. Hem nicel hem de nitel faktörleri içeren beklenen kalite, müşterinin hizmet satın aldığı veya tükettiğinde alacağını umduğu kalitedir. Şekil 2.11'de Churchill ve Surprenant'ın (1982) beklentiler ve tatmin modeli yer almaktadır. Modelden de anlaşılacağı üzere müşterilerin beklentileri ile algıladıkları hizmetin performansını karşılaştırmaları şu şekilde meydana gelmektedir. Sunulan hizmet müşterinin beklentisini karşılıyorsa değerlendirme notu sıfırdır (0). Sunulan hizmet, müşterinin beklentisini geçiyorsa bir (1) değeri ile ifade edilir. Sunulan hizmet müşterinin beklentisi altında kalmışsa değer eksi bir (-1) olur.



Şekil 2.11. *Beklentiler ve Tatmin Modeli (Churchill, vd., 1982, s. 69)*

2.2.3 Sağlık hizmetlerinde kalite

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, kalitenin sağlık hizmetlerindeki önemini vurgulamaktadır (Çiçek, Kara ve Koyuncu, 2006). Aynı zamanda günümüz hastaları tıbbi tedavinin yanı sıra sempatik çalışanlar, güzel dizayn edilmiş odalar, konforlu sağlık hizmeti talep etmektedir (Jabnoun ve Chaker, 2003). Hastaların (tüketiciler) yüksek standartlardaki bu sağlık hizmeti talepleri, kaliteyi sağlık hizmetleri pazarlamasında da önemli konulardan biri haline getirmiştir (Argan ve Argan, 2002). Hasta talepleri, aynı zamanda, sağlık işletmelerini geçmişe oranla daha yoğun bir rekabet ortamında çalışmaya zorlamıştır. Mevcut talepleri karşılamak ve beklentilerin ötesine geçmek isteyen sağlık işletmeleri özellikle 1980 sonrasında toplumun taleplerine yanıt vermek, rekabette avantaj sağlamak, sağlıkta zor olan değişim ve inavasyonları sağlamak, birim maliyeti baskılamak ve yüksek verimliliği sağlamak amacıyla sağlık hizmet kalitesini ön plana çıkarmışlardır. Hastaların hizmet kalitesi ile ilgili algıları; sağlık işletmelerinin başarısında, hastaların memnuniyetinde ve sağlık işlemelerinin kârlılığı üzerindeki etkisi dolayısıyla da sağlık hizmetlerinde kalite önem arz etmektedir (Kayral 2015).

Sağlık hizmet kalitesi, sağlık alanının özelliklerinden dolayı tanımlanması ve ölçülmesi zor olan bir kavramdır. Literatürde tanım yapan kişinin bakış açısı ve

yaklaşımına göre farklılık gösteren çok sayıda sağlık hizmet kalitesi tanımı mevcuttur (Argan ve Argan, 2002).

Kavram ilk kez Amerikan Tabipler Birliği (ACS- American College of Surgeons) tarafından konulan minimum hastane standartlarının belirlenmesiyle şekillenmeye başlamış olup (Kayral, 2015); günümüzde sağlık hizmetleri kalitesi denilince en çok kullanılan ve kabul gören kavram ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. Tıp Enstitüsü kaliteyi “sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, elindeki en son bilginin ışığında ve istenen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunması” olarak tanımlamıştır (Çakır, 2007). İngiltere merkezli National Health Service ise sağlık hizmetlerinde kalite kavramını “doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak” olarak açıklamaktadır (Akalin, 2010, s. 2). T.C. Sağlık Bakanlığına göre ise kalite “En iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından doğru zamanda eşit hizmetin sağlanmasıdır” (Kayral 2015, s. 88-89).

Yukarıda sağlığa yön veren kurum ve kuruluşların sağlık hizmetlerinde kalite kavramını nasıl tanımladıkları ve değerlendirdikleri yer almakta olup, öte yandan Kayral’e göre (2015) sağlık hizmetlerinde kalite kavramlarının akademik tanımları da sağlık politikalarının ve sağlığın gelişmesi için önem arz etmektedir. Sağlık hizmet kalitesinin önde gelen akademik tanımlarından birini yapan Donabedian (1988) sağlık hizmetleri kalitesini, “Sağlık hizmeti sunum sürecinin bütün aşamaları ve birimlerinin yarattığı kazançlar ve kayıplar dengesi sonucunda ulaşılan maksimum iyileşme beklentisi” olarak açıklamaktadır. Uz’a (1995) göre sağlık hizmet kalitesi, tüm hizmet süreçlerinde uluslararası standartlara uygun olarak tanı, tedavi ve bakımlarının yanında hasta beklenti ve ihtiyaçlarının eksiksiz karşılanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını kurumsal ve akademik tanımlar ışığında en sade şekliyle; müşterinin beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite) algıladığı kalite (algılanan kalite) seviyesi arasındaki fark olarak tanımlanabilir (Tengilimoğlu vd., 2016). Yukarıdaki yaygın tanımlardan yola çıkarak sağlık hizmet kalitesi; hastaların beklentileri ışığında, mevcut imkânları maksimum seviyede seferber ederek hastaların tedavi ve bakımlarını gerçekleştirmektir.

2.2.3.1 Sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlığın muhtevassından dolayı oldukça karışıktır. Bu yüzden, sağlık hizmetlerinin kaliteli olup olmadığının değerlendirilmesi için gerekli olan sağlık hizmetleri kalite özellikleri değişiklik göstermektedir (Ayaz ve Soykan, 2002). Öte yandan, sağlık hizmetlerinin kalite özellikleri aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalite hedeflerini oluşturmaktadır. Donabedian'a (1992) göre sağlık hizmetlerinin kaliteli olması için aşağıdaki yedi temel özelliğe sahip olması gerekmektedir:

Etkenlik; Sağlık hizmetlerinde güncel teknolojinin çok iyi kullanılarak yeni iyileştirmelerin getirilebilmesi etkenliktir. Etkenlik ile sağlığı iyileştirebilecek en iyi bakım hizmetini sunmak amaçlanır. Sağlık hizmetlerinin uygulama kalitesinin değerlendirmesinde etkenlik kontrol edilememekte, ancak klinik araştırmalar ve teknolojik değerlendirme neticesinde etkenlik değerlendirilebilmektedir.

Etkililik; Sağlık açısından an itibariyle ulaşılabilir olan iyileştirmeleri gerçekleştirebilme derecesi etkililiktir. Diğer bir ifadeyle, görece etkililik, sağlıkta değerlendirilecek hizmetin meydana getirmesi beklen iyileştirmelerin hizmet maliyetine bölünmesiyle elde edilen sonuçlardır.

Verimlilik; Sağlıkta ulaşılabilir hizmetlerde kısıntıya gitmeden maliyetlerin azalmasıdır.

En uygun olma (optimallik); Sağlığın maliyeti ile ürettiği değer arasında dengenin var olmasıdır. Bu orta noktadır ve optimum noktanın altında daha uygun maliyetle daha iyi hizmet üretmek mümkün olmakla beraber, optimum noktanın üstüne çıkıldıkça birim maliyet artar ve her bir birim yarar artışını sağlamak daha maliyetli olur.

Kabul edilebilirlik; Hasta istek, beklenti ve arzularına verilen sağlık hizmetinin uygunluğunu ifade eder. Kabul edilebilirlik, hasta-doktor ilişkisi, rahat ve kolay hizmet sunumu, erişebilirlik, sunulan hizmetin hastalara etkisi, hastaların hizmetin risk ve maliyet tercihleri öğelerinden oluşmaktadır.

Meşruluk (yasallık); Toplum tarafından kabul edilebilir normlara (etik, prensipler, kanunlar) uygunluğu ifade eder.

Hakkaniyet; Hizmet kullanımında eşitlik sağlanmasıdır. Toplumun her bireyine sağlık hizmetlerinin sunumunda eşit ve adil davranmaktır.

2.2.3.2 Sağlık hizmetlerinde kalite boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalitenin üç ögesi vardır (Donabedian 1988). Bunlar yapı, süreç ve çıktılardır. Yapı boyutu, yani diğer bir deyimle, teknik performans, hizmet verenlerin hizmet stratejileri geliştirmedeki bilgi beceri ve yargılarının düzeyidir. Yapı boyutu aynı zamanda sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşun (hastaneler, tıp merkezleri, klinikler vb.) sermaye, bina, teknolojik alt yapı gibi özelliklerini ve çalışan personellerinin niteliklerini ele alan iş gücünü kapsar. Süreç boyutu, hastanın sağlık kuruluşu ile etkileşime geçtiği andan başlayıp, mevcut kaynaklarla hastaya nasıl bir hizmet sunduğudur. Özellikle sağlık çalışanı (doktor, hemşire vb.) ile hasta arasındaki sağlıklı bir iletişimin kurulması, teşhisin doğru konulması ve sonrasında hastalığa karşı müdahale ve savaşta, yani hizmet esnasında, hastanın da sürece katılarak katkı sağlaması, mevcut çıktının maksimum kalitede üretilmesi için elzemdir (Tengilimoğlu vd., 2014). Genel olarak, sürecin hastaya bakan yönü tanı ve tedavi; personele bakan yönü ödeme ve finansmandır. Çıktı ya da sonuçlar sağlık hizmet süreci sonucunda üretilen değer olan hastanın durumu (ölüm oranı, iyileşme oranı, sakatlık oranı vb.) ile ilgilidir. Yani sağlık kuruluşlarından hizmet alan bireylerin, bu hizmetin sonucunda rahat, huzur ve sağlığına kavuşmasıdır.

Sağlık hizmetleri kalitesi çok boyutludur. Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan boyutlar aşağıdaki Tablo 2.8’de yer almaktadır.

Tablo 2.8. Sağlık Hizmetleri Kalite Boyutları

Yazar(lar)	Yıl	Sağlık Hizmetleri Kalite Boyutları
Çoruh	1994	Bilgilendirme, hastayı eğitme, hizmete kolay ulaşma, güvenli hizmet, seçme hakkı sağlama, gizlilik, güven, karar vermeye yardım, hizmeti geliştirme, rahatlık sağlama, saygı gösterme, düzenli olma ve süreklilik
Jun, Peterson ve Zsidien	1998	Hasta sonuçları, hastayla iletişim, sorumluluk, yeterlilik, nezaket, iletişim, ulaşım, hasta güvenilirlik, bakım
Evans ve Lindsay	1999	Zaman, bütünlük, erişilebilirlik nezaket, tutarlılık, doğruluk ve sorumluluk
McDougall ve Levesque	2000	Ana ve yardımcı hizmetler
Yang	2003	Önem ve memnuniyet
Kayral	2014	Sağlık hizmetleri (uygun teşhis ve tedavi), hemşirelik ve bakım hizmetleri (tedaviye hazırlık ve bakım) ile otelcilik ve destek hizmetleri

2.3 Hastaların İyileşme Beklentileri

Türk Dil Kurumuna göre beklenti kavramı “Gerçekleşmesi beklenen şey. Bireyin belli şart ve durumlarda alacağı biçimler veya kendisinden beklenenler konusundaki öngörüsü” olarak açıklanmıştır (Güncel Türkçe Sözcük, -<http://www.tdk.gov.tr>). Kelimenin kökeni, Latince “bekleyen” (expectationem) anlamından türetilmiştir (<https://www.vocabulary.com>). Beklenti kavramını Demirtaş (2004) “bireyin, içinde bulunduğu ortamda algıladığı ipuçlarının ne gibi oluşumlara yol açabileceği konusundaki tutum ve bekleyişi olarak” tanımlamış ve beklentinin temelde algılayıcının deneyimlerini yansıttığını vurgulayarak, beklentiye deneyim temelinde sınıflandırma yoluna gitmiştir. Beklentilerin birçok alanda araştırma konusu olmasının sebepleri arasında kalıp yargı ve önyargı ile birlikte sağlık hizmetlerinin yeterliliği gibi temel konularla iç içe olmasını göstermiştir.

Rideout ve Montemuro (1986) ise beklenti kavramını beklentinin gerçekleşme ihtimali üzerinden açıklamışlardır. Eğer bir beklentinin gerçekleşme ihtimali sıfırdan büyükse umut (bireyin varlığında değişiklik ile bir çıkış yolu bulma inancı), küçükse insanda umutsuzluk yani olumsuz beklentiler doğmasına neden olmaktadır. Beklentilerin gerçekleşme ihtimalinin kişi tarafından sıfır olarak değerlendirilmesi kişide umutsuzluğa ve psikiyatrik bozukluk olan depresyona neden olmaktadır.

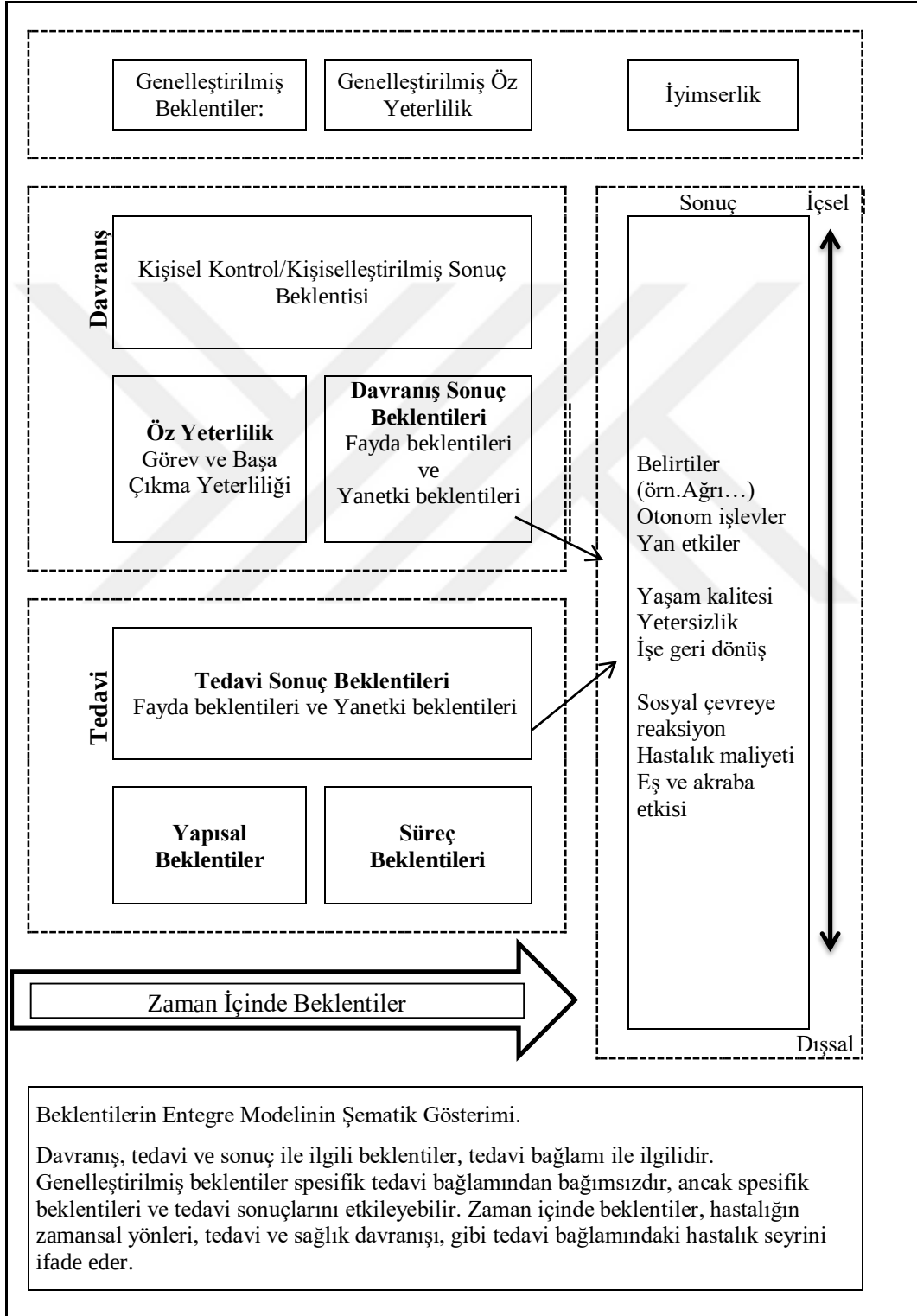
Depresyon ise psiko-analitik kurama göre geleceğe yönelik karamsarlık duygusunu ifade etmektedir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı sadece hastalık ve zayıflığın yokluğu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın olduğu bir yapı olarak tanımlar (WHO, 1948). Bu tanımdan yola çıkarak, tüm sağlık bakım müdahalelerinin son hedefi olan hastalığın semptomlarının azaltılmasının yanısıra, fiziksel, psiko-sosyal refah ve rahatlığın tekrar kazanılmasının gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

İyileşme kavramı klinisyenler tarafından semptomların şiddetinin zaman içerisinde azalması olarak tanımlarken, hastaların iyileşme kavramına bakışları hastalık öncesi vücut fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin geri kazanılması anlamı taşır (Ishak vd., 2017). Ayvacık ve Yorulmaz (2007) çalışmalarında iyileşmeyi “aktif (örneğin ilaç) ve aktif olmayan (örneğin plasebo) bir madde alındıktan sonra ortaya çıkan etki” olarak tanımlamış ve alınan maddelerin içeriğine bağlı olmasına rağmen başka etmenlerin varlığından ve iyileşme sürecine etkisinden bahsetmişlerdir. Tıbbi tedavi sürecinin iyileşmeye iki türlü etki ettiğini savunmuşlardır. Birincisinde tedavinin kendisinden kaynaklan etki, diğerinde ise tedavi alanın tedavi alacağı bilgisinden kaynaklan özgün olmayan iyileşme etkisi. Miller ve Rosenstein (2006) ise, benzer şekilde, iyileşmenin dört farklı şekilde olabileceğini ileri sürmektedir: 1) tedaviden (örneğin ilaç) kaynaklanan iyileşme; 2) plasebodan kaynaklanan iyileşme; 3) hasta-doktor etkileşiminden kaynaklanan iyileşme ve 4) insanın kendi kendine iyileşme potansiyeline bağlı iyileşme.

Hastaların tıbbi tedaviye ilişkin beklentilerini ele aldığı çalışmada Laferton vd. (2017), beklentilerin psikolojik çalışmalarda en çok çalışılan alan olduğunu ve beklenti terminolojisinde sözü edilen birçok beklenti türü olduğunu vurgulamışlardır. Hastaların beklentisi terimi, tesadüfi veya tesadüfü olmayan özel olaylar ve tecrübelerle odaklanan geleceğe yönelik inançları kapsamaktadır. Bu beklentiler bilinçli olarak geleceğe yönelik bilişler olarak ortaya çıkabilir, ya da tam farkındalık olmadan mevcut olabilirler. Bu bağlamda beklentiler tahmin edici nitelikte olup ideal beklenti, değer beklentisi veya fanteziler olarak adlandırılan yapılardan ayırt edilmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bir hastanın gelecekte iyileşmek için ne yapmak istediğini, o hastanın hastalığının gelecekteki iyileşmesine dair istatistiksel olasılık tahmininden çok, hastanın umut ve arzularının belirleyici olduğu bilinmektedir (Laferton vd. 2017). Laferton vd.

(2017) tıbbi tedavi bağlamındaki sağlık çıktılarıyla alakalı olan hastaların beklentilerinin teorik kavram ve yönlerini gözden geçirerek, tıbbi tedavi gören hastaların beklentilerini bütünsel bir model halinde aşağıda sunulan Şekil 2.12’de özetlemişlerdir.



Şekil 2.12. Beklentilerin Entegre Modelinin Şematik Gösterimi (Laferton vd. , 2017)

Tıbbi tedavi gören hastalarda beklentilerin entegre modeli aşağıdaki birkaç hususu dikkate almaktadır:

Beklenti kavramı ya hastanın hastalığı ve tedavi yönlü davranışları ya da hastanın aldığı tedavi ile ilişkilendirilebilir. Örneğin bel ağrısı çeken birinin bel fıtığı ve düzenli spor yapmasıyla ilişkili beklentileri veya aldığı fizik tedavi hizmetlerine yönelik beklentileri, kaval kemiğini kırmış birinin ayağını doktorun önerdiği şekliyle tutabilme yeteneği veya kendisine uygulanan ilaç tedavisinin sonuçlarına yönelik beklentisi gibi. Bu açıdan bakıldığında Hasta Beklentileri Entegre Modeli'nin hem hasta hem de tedavi ile ilişkili olduğu görülür.

Önceki çalışmalarda hastaların özyeterliliklerinin hasta beklentisini şekillendiren tek değişken olduğu düşünülmüştür. Yani bel fıtığı olan birisi iyileşme beklentisini belirlerken, bir yandan düzenli spor yapma yetkinliğini öte yandan da yaptığı sporun bedeninde etkin sonuçlar doğurmasına yönelik beklentilerini dikkate alır denilmiştir. Özetle hasta, “eğer spor yaparsam sonuçlarını görürüm, iyileşirim” diye bir beklenti geliştirir. Ancak bu açıklamanın yeterli olmadığına inanan Laferton vd. (2017), geliştirdikleri entegre modelde, hastaların davranış yönlü beklentilerini “öz yeterlilik beklentileri” ve “davranışların sonuçlarına yönelik beklentiler” olarak ikiye ayrılarak incelemiştir. Bir hasta düzenli fiziksel egzersizler yapmaya yönelik yüksek öz yeterlilik gösterebilecekse dahi, eğer, egzersizlerin sağlık yararına bir sonuç (davranışsal sonuç beklentisi) getirmesini beklemiyorsa egzersiz yapmaya başlamayacaktır. Özetle, davranışsal beklenti 1. davranışı yapabilme yetkinliği, ve 2. davranışın sağlığı iyileştirme yetkinliği ile belirlenir. Bu modelde öz yeterlilik ve davranışa dayalı sonuç beklentilerinin bileşimi “kişiselleştirilmiş sonuç beklentisi” veya “kişisel kontrol inancı” olarak adlandırılmıştır.

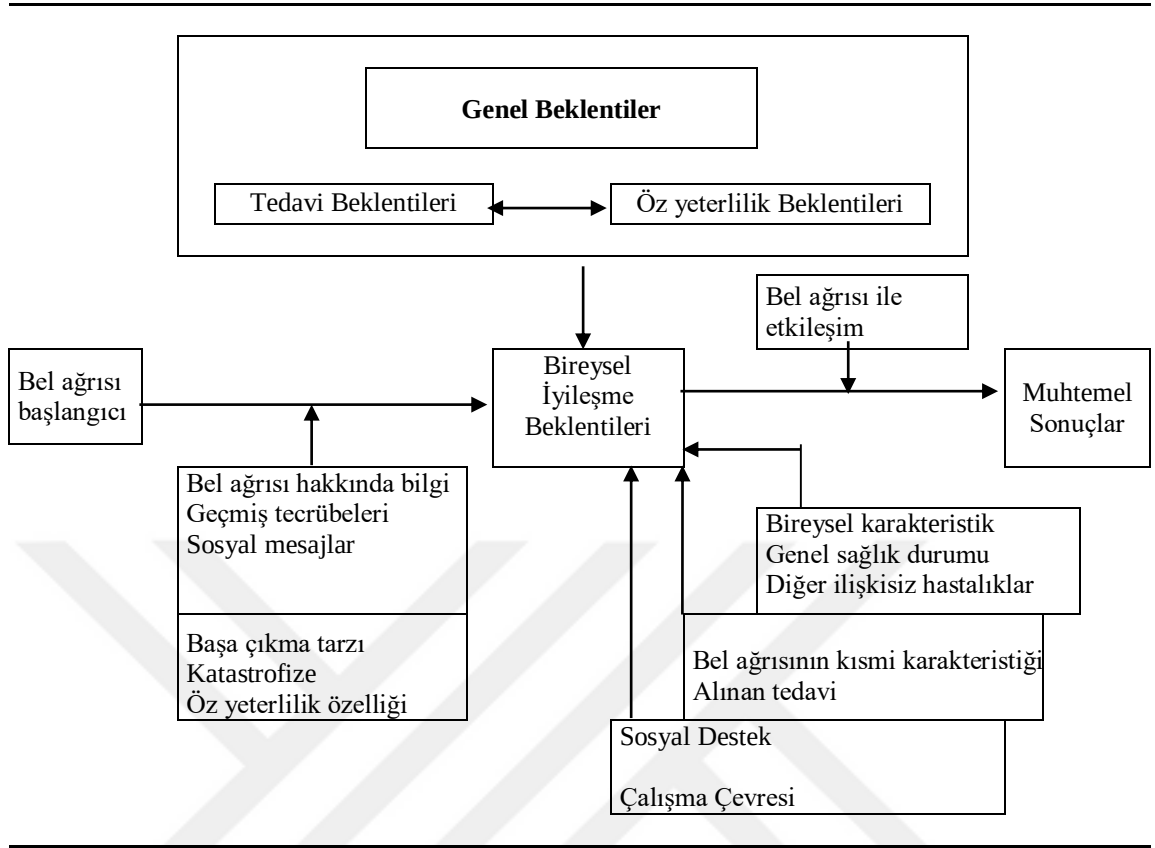
Tedavi ile ilişkilendirilen beklentiler, hem tedavinin sonucu hem de tedavi sürecinde yaşananlar (yapısal beklentiler ve süreç ile ilgili beklentiler) üzerine yapılandırılır. Şekilde açıklandığı üzere bir davranış veya tedavinin beklenen sonucu iki temel kategoride incelenebilir. 1. Semptomlar ve otonom işlevler gibi içsel değişikliklerden kaynaklanan beklentiler (kırılan kolu kullanabilmek, yanan midenin yanmaması gibi) 2. Sosyal çevrenin tepkisi gibi dış değişkenlerin beklenti ifadelerini içeren dış değişkenler (arkadaşın “kolun iyileşti sanki”, eşin “dünden beri miden hiç ağrımadı” ve benzeri yorumları). İlâveten, hastaların davranışların belirli bir süre içinde

yaratacağı geçici sonuçları (hastalık süresince, tedavi süresince, birkaç ay kolunu kullanamayacağım, bir hafta araç süremeyeceğim vb.), hastalıklarının kendisine getirdikleri (kol üç ay içinde kaynar, bir yıl ağrı çekilirmiş vb.) ve beklenen sonuçlara yönelik bir zamansal değerlendirme yapmaları da söz konusudur. En son olarak da hastanın kendisi hakkında genellediği beklentilerini ve optimist olma halini de dikkate alarak beklenti geliştirdiğini, bu beklentinin ise sonucu etkilediğini bunun ise tıp dilindeki alının plasebo etkisi olduğunu hatırlamak gerekir.

Bireysel iyileşme beklentilerini açıklamada genel olarak kullanılan sosyal bilişsel öğrenme teorisi ise iyileşme sürecinde bireysel yeterlilik ve kendine güven algısının rolünü vurgulamaktadır. Bu önde gelen teori Benight ve Bandura tarafından önerilmiştir (Benight ve Bandura, 2004); “bireyin iyileşmesinde hiçbir faktör bireyin iyileşeceğine olan inancı kadar etkili değildir” diyerek bireysel yeterlilik ve kendine güven algısının kişinin iyileşmesi üzerine olan önemini açıklamaktadırlar. Sosyal bilişsel öğrenme teorisi insan davranışının, bireyin kişisel özellikleri ve çevresi ile etkileşim içinde olduğunu, birbirini etkileyen dinamik ve üç boyutlu bir model olarak açıklanabileceğini savunmaktadır. Teoride çevrenin davranışı, davranışın da çevreyi etkilediği vurgulanmaktadır (Bandura, 1977). İnsanların sadece kendi yaptıkları ile değil aynı zamanda, başkalarının deneyimlerini gözlemleyerek de öğrendiklerini savunan Bandura’nın (1977) Sosyal Bilişsel Öğrenme teorisinin temel savlarını maddeleri ile aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür;

- İnsanlar, başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenebilirler.
- Öğrenme, davranış değişikliğine yol açan veya açmayan içsel bir süreçtir.
- Davranış amaca yöneliktir.
- İnsanlar kendi davranışlarında öz düzenleme yapabilir.
- Davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilir.
- Ödül ve ceza, davranışı doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da etkiler.

Bireysel iyileşme beklentisi ve düşük düzeyde bel ağrısı hastalığının sonuçlarını tahmin üzerine yapılan çalışmada Hayden vd. (2014) teorik çerçeveyi sosyal bilişsel öğrenme teorisi üzerine aşağıdaki gibi modellemişlerdir.



Şekil 2.13. *Bireysel İyileşme Beklentileri ile Bel Ağrısı Arasındaki İlişkinin Kavramsal Çerçevesi (Hayden vd., 2014)*

Bu modelde bireysel iyileşme beklentileri; bilişsel süreçleri, geçmiş tecrübeleri, bilgi ve inançları ile diğer insanların tavsiye ve gözlemlerini içerir. Düşük düzeyde bel ağrısını üç temel beklenti türünün etkilediğini savunan Hayden vd. (2014) bu beklentileri genel sonuç beklentileri, tedavi beklentileri ve öz yeterlik beklentileri olarak adlandırır. Genel sonuç beklentileri, gelecekteki bir düşük düzeyde bel ağrısı sonucuyla ilişkili olarak iyileşme beklentilerini genel olarak tanımlar. Tek soruyla "Altı ay içinde işime geri döneceğimi umuyorum" veya "Bel ağrım kısa sürede sona erecek" gibi ifadelerle örneklendirmiştir. Tedavi beklentileri ise özellikle devam etmekte olan tedaviyle ilgili gelecekteki düşük bel ağrısı sonuçlarının beklentileri olarak tanımlanmış ve "Tedavim düşük düzeydeki bel ağrımı iyileştirmeye yardımcı olur" veya "Tedavim sırt ağrımın daha da kötüye gitmesini önleyebilir" gibi ifadelerle örneklendirmiştir. Öz-yeterlik beklentileri, bir kişinin gelecekteki bir sonuca ulaşmak için davranışlarını yönetme becerileri ile ilgili algılamalarıdır. "İşime geri dönmek için her zamanki iş

faaliyetlerimi yapabileceğime inanıyorum" veya "Ağrı ile baş etmeyi öğrenebileceğime ve normal faaliyetlerime geri döneceğime eminim" ifadeleri ile örneklendirmiştir (Hayden vd., 2014).

2.3.1 Hastaların iyileşme beklentisi boyutları

Geçmiş çalışmalarda hastaların iyileşme beklentilerini açıklamaya çalışan çok sayıda araştırma olmasına rağmen, hastaların iyileşme beklentileri tam olarak boyutlandırılmamıştır. Araştırmalarda iyileşme beklentisi, ya çok boyutlu (çok fazla soru içeren) veya tek boyutlu (tek sorulu) olarak değerlendirilmiş ve açıklanmaya çalışılmıştır (Ebrahim vd., 2015). Bu araştırmalarda genelde hastaların iyileşme beklentileri aşağıdaki dört ana boyut altında toplandığı görülmektedir (Busse vd., 2012; Cole, Mondloch ve Hogg-Johnson, 2002; Gross, 2005; Petrie, 1996; Schultz, 2004; Leedham vd., 1995; Mahomed vd., 2002; Hayden vd., 2004; Hogg-Johnson ve Cole, 2003; Jones, Burney, Peterson, ve Christy, 2001; Reiso et al., 2003):

- Hastanın hastalık öncesi rutin yaşantısına (normal aktivitelerine) dönme ile ilgili beklentileri
- Hastanın hastalık öncesi rutin işine dönme ile ilgili beklentileri
- Hastanın şuan ki sağlık durumu ile ilgili hisleri
- Hastanın kendi hastalığı hakkında başkalarının nasıl düşündüğünü değerlendirmesi

İlaveten hastaların iyileşme beklentisini Busse vd. (2012) somatik şikâyetler, başa çıkma, enerji, iyimserlik olarak boyutlandırmıştır. Yukarıdaki boyutlar yazarlar tarafından, hastaların iyileşme beklentisini açıklaması için bir ölçek altında toplanabildiği gibi, her bir boyutu bağımsız olarak ele alıp, hastaların iyileşme beklentisini her bir boyutun tek başına da açıklayabileceği savunulmaktadır (Ebrahim vd., 2015).

İyileşme beklentisini açıklamak için genelde hastaların (Hogg-Johnson ve Cole, 2003; Reiso et al., 2003; Hagen, Svensen ve Eriksen, 2005; Heymans vd., 2006; Sampere vd., 2012; Audhoe vd., 2012);

- Geçmiş yaşantısına göre sağlık durumlarını şu an nasıl hissettikleri,

- Günlük çalışma hayatına dönecek kadar iyileşip iyileşemeyecekleri konusunda ne düşündükleri,
- Eğer kendilerinde iyileşme hissediyorlarsa iyileşme hızlarının ne olduğu,
- Bekledikleri iyileşmenin tahmini kaç günde veya ayda gerçekleşeceği,
- İyileşmesi durumunda hastalık öncesi çalışma saatleri kadar çalışıp çalışmayacağı,
- Hastaneden taburcu olması durumunda tam zamanlı çalışıp çalışamayacağı, hakkında ki düşünceleri alınarak ulaşılabilmektedir.

2.3.2 Fiziksel ortam ve hastaların iyileşme beklentisi üzerine etkisi

Hastalar hastaneye kısmen bozulan sağlıklarını tekrar geri kazanmak için gitmekte, tanı ve tedavi almayı amaçlamaktadırlar. Bu his ve duygularla hastaneye giden hastalar, hastanelerin günlük yaşantılarında alışık olduğu mekânsal çevreden farklı olduğunu gözlemlemektedirler. Hastanelerin hastaların alışık olduğu fiziksel ortamdan farklı olması, hastaların hastaneyi normal çevresinden ve fonksiyonlarından alıkoyan tehdit olarak görmelerine neden olmaktadır (Yıldırım ve Muslu 2006). Hastane fiziksel ortamın hasta üzerindeki sonuçlarını açıklamadan önce hastaların tedavi sonuçlarındaki çıktıları neyin etkilediğini bilmek gerektiğini savunan Rubin, Owens ve Golden (1998) hastaların tedavi sonuçlarını hastaya yapılan tıbbi müdahale, hastanın kişisel özellikleri, hastalığın türü ve fiziksel ortam şartlarının etkilediğini öne sürmektedirler.

Hastane fiziksel ortam şartlarının hastaların tıbbi tedavi sonuçlarını etkileyip etkilemediğini araştıran Van den Berg (2005) ilk olarak klinik sonuçları (örneğin, kalış süresi, ilaç alımı, enfeksiyon oranı, fizyolojik stres ölçümleri ve ölüm oranları); sonrasında psikolojik sonuçları (örneğin, ruh halleri, uyanıklık, uyku kalitesi, kişisel sağlık ve kendini iyi hissetme) inceleyerek değerlendirmektedir. Ulrich, Zimring, Quan, Joseph ve Choudhary (2004) ise çalışmalarında fiziksel ortam şartları ile hastaların tıbbi sonuçları arasında bağlantı olduğunu savunmaktadırlar. Fiziksel ortamın, çalışan personelin stresini azaltmak ve sağlık hizmet sunumunun etkisini artırmak, hastaların güvenliğini artırmak, hastaların stresini azaltarak sonuçları iyileştirmek ve genel sağlık kalitesini artırmak gibi sonuçlara neden olduğunu belirtmektedirler.

Hastanelerde tasarlanan fiziksel ortam, tıbbi müdahalenin etkisini üç yolla artırabilir veya azaltabilir (Rubin vd. 1998). İlk olarak tasarlanan fiziksel ortam tıbbi müdahaleyi çalışanlar için kolaylaştırarak veya zorlaştırarak hastaların sonuçlarına etki eder. Örneğin hemşire ve doktor acil çağrı butonlarının hastaların ulaşabileceği yerde olması, klinik personelin acil müdahale süresini hızlandırarak hastanın sağlık sonucuna etki eder. İkincisi, mevcut durumda var olan fiziksel ortam koşulları tasarlanarak hastanın kişisel direnci bozulabilir veya güçlendirilebilir. Bu da hastanın sonuçları üzerinde etki yaratır. Örneğin gürültüye bağlı uyku kaybı varsa bu durum gürültü seviyesi indirgenerek iyileşme süreci kısaltılabilir veya farkında olmadan artan gürültü sebebiyle iyileşme süresini uzatabilir. Son olarak, tasarlanan fiziksel ortam hastaları hastalık nedenlerine karşı koruyabilir veya hastanın başka hastalıklara maruz kalmasına neden olabilir. Örneğin hastanede tedavi gören hastalar havalandırma sisteminin fiziksel ortamdaki havayı temizlemesi ve ultra temiz hava üretmesiyle ortamdaki diğer bulaşıcı hastalık mikroplarından korunurlar.

Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada renk, sıcaklık, manzara, fiziksel görünüş, yeşil alanlar, uygun tasarlanmış mobilyalar, gün ışığı, temiz hava, gürültülü ortam (Günaydın, 2014) gibi fiziksel ortam şartları hastaları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyerek (Yıldırım ve Muslu 2006) tedavi sonuçlarını olumlu veya olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Rubin vd. 1998). Bu çalışmada ise hastaların algıladığı fiziksel ortam ile hastaların algıladığı iyileşme beklentisi arasındaki ilişki incelenmektedir.

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Yöntemi

Bu araştırma, betimsel (tanımlayıcı) araştırma deseni üzerine kurgulanmıştır. Araştırma konusunun belirlenmesi için öncelikle literatür taranmış, araştırmacının ilgisi ve literatürde var olan araştırma boşluğu doğrultusunda “hastanenin algılanan fiziksel ortamı” ve “hastanın sağlık hizmeti kalite algısı” ile “hastanın iyileşme beklentisi” arasındaki ilişkilerin araştırılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın teorik modeli ve araştırma hipotezleri oluşturulmuş, araştırma yapılacak hastaneler ve örneklem belirlenmiştir. Ölçme araçları mevcut literatürden yararlanılarak geliştirilmiş, kullanılacak ölçek ve soru maddelerinin değerlendirilme süreci başlatılmıştır. Kapsam geçerliliği için uzman görüşü alınmıştır. Anket, pilot uygulamaya tabi tutulmuştur. Seçilen örnekleme, ölçme aracı olan anket yüz yüze görüşmelerle uygulanarak veri toplanmıştır.

3.2 Araştırma Modeli Ve Hipotezler

Araştırmada kullanılacak model ve hipotezlerin belirlenmesi için sistematik literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması PubMed, CINAHL ve Google Scholar veri tabanındaki Türkçe ve İngilizce yayın yapan dergilerde, fiziksel ortam (servicescape), sağlık ortamı (healthscape), sağlık hizmet kalitesi (Healthcare Quality), hastaların iyileşme beklentisi (Patient Recovery Expectations Predict) gibi anahtar kelimeler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca fiziksel ortam (servicescape) kavramını geliştiren Bayan Bitner’e (1992) yapılacak literatür taraması öncesinde kullanılacak terimlerin uygunluğu ve hangi kavramları önerdiği e-mail ile sorulmuştur. Kendisinden alınan onaylayıcı tavsiye doğrultusunda literatür taranmıştır.

Araştırma modelleri, araştırma amacına uygun olarak verilerin toplanması ve çözümlenmesi için gerekli koşulları düzenlemeyi amaçlamaktadır. Tarama yöntemiyle geliştirilen bu araştırma modelinde çevresel psikoloji teorisi, SOR modeli ve sosyal bilişsel öğrenme teorisi temel alınmıştır. Fiziksel ortamın (servicescape) tüketici davranışlarına olan etkisini açıklayan ve araştırmacılar tarafından bu ilişkiyi açıklamak için en yaygın kullanılan teori çevresel psikolojidir. Fiziksel ortam araştırmacıları yaygın olarak Şekil 3.1’deki S-O-R (uyarıcı-organizma-tepki) modelini kullanmaktadırlar (Donovan ve Rossiter, 1982).

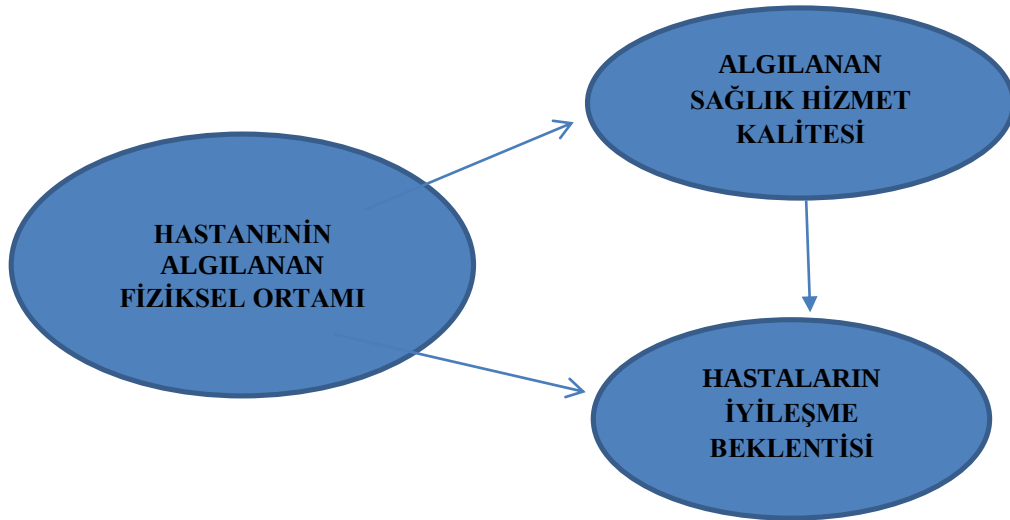


Şekil 3.1. S-O-R Modeli (Mehrabian ve Russel, 1974)

Araştırma modelinin geliştirilmesinde yararlanılan diğer teori ise Benight ve Bandura (2004) tarafından önerilen Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisidir. Teori genel olarak bireysel iyileşme beklentilerini açıklamada kullanılmaktadır. Sosyal bilişsel öğrenme teorisi iyileşme sürecinde bireysel yeterlilik ve kendine güven algısının rolünü vurgulamaktadır.

Yukarıdaki teoriler ışığında, hastaların hastane deneyimlerinde algıladıkları fiziksel ortam boyutlarıyla, hastane sağlık hizmet kalitesinin hastaların iyileşme beklentilerine etkisini araştırmak üzere nihai araştırma modeli Şekil 3.3’de sunulduğu gibi modellenmiştir. Modele ayrıca demografik değişkenler eklenmiş; yatarak tedavi olan hastalarla ayakta tedavi olan hastalar arasındaki farklılıkları görmek amacıyla bir kategorik değişken eklenmiştir. Şekil 3.2 ise kavramsal araştırma modelini sunmaktadır.

3.2.1 Araştırmanın kavramsal modeli

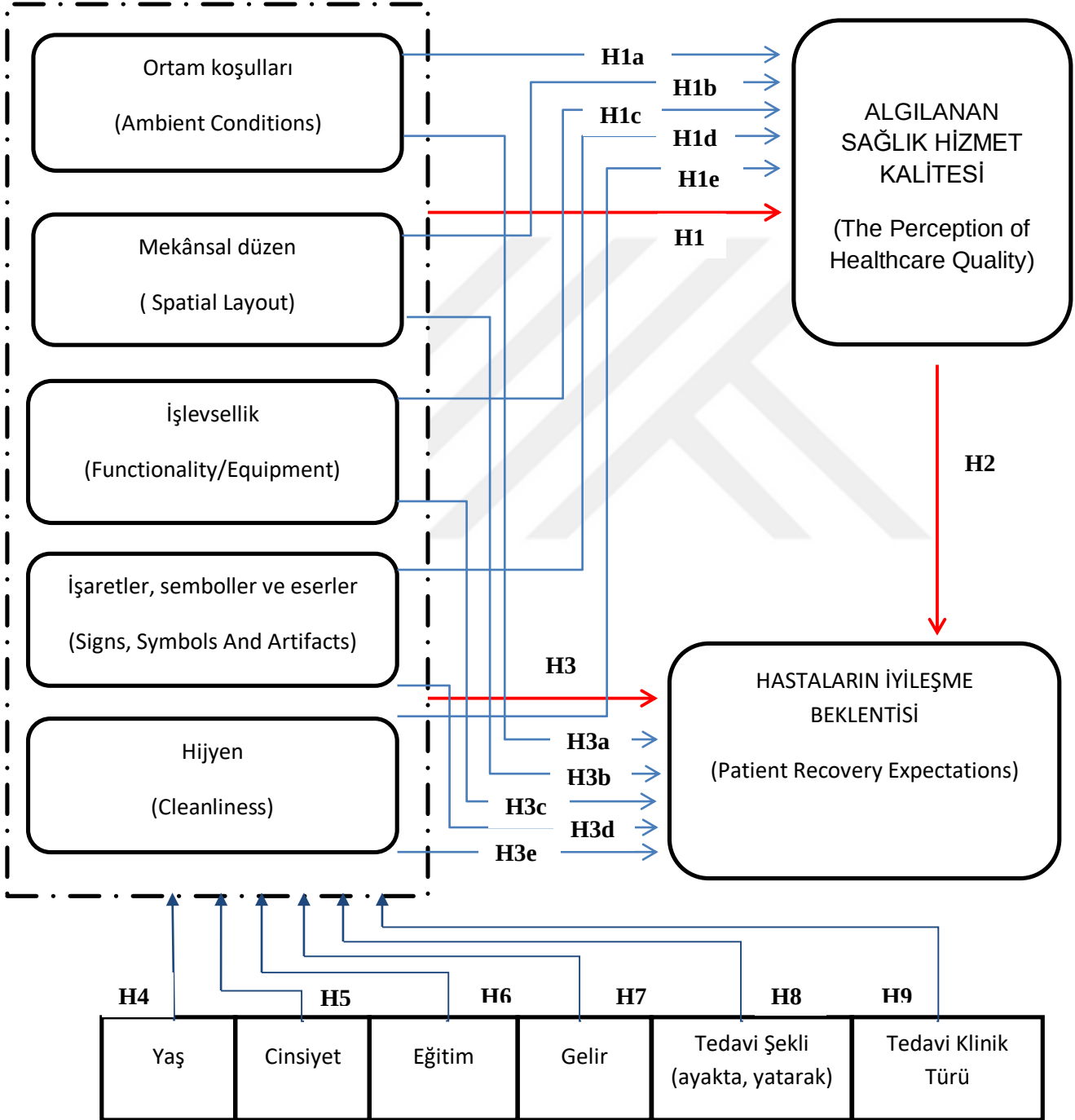


Şekil 3.2. Kavramsal Araştırma Modeli

HASTANELERİN FİZİKSEL ORTAMININ İYİLEŞME BEKLENTİLERİNE VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ

HASTANENİN FİZİKSEL ORTAM ALGISI

(Hospital Servicescape Perception)



Şekil 3.3. Hipotetik Araştırma Modeli

3.2.2 Araştırma hipotezleri

H1. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H1a. Ortam koşulları, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H1b. Mekânsal düzen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H1c. İşlevsellik, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H1d. İşaretler, semboller ve eserler, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H1e. Hijyen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.

H2. Algılanan sağlık hizmet kalitesi, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3. Hastaların hastane fiziksel ortam algısı, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3a. Ortam koşulları hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3b. Mekânsal düzen hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3c. İşlevsellik hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3d. İşaretler, semboller ve eserler hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H3e. Hijyen, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.

H4. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, farklı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir.

H5. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H6. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

H7. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H8. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, hastanın yatarak veya ayakta tedavi olma şekline göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H9. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, tedavi alınan kliniğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 3.1’de ise araştırmanın problemi, amaçları, araştırma soruları ve hipotezleri toplu olarak özetlenmiştir



Tablo 3.1. Araştırma Hipotezleri Özet Tablosu

Problem	Araştırma Amacı	Araştırma Sorusu	Hipotezler
Son on beş yıldır sağlık sektörü, hizmet sunumunda hastaların yüksek hizmet beklentisini temel alarak büyük değişikliklere gitmiştir. Sağlık tüketiminin ihtiyaçtan isteğe doğru evrilmesi ve sağlık hizmet sunumunun büyümesi ile birlikte rekabetçi sağlık hizmet pazarı oluşmuştur. Pazarda sağlık hizmetlerinin, mallar ve diğer hizmet sektörlerine göre daha soyut olması dolayısıyla, tüketiciler hizmetin kalitesine yönelik değerlendirmede zorlanmaktadır. Bu sebepten tüketiciler almak istedikleri hizmete yönelik somut ipuçları aramaktadırlar. Fiziksel ortamın, olumlu ya da olumsuz müşteri davranışını etkilemede önemli bir faktör olarak rol aldığı önceki çalışmalardan anlaşılmaktadır. Atmosfer ve fiziksel ortam kavramı, sağlık hizmet sunucuları ve bilim insanlarının düşündüğü fiziksel bina inşası ve tasarımından daha fazla şeyi ifade etmektedir. Sağlık sektörü yöneticileri ve araştırmacıları hizmet sunumu için sadece fiziksel tesis ve tasarım değil, aynı zamanda hissedilebilir bir atmosfer yaratmaya çalışmakta, dolayısıyla fiziksel ve hissedilebilir atmosferin tüketici ve davranışları (hasta ve davranışları) üzerindeki etkisini derinlemesine anlama ihtiyacı duymaktadırlar.	Araştırma sorularının yönlendirmesiyle belirlenen araştırma amacı ise; farklı hizmet sınıflarındaki hastanelerden (devlet hastaneleri ve ihtisas araştırma hastaneleri) sağlık hizmeti alan hastaların fiziksel ortam algısının sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentileri ile olan etkileşimlerini tespit ve analiz ederek açıklamaktır.	Hastanelerin fiziksel ortamı hastaların algıladığı sağlık hizmet kalitesini etkiler mi? Hastaların hastanelerin fiziksel ortam algıları ile algılanan hizmet kalitesi, onların iyileşme beklentilerini nasıl etkiler?	H1. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H1a. Ortam koşulları, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H1b. Mekânsal düzen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H1c. İşlevsellik, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H1d. İşaretler, semboller ve eserler, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H1e. Hijyen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler. H2. Algılanan sağlık hizmet kalitesi, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3. Hastaların hastane fiziksel ortam algısı, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3a. Ortam koşulları hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3b. Mekânsal düzen hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3c. İşlevsellik hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3d. İşaretler, semboller ve eserler hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H3e. Hijyen, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler. H4. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, farklı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. H5. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. H6. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir. H7. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. H8. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, hastanın yatarak veya ayakta tedavi olma şekline göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. H9. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, tedavi alınan kliniğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

3.3 Araştırma Evreni Ve Örneklem

Araştırma verileri, araştırma doğası gereği, hastanelerden toplanacağı için ilk olarak hastane işletmeleri hakkında bilgi verilecektir. Günlük yaşantımızda normal bir kuruluş olarak değerlendirdiğimiz hastanelerin, gerçekte çok komplike kuruluşlar olduğu, tarihsel ve yönetsel süreçlerden geçerek kurumsallaştığı görülmektedir. Tezimizin bu kısmında önce hastane işletmeleri tanımlarından söz edilecek, ardından özellikleri ve sınıflandırılmaları konusunda bir takım detaylar sunulacaktır.

3.3.1 Hastane işletmeleri tanımları

Eski Yunanca “Hospitium”dan gelen hastane kelimesi ilk olarak 15.yüzyılda literatürde sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Eski Yunancada kullanılan Hospitium günümüzdeki anlamından biraz farklı olarak yabancıların ve hacıların kabul edildiği alan ve yer anlamında kullanılmıştır (Griffin, 2011). Tarihsel olarak ilk hastaneler, Batı dünyasında günümüz anlamıyla hastane diyebileceğimiz ilk yapıtı 600 yılında kurulan Paris’deki Hotel Diea’dır. 1100 yıllarında İngiltere’de 200’e yakın hastane kurulmuştur (Griffin, 2011). Doğuda ise ilk büyük hastane Türk asıllı İbni Tolon tarafından Kahire’de 875 yılında kurulmuştur (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1964). Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu ise 1206 yılında Kayseri’de kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi’dir (Sağlık, 2016).

Modern anlamda hastane kavramını, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2018), “Tıbbi ve diğer profesyonel kadroya ve yatan hasta tesisine sahip, tıbbi bakım, hemşirelik ve diğer hizmetleri haftada 7 gün 24 saat hizmet sunan sağlık bakım kuruluşlarıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Türk Dil Kurumu (2011) hastaneleri “Hastalara yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlarken, ABD Savunma Bakanlığı Sözlüğünde (2005) ”Yatağa sahip tedavi tesisi, uygun personeli ve ekipmanla tanı ve tedavi merkezi hizmetinin yanı sıra destekleyici misyonla donatılmış klinik fonksiyonlarını da yerine getiren kuruluş” olarak tanımlanmaktadır.

Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983) ise hastane işletmelerini “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve

rehabillite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.” olarak tanımlamaktadır. Araştırma evrenimizin doğal habitatı olan hastaneleri daha iyi kavrayabilmek amacıyla aşağıda hastane işletmelerine yönelik birkaç ek bilgi daha sunulacaktır.

3.3.2 Hastane işletmelerinin özellikleri

Hastane işletmelerini çok farklı meslek gruplarıyla sağlık hizmeti üreten karmaşık yapıda bir organizasyon olarak ele alan Yükçü ve Yüksel (2015) hastaneleri hizmet organizasyon özelliği, karmaşık yapıda-açık dinamik sistem özelliği, matriks yapıda organizasyon özelliği, 7/24 hizmet veren işletme özelliği olarak dört temel özellik altında toplamıştır.

3.3.3 Hastane işletmelerinin sınıflandırılması

Hastane işletmelerini, farklı yazarlar farklı işlevleri göz önüne alarak sınıflandırmışlardır (Kavuncubaşı, 2002; Ak, 1990; Pamuk, 1999). Bu araştırmalarda hastaneler mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süreleri, kuruluş yeri, akreditasyon durumu ve hizmet basamağı baz alınarak sekiz sınıfa ayrılmıştır (Kavuncubaşı, 2002). Ak (1990) ise hastane işletmelerini dört grupta sınıflandırmış, sınıflandırmasında hastanelerin yaptıkları hizmetler, ait oldukları kurumlar (mülkiyet), büyüklükleri ve hastaların hastanede kaldıkları süreleri temel almıştır. Benzer şekilde, Pamuk (1999) da hastanelerin, hizmet türü, sahiplik, hastane büyüklüğü ve yatak sayısı, hastanede kalma süresine göre gruplandırılabilceğini düşünür:

- 1- Hizmet türüne göre hastaneler:** Genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri olarak üçe ayrılırlar. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir (Kavuncubaşı, 2002). Özel Dal Hastaneleri, özel tıbbi durumu olan ya da cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalara odaklanma niyetinde olan, sağlık sektöründe küçük ama büyüyen bir bölümü temsil eden hastanelerdir (Gao, 2003). Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

- 2- **Sahipliğe (mülkiyete) göre hastaneler:** Devlet hastaneleri, hükümetler tarafından kurulup işletilen hastanelerdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre birden fazla tıbbi medikal kategoride (örneğin özel ve genel tıbbi hizmetler, genel cerrahi, kadın doğum) tıbbi ve hemşirelik hizmetleri sağlayan kurumlardır (Pamuk, 1999). Üniversite hastaneleri, 2547 sayılı kanuna bağlı olarak araştırma yapma hürriyetinde katma bütçeli kuruluşlar olarak kurulan döner sermaye işletmesine sahip kuruluşlardır (Danacı, 2010). Özel hastane; yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir veya birden fazla uzmanlık dalında hastalara ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren kurumlar olarak tanımlanmaktadır (Özel Hastane Yönetmeliği, 2002).

Tablo 3.2. *Mülkiyetine Göre Türkiye' deki Hastaneler ve Dağılımı (Sağlık Bakanlığı Hastanelerin Sektörlere Göre Dağılım Raporu, 2015)*

Hastane Türü	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri	874	125.03
Üniversite Hastaneleri	70	36.867
Özel Hastaneler / Dernek ve Vakıf Hastaneleri	560	44.26

- 3- **Hastane büyüklüğü ve yatak sayısına göre hastaneler:** Yatak sayılarına göre 50, 100, 200, 400 ve 400 üzeri olmak üzere sınıflandırılırlar (MEGEP, 2008).
- 4- **Hastaların kalış süresine göre hastaneler:** Ortalama yatış süresi 30 günden az olan hastaneler kısa kalış süreli hastaneler, ortalama yatış süresi 30 günden fazla ise uzun kalış süreli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadırlar (MEGEP, 2008).

3.3.4 Evren ve örneklem

Bursa ilinde mevcut mülkiyetine göre hastane işletmelerinin istatistikleri Tablo 3.3’de yer almaktadır. Tablodan görüleceği üzere, Bursa ilinde 2014 yılı itibarı ile 40 hastane bulunmaktaydı. Hatırlanacağı üzere yine araştırma tasarımının yapıldığı yıllar olan 2015 yılı itibarıyla Türkiye’de mülkiyet temelli hastane sınıflaması verilerine göre, devlet, özel, ve üniversite hastanesi sayısı toplamda yaklaşık 1500 kadardı (bakınız Tablo 3.2). Tüm bunlar dikkate alınarak Bursa ilinde, mülkiyet türü temel alınarak üç tür hastanede araştırma yapılması, her bir hastane türünden bir hastane seçilmesi planlanmış, plan dahilinde Bursa ilindeki hastanelerden araştırma yapmak için resmi izinler talep edilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinden ve üniversite hastanesinden istenilen izinler alınmış, fakat özel hastaneler araştırmaya katılmak istemediklerini yazılı ve sözlü olarak beyan etmişlerdir.

Tablo 3.3. *Bursa İli Yatak Sayıları (Kamu Hastane Birlikleri Raporu,2014).*

Hastane Türü	Hastane Sayı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri	21	4.377
Üniversite Hastaneleri	1	761
Özel Hastaneler / Dernek ve Vakıf Hastaneleri	18	1132

Hastanelerden alınan izinler doğrultusunda araştırma evrenini Bursa ilindeki Sağlık Bakanlığı Çekirge Devlet Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi dâhiliye, fizik tedavi, ortopedi klinik ve servislerinde yatarak veya ayakta tedavi hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır. Hastalıkların doğası gereği farklı servislerden (örneğin kadın doğum, onkoloji gibi) hizmet alan hastaların anket cevaplama yönündeki negatif tutumları olabileceği öngörüsü, hastalığın getirdiği fiziksel ve zihinsel engeller, tıp doktorlarının tavsiyesi, zaman ve bütçe kısıtlılığı gibi faktörler göz önüne alınarak, anket uygulanacak klinik ve servis sayısı üç servis (dâhiliye, fizik tedavi ve ortopedi) ile sınırlandırılmıştır.

Hastanelerin coğrafik konumlarının hasta profilini şekillendirdiği ve bu nedenle de araştırma izni alınan hastanelerin hasta profillerinin sosyo-ekonomik açıdan farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Konum olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi şehrin doğu tarafında Yıldırım ilçesindedir. Çekirge Devlet Hastanesi şehrin batı tarafında Osmangazi ilçesindedir. Bu çeşitlilik ise araştırma tasarımını farklı sosyo-ekonomik kesimlerden yanıtlara ulaşabilmek açısından destekleyecektir. Sağlık Bakanlığı, kalite değerlendirme kriterlerine göre hastaneleri puanlamaktadır. Bu değerlendirmeye göre Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2017 yılı puanı 97.92 iken, Çekirge Devlet Hastanesinin puanı 96.78'dir. Bursa ilindeki diğer hastanelerle kıyaslandığında bu iki hastanenin daha özenli bir hastane dizaynı içerdiği görülmektedir. Temelden hastane olarak planlanıp inşa ve dizayn edilen hastanelerdir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi akıllı bina teknolojisi kullanılarak inşa edilen Bursa'nın en modern hastanesi olarak kabul edilmektedir. Çekirge Devlet Hastanesi ise 40 yıl önce inşa edilmiş olmasına rağmen teknik ve fiziki şartları itibariyle sürekli revize edilmektedir.

2017 yılı Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık ayları içinde anketlerin uygulanması planlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinin yatak sayısı 1040, Sağlık Bakanlığı Bursa Çekirge Devlet Hastanesinin yatak sayısı 525'dir (Kamu Hastane Birlikleri 2014). Hastanelerden alınan bilgilere göre, yatarak (yatak doluluk oranı, hasta döngüsü) ve ayakta (polikliniklerde) tedavi olan hasta sayısının aylık tahmini ortalaması dâhiliye, fizik tedavi, ortopedi klinik ve servisleri için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinde 6500 hasta, Sağlık Bakanlığı Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde ise 4500 hastadır. Verinin toplanma dönemi olan yaklaşık 4 ay boyunca bu iki hastanenin toplam 44.000 hastaya hizmet verildiği öngörülmüştür. Ana kütlenin tümüne ulaşmak mümkün olmadığından, kabul edilebilir örneklem hata aralığı ($\alpha = 0.05$ ve ± 0.05) için, farklı evren büyüklüklerinden alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü ile ilgili Yazıcıoğlu ve Erdoğan'ın (2004) tablosundan yararlanılmıştır.

Tablo 3.4. Örneklem Büyüklükleri ($\alpha= 0.05$ ve ± 0.05 için) (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Evren Büyüklüğü	± 0.05 örneklem hatası		
	P=0.5	P=0.8	P=0.3
	q=0.5	q=0.2	q=0.7
100	80	71	77
500	217	165	196
750	254	185	226
1000	278	198	244
2500	333	224	286
5000	357	234	303
10000	370	240	313
25000	378	244	319
50000	381	245	321
100000	383	245	322
1000000	384	246	323
100 milyon	384	245	323

Yukarıdaki Tablo 3.4'e göre evren büyüklüğü 50.000 den az olduğu için anket sayısı 378 olarak hedeflenmiştir. Uygulamadaki zorluklar düşünülerek, yeterli örneklem sayısına ulaşmak, anketimize katılımı yükseltmek, sağlık endişeleri bulunan yanıtlayıcılara gönüllülük esasında ulaşabilmek amacıyla kolayda örneklem tercih edilmiştir.

3.4 Ölçme Aracının Geliştirilmesi

Araştırma modelinde yer alan hastanelerde fiziksel ortam, iyileşme beklentileri ve algılanan hizmet kalitesi değişkenlerini ölçmek için ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Literatür incelendiğinde, bu araştırmanın teorik modelinde kullanılan *fiziksel ortam, iyileşme beklentileri ve algılanan hizmet kalitesi* değişkenlerinin daha önceki farklı çalışma modellerinde kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışma için aşağıdaki mevcut ölçeklerden faydalanılma yoluna gidilmiştir.

Hastanenin hasta tarafından algılanan fiziksel ortamını ölçmek için literatürde var olan araştırmaların incelenmesiyle (Bittner, 1992; Reimer ve Kuehn, 2005; Hightower, Brandy ve Baker, 2002; Pai ve Chary, 2013; Wakefield ve Blodgett, 1996; Siu, Wan ve Dong, 2012; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013; Wakefield ve Blodgett 1999; Azila-Gbetor vd., 2013) 46 maddeden oluşan ve Tablo 3.5’de verilen bir ifade havuzu oluşturulmuştur. Üç uzman tıp doktorundan ve üç hastane personelinden (hasta ile doğrudan etkileşimde bulunan) oluşan uzman paneli tarafından madde havuzu incelenmiştir. Madde havuzunda yer alan ifadeler uzman panel üyeleri tarafından hastaların, hasta psikolojileri ve hastalığın vermiş olduğu ağrı, acı gibi olumsuz durumları da değerlendirilerek ifadelerin en yalın ve anlaşılır olanları belirlenmeye çalışılmıştır. Aynı zamanda seçilen maddelerin hastanenin fiziksel atmosferini açıklamaya yardımcı olacak ifadelerle ilişkili olmasına dikkat edilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda 24 maddeden oluşan bir ölçek hazırlanmıştır. 24 maddelik ölçek dil uzmanlarınca da değerlendirilmiştir. Tablo 3.5’de verilen ve uzman paneli sonrası kabul edilen ifadeler, uzman görüşü ve pilot uygulama sonrası tekrar gözden geçirilmiştir. Ölçeğin son hali Ek 5’de sunulmuştur. Hastanede algılanan fiziksel ortam 5’li Likert ölçeği ile ölçülmüştür. Ölçekte kullanılan olumlu maddeler için “tamamen katılıyorum” (5 puan), “katılıyorum” (4 puan), olumsuz maddeler içinse “katılmıyorum” (2 puan), “hiç katılmıyorum” (1 puan) ifadeleri kullanılmıştır. Olumlu ve olumsuz bir fikir içermeyen maddeler için ise “ne katılıyorum ne katılmıyorum” (3 puan) ifadesine yer verilmiştir.

Tablo 3.5. Fiziksel Ortam Madde Havuzu

MADDE (SORU) HAVUZU		
Yazar	Türkçe İfadesi	Uzman Paneli Görüşü Sonrası Alınan İfadeler
Bittner, 1992; Reimer ve Kuehn, 2005	Hastanenin arka plan müziği hoştur	Bu hastanenin arka plan müziği hoştur
Bittner, 1992; Reimer ve Kuehn, 2005; Hightower, Brandy ve Baker, 2002	Hastanenin ortam sıcaklığı güzeldir	
Hightower, Brandy ve Baker, 2002,	Hastanenin arka plan müziği uygundur	
Hightower, Brandy ve Baker, 2002	Hastanenin ışıklandırması mükemmeldir	
	Kullanılan işaretler (örneğin, giriş, çıkış) bana yardımcı oluyor	Bu hastanede tuvaletler uygun şekilde tasarlanmış
Hightower, Brandy ve Baker, 2002;	Tuvaletler uygun şekilde tasarlanmıştır Park yerinde yeterli alan var Renk şeması caziptir	Bu hastanenin park yerinde yeterli alan vardı
Hightower, Brandy ve Baker, 2002;	Hastanenin iç düzeni hoşuma gidiyor	Bu hastanenin iç düzeni hoşuma gitti
Hightower, Brandy ve Baker, 2002; Reimer ve Kuehn, 2005; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013.	Fiziksel tesisler temizdir	Bu hastane temizdi
Hightower, Brandy ve Baker, 2002, Reimer ve Kuehn, 2005; Azila-Gbetto vd., 2013; Pai ve Chary, 2013.	Hastanenin kokusu güzel	Bu hastanenin kokusu güzeldi
Pai ve Chary, 2013.	Kötü kokusu olmayan temiz odalar	
Pai ve Chary, 2013.	Hastanede tedavi ve çevresi enfeksiyondan arındırılmış	
Pai ve Chary, 2013.	Hastanenin bakım ve işlevleri yeterli hijyeniktir	Bu hastanede ürünler ve hizmetler hijyenikti
Pai ve Chary, 2013.	Hastane çalışanlarının elbiseleri temizdir	Bu hastanede çalışanların elbiseleri temizdi
Reimer ve Kuehn, 2005	Binanın mimarisi görsel olarak çekicidir	
Reimer ve Kuehn, 2005;	Hastanenin aydınlatması rahatlatıcıdır	Bu hastanenin aydınlatması rahatlatıcıydı.
Reimer ve Kuehn, 2005; Pai ve Chary, 2013.	Hastanenin mimarisi görsel açıdan çekicidir.	

Tablo 3.5. (Devam) Fiziksel Ortam Madde Havuzu

Yazar	Türkçe İfadesi	Uzman Paneli Görüşü Sonrası Alınan İfadeler
Reimer ve Kuehn, 2005; Hightower, Brandy ve Baker, 2002, Pai ve Chary, 2013.	Hastane çalışanları düzenli görünüyor	Bu hastanenin çalışanları düzenli görünüyordu
Reimer ve Kuehn, 2005; Hightower, Brandy ve Baker, 2002; Azila-Gbette vd.,2013	Hastanenin gürültü seviyesi kabul edilebilir	Bu hastanenin gürültü seviyesi normaldi
Siu, Wan ve Dong, 2012.	Hastanenin sıcaklığı rahatlatıcıdır	Bu hastanenin ortam sıcaklığı rahatlatıcıydı
Siu, Wan ve Dong, 2012	Hastanenin aydınlatması yeterlidir	
Siu, Wan ve Dong, 2012	Hastanenin aydınlatması gözü yormuyor	
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Hastane yerleşim planı aradığınız katılımcı salonu kullanmayı kolaylaştırıyor	
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Hastane yerleşim planı sigara içme alanını kullanmayı kolaylaştırıyor	
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Hastane yerleşim planı park alanını kullanmayı kolaylaştırıyor	Bu hastanenin yerleşim planı otopark alanını kullanmamı kolaylaştırdı
Siu, Wan ve Dong, 2012;	İhtiyaç duyulan ekipmanlar bu işyeri tarafından size kiralık veya iş merkezi olarak temin edilebilir	Bu hastanede ihtiyaç duyulan ekipmanlar ihtiyaç duymam halinde hastane tarafından bana temin edilebilirdi
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Bu tesisin sunduğu elektronik ekipman teknolojik olarak ileri seviyededir	Bu hastanenin sunduğu elektronik ekipman teknolojik olarak ileri seviyedeydi
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Tesis, yüksek performanslı elektronik cihazlar sunmaktadır	
Siu, Wan ve Dong, 2012;	Hastanede yeterince yön tabelası var	Bu hastanedeki tabelalar yeterinde anlaşılırdı
	Hastanedeki tabelalar yeterince görünebilecek büyüklükte	Bu hastanedeki tabelalar yönümü bulmayı kolaylaştırdı
	Hastanedeki tabelalar anlaşılacak kadar kolay	Hastanedeki tabelalar yeterince görünebilecek büyüklükte
	Hastanedeki tabelalar yön bulmayı kolaylaştırıyor	

Tablo 3.5. (Devam) Fiziksel Ortam Madde Havuzu

Yazar	Türkçe İfadesi	Uzman Paneli Görüşü Sonrası Alınan İfadeler
Siu, Wan ve Dong, 2012; Wakefield ve Blodgett, 1996	Genel olarak hastanenin yerleşim planı nereye gitmek isterseniz isteyin gitmenizi kolaylaştırıyor	Genel olarak bu hastanenin yerleşim planı nereye gitmek istersem isteyeyim gitmemi kolaylaştırdı
Wakefield ve Blodgett, 1996	Hastanenin yerleşim planı, istediğiniz yemek servisine kolayca ulaşmanızı sağlıyor	
Wakefield ve Blodgett, 1996	Hastane yerleşim planı koltuğunuza kolayca ulaşmanızı sağlar	Bu hastanenin yerleşim planı odama kolayca ulaşmamı sağladı
Wakefield ve Blodgett, 1996	Hastane yerleşim planı tuvaletlere ulaşmamı kolaylaştırıyor	Bu hastanenin yerleşim planı tuvaletlere ulaşmamı kolaylaştırdı
Wakefield ve Blodgett, 1996	Genel olarak Hastanenin yerleşim planı nereye gitmek isterseniz isteyin gitmenizi kolaylaştırıyor	
Wakefield ve Blodgett, 1996; Pai ve Chary, 2013; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013.	Modern ve güncel ekipman	Bu hastanede ekipmanlar modern ve güzeldi
Wakefield ve Blodgett, 1996; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013.	Elektronik ekipmanlar mükemmeldi	
Wakefield ve Blodgett, 1996; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013.	Ekipmanlar yüksek kaliteliydi	
Wakefield ve Blodgett, 1996; Siu, Wan ve Dong, 2012;	Hastanenin tuvaletleri temizdir. Hastanenin yemek servis alanları temizdir Hastanenin temiz yürüyüş yolları çıkışları vardır. Genel olarak hastane temiz tutuluyor	Bu hastanenin temiz yürüyüş yolları ve bahçeleri vardı
Wakefield ve Blodgett, 1996; Hightower, Brandy ve Baker, 2002; Siu, Wan ve Dong, 2012; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013.	Mimari yapı çekicidir	Bu hastanenin mimari yapısı çekiciydi

Araştırma modelimizdeki bir başka değişken olan *algılanan hastane hizmet kalitesini* değerlendirmek için de literatür taraması yapılmıştır. Hastane hizmet kalitesi değişkeninin SERVQUAL ölçeğiyle ölçülmesine karar verilmiştir. Bu kararda, SERVQUAL ölçeği yazarlarının Parasuraman vd. (1985: 49-41-50); Parasuraman ve Zeithalm (1991: 67-50) güvenilirliği ve geçerliliğini ölçüp hizmet kalitesi ölçeklerini tavsiye etmeleri ve literatürde en çok kabul gören ölçek olması etkili olmuştur. Babakus ve Mangold'un (1992: 253-268) Servqual ölçeğini hastanelere uyarlayan deneysel çalışması referans alınmış ve bizim çalışmamızda algılanan hizmet kalitesini ölçmek için kullanılmıştır. Ölçek kullanılmadan önce Babakus'a e-mail yoluyla ölçeğin tarafımızdan kullanılması için izin talep edilmiş ve izin alınmıştır. Babakus ve Mangold'un (1992: 253-268) İngilizce dilindeki orijinal Servqual ölçek soruları dil uzmanları tarafından önce Türkçeye çevrilmiş, sonra tekrar İngilizce'ye çevrilerek çeviri-ters çeviri yöntemi kullanılmıştır. Uzman görüşü ve pilot uygulama sonrası oluşan anketin son hali Ek 5'de sunulmuştur. Ölçekte kullanılan olumlu maddeler için daha önceki ölçekte olduğu gibi “tamamen katılıyorum” (5 puan), “katılıyorum”(4 puan), olumsuz maddeler içinse “katılmıyorum” (2 puan), “hiç katılmıyorum” (1 puan) ifadeleri kullanılmıştır. Olumlu ve olumsuz bir fikir içermeyen maddeler için ise “ne katılıyorum ne katılmıyorum” (3 puan) ifadesine yer verilerek, hasta tarafından algılanan “hastanenin hizmet kalitesi” 5’li Likert ölçeği ile ölçülmüştür.

Literatürde “hastaların iyileşme beklentisini” ölçme üzerine çok fazla girişim olmasına rağmen, üzerinde mutabık kılınan bir ölçek bulunmamaktadır (Ebrahim vd., 2015). Farklı yazarların farklı modelleri açıklamak için “hastaların iyileşme beklentisi ölçeği” geliştirdikleri ve kullandıkları Tablo 3.6’ de görülmektedir (Busse vd., 2012; Cole vd., 2002; Gross, 2005; Petrie, 1996; Schultz, 2004; Hogg-Johnson ve Cole, 2003; Leedham vd., 1995; Mahomed vd., 2002; Hayden vd., 2004). Bu çalışmanın teorik modelinin yapısı, tezdeki toplam soru sayısının hastalar için cevaplanabilir büyüklükte olması ve kültürel farklılıklar düşünüldüğünde Schultz’un (2004) “Hastaların İyileşme Beklentisi” ölçeğinin uyarlanarak kullanılması düşünülmüştür. Ölçek kullanılmadan önce Shultz’a e-mail yoluyla ölçeğin tarafımızdan kullanılabilmesi için izin talep edilmiş ve izin alınmıştır. İngilizce dilindeki ölçek Türkçe diline çevrilmiştir. Uzman görüşü ve alan yazından faydalanarak araştırmanın amacı doğrultusunda orijinal ölçekten 2 açık uçlu soru

maddesi (Hasta yaralanmaları ve hastaların hastane ile ilgili tavsiyeleri sorulmaktadır) çalışmamızın temel yapısına uymadığından çıkarılmıştır. Ölçme yöntemi olarak tutumların yön ve yoğunluğunu belirlemek amacıyla Osgood ve Charles (1965) tarafından geliştirilen semantik farklılık ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte 5 noktalı puan aralığı ve iki kutup da karşılıklı zıt sıfatlar kullanılmıştır. Orta noktası nötrdür. Uzman görüşü ve pilot uygulama sonrası oluşan anketin son hali Ek 5’de sunulmuştur.



Tablo 3.6. İyileşme Beklentisi Soru Örneklem Havuzu

Yazar	Soru Maddeleri
Busse vd. (2012)	Somatik şikâyetler Egzersiz sonrası kaslar incelir. Kaslar istirahat sonrası incelir. Geçen hafta ağrı yaşadım. Geçen hafta eklem sertleşmesi hissettim. Geçen hafta kollarımda ve ayaklarımda ağırlaşma hissettim. Geçen hafta uyku problemi hissettim. Geçen hafta güç kaybı hissettim. Geçen hafta denge problemi hissettim. Geçen hafta birkaç bel ağrısı hissettim. Geçen hafta zayıf hissettim. Başa Çıkma Geçen hafta endişe yüzünden uykumu kaybettim. Geçen hafta kendinizi değersiz bir kişi olarak düşündüm. Geçen hafta zorlukların üstesinden gelemediğimi hissettim. Geçen hafta sıcak veya soğuk nöbetler geçirdim. Geçen hafta sürekli gerginlik hissettim. Geçen hafta normal derecede mutluydum. Enerji Yoğunlaşmakta zorluk çekme Zayıf bellek Geçen haftada düşük enerji hissi veya yavaşlama hissi Başlarken sorunlar Kaslarınızda daha az güç. Daha çok dinlenmeniz gerekiyor. Geçen haftadaki yıpranmış yorgunluk İyimserlik Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak. Hastalığımdan kaynaklanan semptomlar zamanla iyileşecektir. Hastalığıma bağlı semptomlarımı kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var. Hastalığımdan kaynaklanan semptomlar kısa sürecek
Cole vd. (2002: 749)	Genel olarak, sağlığımın şu anda beklediğimden iyiye gittiğini hissediyorum. Bu hastanenin beni rutin işime dönecek kadar iyileştirebileceğini düşünüyorum. Bu hastanede tam olarak iyileşebileceğimi düşünüyorum.

Tablo 3.6 (Devam) İyileşme Beklentisi Soru Örneklem Havuzu

Yazar	Soru Maddeleri
Gross (2005)	Fiziksel olarak her zamanki iş faaliyetlerime geri dönme kabiliyetim olduğuna inanıyorum. Eğer şimdi genel işime dönersem, belirtilerimin daha da kötüleşeceğine inanıyorum. Hastalığının ileride olağan iş faaliyetlerimi yapma kabiliyetime müdahale edeceğine inanıyorum.
Schultz (2004)	Yakında daha iyi olacağım. Yakında rutin etkinliğime geri döneceğim. Önümüzdeki ay işime geri döneceğim. Hastalık öncesi işime geri döneceğim. Hastalığınız hakkında ne söyleyeceksiniz.
Hogg-Johnson ve Cole (2003)	Rutin işime dönecek kadar iyileştim. Ne zaman iyileşeceksiniz (yakında, yavaş yavaş, kötüleşiyor, tekrar ediyor.) Tahmini kaç günde iyileşeceğinizi düşünüyorsunuz. Doktoruma güveniyorum. Tedavimin doğru olduğuna güveniyorum.
Leedham vd. (1995)	Tedavinizin işe yarayacağına ne kadar güveniyorsunuz? Tam ve sağlıklı bir hayat sürdürebilecek misiniz? Tam olarak fiziksel fonksiyonlarınıza dönebilecek misiniz? Önümüzdeki 5 yıl hayatta kalabilecek misiniz? Tıbbi tedavinin hayatınızı ne derece değiştireceğini bekliyorsunuz? Genel olarak geleceğinize nasıl bakıyorsunuz? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz.
Mahomed vd. (2002)	Kalça ve dizinden ne kadar acı hissedeceğinizi düşünüyorsunuz. Her zaman ki faaliyetlerinizi ne kadar sınırlandıracak. Ameliyatınız muhtemelen ne kadar başarılı olacak. Kalça ve diz eklemi komplikasyonu ihtimaliniz nedir.
Haydenvd. (2004)	Altı ay içinde işime geri döneceğime umuyorum Bel ağrım kısa sürede sona erecek gibi ifadelerle örneklendirmiştir. Tedavim düşük bel ağrımı iyileştirmeye yardımcı olur" Tedavim sırt ağrımın daha da kötüye gitmesini önleyebilir İşime geri dönmek için her zamanki iş faaliyetlerimi yapabileceğime inanıyorum Ağrı ile baş etmeyi öğrenebileceğime ve normal faaliyetlerime geri döneceğime eminim.

3.4.1 Uzman görüşü

Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi demek ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka özelliklerle çelişmeden, doğru ölçebilmesidir (Ercan ve İsmet, 2004). Kapsam (content validity) geçerliliği, ölçülen evreni mevcut ölçeğin temsil etme gücüdür (Engin,1995). Diğer bir ifadeyle, kapsam geçerliliği, ölçekte kullanılan soru maddelerinin tümüyle yapıyı temsil edip, edemediğini anlamak olarak açıklanabilir. Kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için detaylı literatür taraması sonunda uzman görüşlerinden yararlanılması gerektiği belirtilmektedir (De-Vellis, 2003; Straub, 2004). Bir konuya yönelik kapsamın belirlenebilmesi için yargılama gerektiği, farklı değerlendirmelerin önlenmesi için değerlendirici uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişi arasında ortak tanımlarında olması gerektiği savunulmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Bu amaçlarla kapsam geçerliği için konunun uzmanı üç pazarlama akademisyeninin (Sayın Prof.Dr. Gülfidan Barış, Prof.Dr. Sevgi Ayşe Öztürk ve Yar. Doç.Dr. Devrim Ferhat Zengül) görüşlerine başvurulmuştur. Ölçek maddeleri e-mail ve elden teslim yöntemiyle uzmanlara ulaştırılmıştır. Ankete son halini verebilmek için uzmanlardan ölçek maddelerinin anlaşılabilirlik, açıklık ve amaca uygunluk açısından değerlendirilmesi istenmiştir. Uzmanların görüşü doğrultusunda önerilen soru maddelerinde değişiklik ve düzenlemeler yapılarak anket pilot uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

3.4.2 Pilot uygulama

Verilerin toplanması aşamasında anketlerin olası algılama ve yorumlama problemlerini bertaraf etmek, katılımcının daha kolay cevaplamasını sağlamak üzere pilot test uygulanmasına başvurulmuştur. Pilot çalışmaya Kline'in (1994) belirttiği örnek kitle büyüklüğünün madde sayısının en az iki katı olmasına yönelik bağıl ölçüt hedef alınarak çıkarılmıştır. Literatürde, pilot test aşamasındaki örnek kitlenin büyüklüğünün küçük olması gerektiği üzerinde genel kanı olmasına rağmen (Altunışık, 2007), araştırmanın amacı ve hassasiyetine bağlı olarak 5-10 ile 50-100 arası olduğu görülmüştür (Reynolds Diamantapoulos ve Schlegelmilc, 1993). Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Bursa Çekirge Devlet Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinde dâhiliye, fizik tedavi, ortopedi klinik ve servislerinde yatarak veya ayakta

tedavi hizmeti alan hastalara üç ölçekten oluşan anket formu, iki hafta süre içinde yüz yüze yetmiş bir hastaya uygulanmıştır. Böylece ifadelerin yeterince açık olup olmadığı hastalar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı test edilmiştir. Hastaların anketi doldurma süresi, hastalık durumlarına göre değişse de ortalama 50 dakika civarındadır. Bazı hastalar anket formunun içerik olarak cevaplamasının kolay fakat uzun olduğunu beyan etmişlerdir. Anket uygulama yönteminin yüz yüze yapılmasındaki amaç, yüksek cevaplama oranı, açıklama yapma fırsatı, katılımcı seçimi üzerindeki kontrol, uzun ve karmaşık olan anketleri uygulama fırsatı ve yüksek katılımcı motivasyonu sağlama avantajlarını sağlamasıdır (Altunışık, 2007). Pilot çalışmada yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan anket maddeleri konular arasında çifte soru, sorularda anlam belirsizliği, anlamı belirsiz kelimeler, yönlendirici soru ve ifadeler, soru zorluk derecesi, çakışan soru ve cevap kategorileri, cevapsız soru oranları, dikkat derecesi açısından değerlendirilip aşağıdaki soru maddelerinde değişiklikler yapılmıştır.

Fiziksel ortam ölçeğinin;

- 4. Maddesindeki “Çalışanlar düzenli görünüyordu” cümlesindeki düzenli kelimesi hastalar tarafından anlaşılamamış ve ifade hastaların anlayacağı şekilde “Hastanenin çalışanları tertipli düzenli” olarak değiştirilmiştir.
- 22. Soru maddesindeki “Bu hastanede ürünler ve hizmetler yeterli hijyenikteydi” ifadesinden ürünler çıkarılmış ve soru “Hastanede hizmetler yeterli hijyenikte” olarak değiştirilmiştir.
- 10. Soru maddesindeki “Bu hastanenin iç düzeni hoşuma gitti” ifadesi “Hastanenin iç düzenlenmesi hoş” olarak değiştirilmiştir.

Sağlık Hizmet Kalitesi ölçeğinin;

- 1. Maddesinde “Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapıyordu” ifadesinde özne olarak kullanılan “hastaneler” ifadesi bazı hastalar tarafından anlaşılmamıştır. Maddedeki “hastaneler” ifadesi “hastane” olarak değiştirilmiş ve ifade “Hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapıyordu” şeklinde kullanılmıştır.

- 3. Maddesindeki (“Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için amirlerinden yeterli desteği alıyordu”) “amirlerinden” ifadesi “işverenlerinden” olarak değiştirilmiştir. Hastaların amir kelimesini kısıtlı anladıkları görülmüş ve maddenin asıl ölçmek istediği tüm kurum yöneticilerini kapsar şekilde “işverenler” olarak değiştirilerek ifade “Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alıyordu” şeklinde kullanılmıştır.

İyileşme Beklentisi (Recovery Expectations) ölçeğinin;

- 3. Maddesindeki “Hastalığım hakkındaki söylenenleri hesaba katarak” ifadesi “Hastalığım hakkında sağlıkçıların ve çevremdeki insanların söylediklerini hesaba katarak” şeklinde değiştirilmiştir.

Pilot veri seti SPSS 22 programı ile analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde ölçek güvenilirliği için Crombah’s Alpha iç güvenilirlik katsayısından yararlanılmıştır. EK:1’de ölçeklerin Cronbach’s Alfa değerlerinin 0,7’den yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeklerin tutarlılıklarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeklerin faktörel modellene bilirliliği araştırılırken madde tutarlılıkları için Bartlett’s Küresellik Testinden; faktörlenebilitesi için de Kaiser-Meyer-Olkin Testinden (KMO) yararlanılmıştır. Hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği için Bartlett’s Küresellik Testi sonuçlarına göre maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Maddelerin tutarlılığında bir sorun görülmediğinden hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği faktörel olarak modellenebilmektedir. Hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği için KMO testi değeri 0,862 olup; bu değer 0,8 ile 0,9 aralığında olduğundan; veri kümesinin iyi bir şekilde faktörlenebileceğini göstermektedir. Faktör Analizinde Eigen değeri 1’den büyük olan faktörler göz önüne alınıp faktör sayıları belirlenmiştir. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p<0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. EK:2’de hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği’nin Faktör Analizi için eigen değerleri 1’den yüksek olan beş faktör görülmektedir. Faktörleşebilen bu beş bileşen toplam değişkenliğin %72,223’ünü açıklayabilmektedir.

3.4.3 Soru formunun uygulanması

Anadolu Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulundan etik kurul izinleri alınmıştır. Etik kurul izinleri Sağlık Bakanlığı Bursa Kamu Hastaneleri Birliği'ne sunulmuş ve 2017 yılı Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık ayları içinde anketlerin uygulanması için resmi izin alınmıştır. Uzman görüşleri ve pilot uygulamayla son halini alan anketler Sağlık Bakanlığı Bursa Çekirge Devlet Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinde dâhiliye, fizik tedavi, ortopedi klinik ve servislerinde yatarak veya ayakta tedavi hizmeti alan hastalara alınan izin süresince (4 ay) uygulanmıştır.

Hatırlanacağı üzere, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesin yatak sayısı 1040, Sağlık Bakanlığı Bursa Çekirge Devlet Hastanesinin yatak sayısı ise 525'dir. Bir ay içinde Ortalama tedavi olan hasta sayısı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi için 6500, Çekirge devlet hastanesi için 4500'dir. Anketler uygulanmadan önce klinik hekim ve sağlık personelinin sağlık açısından anket uygulama taleplerimizi karşılayabilecek olan hastaların bilgileri talep edilmiştir. Klinik hekim ve sağlık personeli istenilen bilgileri paylaşmakla kalmayıp, zaman zaman uygulama esnasında hastalara çalışmaya katılmaları konusunda talepte ve telkinde bulunarak çalışmaya destek vermişlerdir. Klinik hekim ve sağlık personelinin bu talep ve telkini hastaların araştırmaya bakışını değiştirmiş ve daha sağlıklı veriler elde edilmesine de katkı sunmuştur. Anketler uygulanmadan önce hastalara, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek gönüllü olanlara araştırmadaki anketin nasıl doldurulması gerektiği hakkında da kısa bir bilgi verilmiştir. Anketin hastalarla hastane ortam ve şartlarında yapılması dolayısıyla çalışmada hedeflenen örneklem sayına (378) ancak kasım ayı başında ulaşılabilmiş, ancak hastalardan ve hastane çalışanlarından alınan destekle yüz yüze anket uygulamalarına devam edilmiştir. Hedeflenen örneklem sayısı aşıp yaklaşık 750 hastayla yüz yüze anket uygulanmıştır.

3.5 Verilerin Kodlanması ve Düzenlenmesi

Verilerin analizinde SPSS 23.0 ve LISREL 8.80 istatistik paket programları kullanılması amaçlandığından dolayı hastalardan toplan anketler SPSS 23.0 programına

girilerek kodlanmıştır. SPSS 23.0 programında doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modeli analizleri yapılamadığından bu analizlerin gerçekleştirilmesi için veriler LISREL 8.80 istatistik paket programına aktarılmıştır.

Anketler hastane ortamında hastalara uygulandığı için bazı anket formlarının tamamlanamadığı veya cevaplanmayan soruların olduğu görülmüş ve bu anketler (32 tane) tümüyle analizden çıkarılmıştır. On ankette bulunan az sayıdaki boş gözenekler ortalama değer atama yöntemiyle atanmıştır. Bu anketler dışında ayrıca kayıp değere rastlanmamıştır. Verilerde aykırı değer olup olmadığı da incelenmiştir. Uç değerlerin ne olması gerektiğine yönelik genel kabul görmüş sınırlar, değişkenin üç standart sapmadan daha yüksek değere sahip olmaması gerektiği yönündedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012;14). Veri toplama aracında yer alan tüm maddeler için standart sapmalar hesaplanmış ve uç değere sahip olduğu belirlenen beş anket örneklemden çıkartılmıştır. Veri giriş hatası nedeniyle 15'e yakın anket tekrar kontrol edilmiş ve düzeltilmiştir. Bu çalışmada toplam 713 hastaya ait veriler analiz edilmiştir.

3.6 Verilerin Analizlerinde Kullanılan Yöntemler

Veriler AMOS veya LISREL istatistik programında, nedensel ilişkilerden oluşan modellerin test edilmesinde yaygın olarak kullanılan analiz yöntemi olan Yapısal Eşitlik Modeli (Structural Equation Modeling) kullanılarak test edilmesi düşünülmüştür. Yapısal Eşitlik Modeli tek bir istatistik teknik olmaktan ziyade birden fazla istatistik yöntemin genel adı olarak tanımlanmaktadır (Kline, 1994). Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), açık (gözlenen, ölçülen) ve gizil (izlenemeyen, ölçülemeyen) değişkenler arasındaki nedensel (causal) (tek yönlü okla gösterilir) ve korelasyonel ilişkilerin (çift yönlü okla gösterilir) bir arada bulunduğu modellerin test edilmesi için kullanılan kapsamlı bir istatistiksel yaklaşımdır (Hoyle, 1995: 158). Regresyon modelindeki değişkenler arasındaki nedensel yapısal ilişkiyle, faktör analizindeki gizil faktör yapılarını kapsamlı tek bir analizde birleştirmektedir. Diğer bir deyişle LISREL, YEM, ortaya konan ilişkiyel modellerin, faktör analizi ve regresyonun bir arada kullanılarak test edilebilmesini kolaylaştıran bir metotlar dizisidir. Çok değişkenli istatistik analizleri için geçerli olan temel varsayımlar bu teknikler için de geçerlidir (Sümer, 2000).

Yapısal Eşitlik Modellerinin uygulamalarında izlemesi gerekenleri Bollen ve Long (1993) aşağıdaki beş adımda açıklamaktadır. Bunlar;

- 1- **Model betimleme:** Araştırmacının başlangıç modelini belirlemesidir.
- 2- **Tanımlama:** Betimlenmiş modelin parametreleri için özgün değerlerin bulunmasının belirlenmesi sürecidir.
- 3- **Hesaplama:** Analiz edilen değişkenlerin özellikleri hesaplama sürecinde belirleyici rol oynar.
- 4- **Uyumu test etme:** Modelin elde edilen veri setiyle uyumlu olup olmadığının test edilmesi sürecidir.
- 5- **Yeniden betimleme:** Modelin uyumunun yeniden betimleme aracılığıyla geliştirilmesi sürecidir.

Araştırmanın analizine geçmeden önce kendine özgü yapısı ve literatürü olan Yapısal Eşitlik Modelinin (YEM) daha net anlaşılması için aşağıdaki tanımlara da yer verilmiştir.

Gözlenen (Ölçülen) Değişkenler: Araştırmacı tarafından ölçek, test, doğrudan izlenim gibi yollarla elde edilen puanlardır. Sembolü dikdörtgen'dir.

Gizil Değişkenler: Gözlenemeyen değişkenlerdir. Direkt gözlenemedikleri için gözlenen değerler üzerinden açıklanmaya çalışılan değerlerdir. Sembolü elips'dir.

Egzojen ve Endojen Değişkenler: Modeldeki bir değişken bazı değişkenler için bağımsız değişken iken aynı anda, başka değişkenler için de bağımlı değişken olabilmesi durumunda değişkenlere verilen addır.

Model betimleme ve tanımlanmasından sonra model uyumunun değerlendirmesi gerekmektedir. Amaca göre kullanılan yöntem farklılık gösterse de model uyumu; önerilen modelle elde edilen verilerin ne kadar uyduğu. Diğer bir ifade ile “ölçülen değişkenler arasında gözlenen kovaryans matrisi ile gizil kovaryans matrisinin ne oranda benzeştiğinin” açıklanmasıdır (Çokluk vd., 2012). Modelin kabul edilebilirliği açısından Uyum İyiliği istatistikleri (Goodness of Fit Indices) olarak adlandırılan (χ^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, CFI, PGFI, RMR, AGFI gibi) değerlerin istenilen aralıklarda olup olmadığı

önemlidir. Tablo 3.7’da yaygın olarak kullanılan yapısal eşitlik modeli uyum indekslerinin kriterleri ve kabul için kesme noktaları açıklamaları ile birlikte yer almaktadır.

Tablo 3.7 *Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndekslerinin Kriterleri ve Kabul için Kesme Noktaları* (Çokluk vd., 2012; 267-272; Şimşek, 2007;14; Ovacı, 2015;116).

Uyum İyiliği İndeksi	Kriter	Kabul İçin Kesme Noktası	Açıklama
χ^2	$p > 0.05$		Gözlenen veri matrisi ile beklenen veri matrisi arasındaki farkın manidarlığını ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle teorik beklentiler ile veri seti arasında bir farklılığın olmamasıdır.
χ^2/sd		≤ 2 = Mükemmel Uyum ≤ 2.5 = Mükemmel Uyum (küçük örneklerde) ≤ 3 = Mükemmel Uyum (büyük örneklerde) ≤ 5 = Orta Düzeyde Uyum	χ^2 değerinin örneklem büyüklüğüne olan duyarlılığını azaltmak amacıyla serbestlik derecesi oranına bakılmaktadır.
CFI (Comparative Fit Index/ Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≥ 0.90 = İyi Uyum ≥ 0.95 = Mükemmel Uyum ≥ 0.95 = Mükemmel Uyum	Modelin uyumunu ya da yeterliliğini değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığını varsayan temel bir modelle (bağımsızlık modeli) karşılaştırarak verir.

Tablo 3.7. (Devam) Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndekslerinin Kriterleri ve Kabul için Kesme Noktaları

Uyum İyiliği İndeksi	Kriter	Kabul İçin Kesme Noktası	Açıklama
RMSEA (RootMeanSquareError of Approximation/ Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0 (mükemmel uyum) 1 (uyum yok)	≤ 0.05 = Mükemmel Uyum ≤ 0.06 = İyi Uyum ≤ 0.07 = İyi Uyum ≤ 0.08 = İyi Uyum ≤ 0.10 = zayıf uyum	Büyük örneklerde χ^2 değerine dayalı olarak reddedilmesini önlemek amacıyla kullanılan bir indekstir.
NFI/NNFI (Normed Fit Index/ Normlaştırılmış Uyum İndeksi) (Non-Normed Fit Index/ Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≥ 0.90 = İyi Uyum ≥ 0.95 = mükemmel uyum	NFI değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığını varsayan temel bir modelin (bağımsızlık modeli) χ^2 değeri ile asıl modelin χ^2 değerinin karşılaştırılması ile tahminleme yapar. NNFI ise iki model arasında serbestlik derecesinin hesaba katılarak tahminleme yapılmasına dayanır.
RMR/SRMR (RootMeanSquareResiduals/ Artık Ortalamaların Karekökü) (standardizedRootMeanSquare Residuals/ Artık Ortalamaların Karekökü)	0 (mükemmel uyum) 1 (uyum yok)	≤ 0.05 = Mükemmel Uyum ≤ 0.08 = İyi Uyum ≤ 0.10 = Vasat Uyum	Evren ve örnekleme ait kovaryans matrisleri arasındaki farktır.
PGFI (ParsimonyGoodness of Fit Index/ Basitlik Uyum İndeksi)	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	Değerin 1'e yaklaşması modelin yalın ve sade olduğunu gösterir.	Modelin yalınlığı hakkında bilgi verir. Önerilen ve bağımsız modellerin oranını dikkate alarak GFI'nin yeniden yorumlanmasına dayanır.

4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ VE BULGULAR

Araştırma sonucu elde edilen veriler analiz edilerek ortaya çıkan bulgular açıklamalarıyla birlikte bu bölümde verilecektir. Katılımcıların demografik özellikleri, çalışma ön analizleri, güvenirlik ve geçerlilik analizleri, yapısal eşitlik modeli ve ayrıca korelasyon analizi kullanılarak hipotez testlerinin sonuçları paylaşılacaktır.

4.1 Katılımcıların (Hastalar) Demografik Özelliklerinin Sayısal Ve Yüzdesel Dağılımı

Anket formunda demografik özellikleri içeren sorular, araştırmaya katılan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. Demografik özelliklerde cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, hanenin toplam aylık gelir değişkenlerine yer verilmiştir. Bu demografik değişkenlerin yanı sıra hasta profillerini açıklamak için hastanın sigorta durumu, tedavi alınan servis/poliklinik, tedavi şekli ve hastanın hastanede ayaktan/yatarak tedavi için kalış süresi gibi değişkenlere de yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	310	43,5
	Kadın	403	56,5
	Toplam	713	100
Yaş	18-35 yaş	199	27,9
	35-55 yaş	250	35,1
	55 yaş üstü	264	37
	Toplam	713	100
Eğitim Düzeyi	İlk-Orta Okul	422	59,2
	Lise	165	23,1
	Ön lisans ve üzeri	126	17,7
	Toplam	713	100
Hanenin Toplam Aylık Geliri	1500 TL ve altı	396	55,5
	1500-3000 TL arası	107	15
	3000-5000 TL arası	125	17,5
	5000TL ve üzeri	85	11,9
	Toplam	713	100
Hastanın Sigorta Durumu	Sigortalı	672	94,2
	Sigortasız	41	5,8
	Toplam	713	100
Tedavi Alınan Servis/Poliklinik	Ortopedi	239	33,5
	Dâhiliye	315	44,2
	Fizik	159	22,3
	Toplam	713	100
Tedavi Şekli	Ayakta	216	30,3
	Yatarak	497	69,7
	Toplam	713	100
Hastanın Ayaktan/Yatarak Tedavi İçin Hastanede Kalış Süresi	Ayakta	216	30,3
	1 gün	95	13,3
	1-3 gün arası	119	16,7
	3-7 gün arası	259	36,3
	7 günden çok	24	3,4
	Toplam	713	100

Tablo 4.1’de görüleceği üzere araştırmaya katılan toplam 713 hastanın cinsiyete göre %56,5’i kadın ve %43,5’i erkektir. Hastaların % 27,9’u 18-35 yaş aralığındaki genç hastalardan, %35,1’i 35-55 yaş aralığındaki orta yaş hastalardan, % 37’si 55 yaş üstü ve yaşlı hastalardan oluşmaktadır. 18 yaş altı çocuk hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Yaş ilerledikçe katılımcı hasta sayısının arttığı, toplam hastaların %72,1’ ni 35 yaş ve üstü hastaların oluşturduğu görülmektedir.

İnsanda yaşlanma biyolojik olarak döllenme ile başlayan, yaşam boyu devam eden doğal bir süreçtir (Karakaş, 2012). Yaş kategorilerinin ise Çayır’a göre (2012) nesnel bir tanımı yoktur ve yaş kategorileri birer toplumsal kurgudur. Kimin çocuk, kimin genç, yetişkin ya da yaşlı sayılacağına tüm zamanlar ve toplumlar için geçerli bir tanımı da yoktur. Bazı kuruluşların insanı yaşlara göre kategorilere ayırması, sağlık politikası geliştirmek amacını taşımaktadır (Çayır, 2012). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC, 2018) yaş dilimlerini ergen sağlığı, bebek sağlığı, çocuk sağlığı ve yaşlı sağlığı olarak ayırmakta ve sağlık istatistiklerinin analizlerinde yaş kategorilerini yaklaşık 10’ar yıllık dilimler halinde sunmaktadır. Dünya Sağlık örgütü (WHO, 2018) ise; 0- 17 yaş arası: Ergen yaş aralığı, 18-65 yaş arası: Genç yaş aralığı, 66-79 yaş arası: Orta yaş aralığı, 80-99 yaş arası: Yaşlı aralığı olarak kabul etmektedir. Türkiye’de ise Sarı’ya göre (2018) 0- 2 ve 0-3 yaş arası bebek, 2 veya 3-13 yaş arası çocuk, 13-18 ergen, 18-30 genç yaş, 30-50 orta yaş aralığı, 50 ve sonrası yaşlı olarak kabul edilmektedir. Avrupa Sosyal Anketi’ne göre Türkiye’de insanlar gençliğin 34.2 yaşında bittiğini, 55 yaşından sonrasının ise yaşlılık dönemi olduğunu düşünmektedirler (Başlevant, 2010).

Hastaların eğitim seviyeleri değerlendirildiğinde % 17,7’sinin ön lisans ve üzeri %23,1’inin lise, ve büyük çoğunluğunun (%59,2) ilk-ortaokul mezunu hastalardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların % 55,5’isini hane halkı gelirleri 1500 TL ve altı olan hastalar oluşturmaktadır. Diğer katılımcıların %15’i 1500-300 TL arası, %17,5’i 3000-5000 TL arası, %11,9’u ise 5000 TL ve üzeri hane halkı toplam aylık gelirin sahip hastalardan oluşmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun (%94,2) sosyal güvenceye sahip olduğu, %5,8’lik kısmının ise ücretli hastalardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların başvurdukları servis veya polikliniklere bakıldığında hastaların %33,5’inin Ortopedi, %44,2’sinin Dâhiliye, %22,3’ünün Fizik Tedavi için başvurdukları görülmektedir.

Çalışmamıza katkı veren anket yanıtlayıcı hastaların % 30,3'ünün ayakta, %69,7'sinin ise yatarak tedavi gördükleri görülmektedir. Hastanede kalış sürelerine bakıldığında 0 gün (ayaktan) tedavi olanların oranı %30,3, hastanede 1 gün tedavi olanları oranı %13,3, 1-3 gün tedavi olanların oranı %16,7, 3-7 gün arası tedavi olanların oranı % 36,3 ve bir haftadan fazla hastanede tedavi olanların oranını ise %3,4'dür.

Çalışma örnekleminin genel yapısı demografik değişkenlere göre incelendiğinde Sağlık Bakanlığı Yıllığında (2016) verilen istatistiklerle dengeli ve genel hasta profiline uyumlu olduğu da görülmüştür.

4.2 Ölçek Maddelerinin Bağımsızlık Kontrolü

Ölçek Maddelerinin bağımsızlık kontrolü, Likert, semantik farklılıklar, sıra ölçeği gibi ölçeklerde katılımcıların ölçekte yer alan soruların cevap seçeneklerini birbirinden ayırt edip edemediklerini kontrol etmek için yapılmaktadır. Ki-kare yöntemi kullanılarak bağımsızlık kontrolü yapılan tüm ölçeklerde yer alan ifadeler için analizler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve cevaplayıcıların “hiç katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” seçeneklerini %99 güvenilirlik düzeyinde birbirinden ayırt edebildiği ortaya çıkmıştır. Tablo 4.2'de Ölçek Maddelerinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.2. Ölçek maddelerinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları

	Ki-Kare	p
1)Hastanenin kokusu güzel	158,424	0,001
2)Hastanenin ortam sıcaklığı uygun	509,209	0,001
3)Hastanenin müziği hoş	71,902	0,001
4)Hastanenin çalışanları tertipli düzenli	626,432	0,001
5)Hastanenin aydınlatması yeterli	627,133	0,001
6)Hastanenin gürültü seviyesi normal	401,762	0,001
7)Hastanenin park yerinde yeterli alan var	101,102	0,001
8)Hastanenin otopark alanına ulaşmak kolay	186,376	0,001
9)Hastanenin içinde her yere gidilmesi kolay	387,877	0,001
10)Hastanenin iç düzenlenmesi hoş	367,722	0,001
11)Hastanenin yerleşim planında her yere ulaşmam kolay	455,366	0,001
12)Hastanenin tuvaletlerine ulaşmak kolay	491,705	0,001
13)Hastanede cihazlar yeni ve güncel	388,031	0,001
14)Hastanede ihtiyaç duyulan cihazlar ihtiyaç duymam halinde hastane tarafından bana temin edilebilir	482,687	0,001
15)Hastanenin sunduğu tıbbi cihazlar teknolojik olarak ileri seviyedeydi	396,530	0,001
16)Hastanenin mimari yapısı çekiciydi	290,710	0,001
17)Hastanede yeterince yön tabelası var	457,147	0,001
18)Hastanedeki tabelalar yeterince görülebilir seviyede	440,612	0,001
19)Hastanedeki tabelalar yeterince anlaşılır	466,194	0,001
20)Hastanedeki tabelalar yönümü bulmayı kolaylaştırır	508,690	0,001
21)Hastane temiz	452,771	0,001
22)Hastanede hizmetler yeterli hijyenikti	449,013	0,001
23)Hastanede çalışanların kıyafetleri temiz	626,530	0,001
24)Hastanenin temiz yürüyüş yolları ve bahçeleri var	472,182	0,001

Tablo 4.2. (Devam) Ölçek Maddelerinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları

	Ki-Kare	p
1)Hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapıyordu	572,182	0,001
2)Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi gösteriyordu	551,088	0,001
3)Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alıyordu	447,316	0,001
4)Bu hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirdi	570,163	0,001
5)Hastane çalışanları hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güvenilirildi	497,189	0,001
6)Hastane hastalarının faturalama işlemlerini doğru yapmaktadır	495,885	0,001
7)Hastane çalışanları hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyledi	476,811	0,001
8)Hastane çalışanları hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda verdi	531,243	0,001
9)Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekliydi	534,763	0,001
10)Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissediyordu	586,067	0,001
11)Hastane çalışanları bilgiliydi	665,226	0,001
12)Hastane çalışanları kibardı	595,661	0,001
13)Hastane modern araç- gereç ve donanıma sahipti	483,711	0,001
14)Hastanenin fiziksel imkânları görsel açıdan çekiciydi	385,843	0,001
15)Hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünümüydü	636,222	0,001
1)Genel olarak sağlığım şuanda beklediğimden;	337,245	0,001
2)Normal yaşamsal faaliyetlerime dönmem;	215,072	0,001
3)Hastalığım hakkında sağlıkçıların ve çevremde ki insanların söylediklerini hesaba katarak;	421,734	0,001
4)Gelecek ay içinde işe dönme ihtimalim;	32,715	0,001
5)Hastalık öncesi işime; kesinlikle dönemem/dönerim	39,167	0,001

4.3 Tanımlayıcı İstatistikler

Verilerin analizinden önce, çok değişkenli istatistik analizlerin ve yapısal eşitlik modellemesinin temel varsayımlardan olan normallik dağılımı incelenmiştir. Normal dağılımın incelenmesindeki istatistiksel testlerden biri olan Mardia'nın (1970) çok değişkenli normallik testi; çok değişkenli dağılımlar için geliştirilen basıklık ve çarpıklık katsayılarına dayanmaktadır. Çok değişkenli çarpıklık katsayısı Ki-kare dağılırken, çok değişkenli basıklık katsayısı normal dağılıma uymaktadır (Stevens, 1992). Değişkenlerin normalliğinin ve çok değişkenli normalliğinin saptanmasında Mardia'nın çarpıklık basıklık katsayıları kullanılarak tek değişkenli ve çok değişkenli normallik testleri kullanılabilir (Çelik ve Yılmaz, 2009). Yapılan Mardia çok değişkenli normallik testi sonucunda verilerde çok değişkenli normallik varsayımının sağlanmadığı Tablo 4.3'de görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 4.3. *Mardia Çok Değişkenli Normallik Testi Sonuçları*

Çarpıklık ve Basıklık	
Ki-Kare	p
12.091.841	0.001

Normal dağılımın araştırılmasında kullanılan bir diğer yöntem de Shapiro-Wilk testidir. Aşağıda (Tablo 4.4) Shapiro-Wilk testi sonuçları yer almakta olup, anlamlılık düzeylerinin $p < 0,05$ olduğu ve değişkenlerin normal dağılımdan gelmedikleri görülmektedir. Normal dağılımdan gelmeyen verilerin analizinde kullandığımız metodoloji ve açıklamaları için Doğrulayıcı Faktör Analizi başlığımıza bakınız sf. 104.

Tablo 4.4. Shapiro-Wilk Normallik Test Sonuçları

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Ortam Koşulları	.952	713	.000
Mekânsal Düzen	.961	713	.000
İşlevsellik	.941	713	.000
İşaret, Sembol ve Eserler	.888	713	.000
Hijyen	.893	713	.000
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	.960	713	.000
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	.929	713	.000
Hastaların İyileşme Beklentisi	.943	713	.000

4.4. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik bir testin veya ölçeğin ölçmeye çalıştığı şeyi tutarlı ve istikrarlı olarak ölçmesidir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2007). Yapılan her ölçüm için gerekli olan güvenilirlik bir test ya da ankette yer alan soruların birbiri ile olan tutarlılığını ve mevcut ölçeğin hedef sorunu ne derece yansıttığını ifade etmektedir. Ölçek güvenilirliğini ölçmek için çeşitli yaklaşımlar (test re-test güvenilirliği; alternatif formlar yaklaşımı; içsel tutarlılık analizleri) vardır. İçsel tutarlılığın ölçümünde en yaygın olarak kullanılan yöntem Cronbach Alfa(alfa katsayısı)dır (Altunışık vd., 2007). Cronbach Alfa katsayısı yapılardaki maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin ortaya konmasında önemli bir göstergedir (Devellis, 2003). Cronbach Alfa değeri 0 ile 1 arasında değer almakta olup, literatürde kabul edilebilir değerin en az 0.7 olması beklendiği görülmektedir. Kalaycı, (2010) Alfa değerine göre ölçeğin güvenilirliğini;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşüktür,

$0.60 \leq \alpha < 0.70$ ise ölçek oldukça güvenilir ve

$0.70 \leq \alpha < 1$ ise ölçek yüksek güvenilir bir ölçek olarak tanımlamıştır.

Tablo 4.5’de hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeğine ilişkin Cronbach alfa katsayısı verilmiştir. Görüldüğü üzere Cronbach alfa katsayısı 0.936 olup hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği yüksek güvenilirliğe sahiptir denilebilir.

Tablo 4.5. Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Cronbach’s Alfa	Madde Sayısı
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	0,936	24

Tablo 4.6’de hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği madde-toplam istatistikleri yer almaktadır. Ölçme aracının tutarlılık analizinde dikkat edilmesi gereken diğer göstergeler madde- toplam korelasyonları (item-total correlation) ve bir maddenin silinmesi halinde alfa katsayısındaki değişimdir. Madde toplam korelasyon değeri bir maddenin ölçeğe ne oranda katkı yaptığını göstermektedir. Bir değişken setine faktör analizi uygulanabilmesi için korelasyon matrisindeki değişkenlerin büyük çoğunluğunun 0.3’den büyük olması gerekmektedir (Altunışık vd., 2007). Madde-toplam korelasyonlarına bakıldığında değişkenler arası korelasyonların yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 4.6’de görüldüğü üzere yüksek güvenilirliğe sahip olan hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeğinin madde-toplam istatistikleri incelendiğinde “3) Hastanenin müziği hoş” önermesi madde-toplam korelasyonunun çok düşük olduğu ve bu madde silindiğinde Cronbach’s Alfa’nın değerinin daha da yükseleceği (0,938) görülmektedir. Devlet ve üniversite hastanelerinde gerçekleşen araştırmada odalarda veya hastane genelinde herhangi bir müzik olmayışının verilen cevaplarda etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu maddenin dışında hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeğinde (Tablo 4.6) bir sorun görülmemektedir. İçsel tutarlılık (güvenilirlik) analizi sonucu (Tablo 4.6) birbirileri ile yüksek korelasyona sahip maddeler ile oluşturulan hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği açıklayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur.

Tablo 4.6. Madde-Toplam İstatistikleri

	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach's Alfa
1) Hastanenin kokusu güzel	0,513	0,935
2) Hastanenin ortam sıcaklığı uygun	0,563	0,934
3) Hastanenin müziği hoş	0,378	0,938
4) Hastanenin çalışanları tertipli düzenli	0,609	0,933
5) Hastanenin aydınlatması yeterli	0,586	0,934
6) Hastanenin gürültü seviyesi normal	0,599	0,933
7) Hastanenin park yerinde yeterli alan var	0,535	0,935
8) Hastanenin otopark alanına ulaşmak kolay	0,488	0,935
9) Hastanenin içinde her yere gidilmesi kolay	0,588	0,933
10) Hastanenin iç düzenlenmesi hoş	0,662	0,932
11) Hastanenin yerleşim planında her yere ulaşmam kolay	0,656	0,932
12) Hastanenin tuvaletlerine ulaşmak kolay	0,620	0,933
13) Hastanede cihazlar yeni ve güncel	0,607	0,933
14) Hastanede ihtiyaç duyulan cihazlar ihtiyaç duymam halinde hastane tarafından bana temin edilebilir	0,585	0,934
15) Hastanenin sunduğu tıbbi cihazlar teknolojik olarak ileri seviyede	0,630	0,933
16) Hastanenin mimari yapısı çekici	0,677	0,932
17) Hastanede yeterince yön tabelası var	0,624	0,933
18) Hastanedeki tabelalar yeterince görülebilir seviyede	0,651	0,933
19) Hastanedeki tabelalar yeterince anlaşılır	0,652	0,933
20) Hastanedeki tabelalar yönümü bulmayı kolaylaştırır	0,684	0,932
21) Hastane temiz	0,646	0,933
22) Hastanede hizmetler yeterli hijyenik	0,675	0,932
23) Hastanede çalışanların kıyafetleri temiz	0,633	0,933
24) Hastanenin temiz yürüyüş yolları ve bahçeleri var	0,664	0,932

4.5 Açımlayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi, başlıca amacı aralarında ilişki olduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenler arası ilişkinin anlaşılması ve yorumlanmasını kolaylaştırmak, daha az sayıda temel boyuta indirgemek veya özetlemek olan bir grup çok değişkenli analiz tekniğine verilen genel bir isimdir (Altunışık vd., 2007). Diğer bir ifadeyle faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getirilmesini ifade eden istatistiksel tekniklerdir (Kalaycı 2010). Faktör analizinde aralarında yüksek korelasyon olan değişkenler setinin bir araya getirmesi ile amaçlanan, değişken sayısını azaltmak ve değişkenleri sınıflandırmaktır. Faktör analizi, açımlayıcı faktör analizi (exploratory factor analysis) ve doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) olmak üzere genelde iki başlıkta incelenmektedir. Açımlayıcı faktör analizinde araştırmacının değişkenler arası ilişkiyi ortaya çıkarması, doğrulayıcı faktör analizinde ise araştırmacının önceden belirlediği bir ilişkiyi test etmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırmada ilk olarak hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği faktörlerin belirlenmesi için açımlayıcı faktör analizi, yapıların doğrulanması için ise doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilecektir.

Faktör analizi yöntemlerinden faktörlerin elde edilmesi için en yaygın kullanılan faktörleştirme tekniği Temel Bileşenler Analizidir (Principal Components Analysis). Bu yöntemde değişkenler arası maksimum varyansı açıklayan birinci faktör hesaplanır. Kalan maksimum varyansı açıklamak için de ikinci faktör hesaplanır. Hesaplama süreci böylece devam eder. Burada önemli olan analiz sonucu elde edilen faktörlerin arasında korelasyon olmamasıdır (Kalaycı 2010).

Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Korelasyon matrisleri, Bartlett's küresellik testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yöntemleri kullanılmaktadır. Korelasyon matrisindeki değişkenler arası korelasyon ne kadar yüksek ise değişkenlerin ortak faktör oluşturma olasılıkları o kadar yüksektir. İstenen değişkenler arası korelasyonların yüksek olmasıdır. Hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği maddelerinin Tablo 4.6'de görüldüğü üzere birbirleri ile yüksek korelasyona sahip maddelerden oluştuğu görülmektedir. Bartlett küresellik testi, korelasyon matrisinde yer

alan tüm korelasyonların genel anlamlılıklarını gösteren istatistiksel testtir (Altunışık vd., 2007). Faktör Analizine devam edilebilmesi için sıfır hipotezi “Korelasyon matrisi birim matristir” hipotezinin ret edilmesi gerekmektedir (Kalaycı 2010). Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi, diğer bir ifadeyle örneklem yeterliliği ölçütü gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. Sharma’ya göre (2010) KMO oranı 0.5’in üzerinde olmalıdır ve oranlara göre 0.50’nin altı kabul edilemez. Bu oran 0.50 ise zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi, 0.90 mükemmel olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 4.7. Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği İçin KMO Değeri Ve Bartlett’s Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Değeri		0,925
Bartlett’s Testi	Ki-Kare	10030,929
	sd	253
	p	0,001

Tablo 4.7’de hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği için Bartlett’s Küresellik Testi sonuçlarına göre maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Maddelerin tutarlılığında bir sorun görülmediğinden hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği faktörel olarak modellenenilmektedir.

Hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği için KMO testi değeri 0,925 olup; bu değer 0,9’dan yüksek olması veri kümesinin çok iyi bir şekilde faktörlenebileceğini göstermektedir. (Sharma, 1996: 116; Tavşancıl, 2002: 50; Nakip, 2003: 408-409).

Özdeğer (Eigen value), açıklanan toplam varyansın bir faktör tarafından açıklanan kısmını yani bir faktöre ait faktör yüklerinin karesinin sütun toplamını göstermektedir. Özdeğer istatistiği 1’den büyük olan faktörler anlamlı olarak kabul edilmektedir. Özdeğeri 1’in altında olan faktörler değerlendirilmemektedir (Dunteman, 1989).

Hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeğinden isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde edebilmek için Orthogonal (dikey) rotasyon yöntemi uygulanmış olup, teknik olarak da Varimax kullanılmıştır.

Tablo 4.8. *Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği' nin Faktör Analizi Sonuçları*

Bileşenler	Eigen Değerleri			Döndürülmüş Yüklemler Kareler Toplamı (Varimax)		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	10,024	43,583	43,583	3,300	14,347	14,347
2	1,695	7,368	50,950	3,076	13,374	27,722
3	1,440	6,262	57,212	3,067	13,334	41,055
4	1,202	5,226	62,438	3,038	13,209	54,264
5	1,035	4,500	66,938	2,915	12,674	66,938
6	,977	4,247	71,185			
7	,769	3,346	74,531			
8	,639	2,780	77,310			
9	,565	2,456	79,766			
10	,541	2,351	82,118			
11	,521	2,266	84,384			
12	,426	1,854	86,237			
13	,423	1,839	88,077			
14	,408	1,775	89,851			
15	,371	1,614	91,465			
16	,357	1,551	93,017			
17	,289	1,256	94,273			
18	,282	1,228	95,501			
19	,267	1,162	96,663			
20	,226	,984	97,647			
21	,212	,923	98,570			
22	,173	,751	99,320			
23	,156	,680	100,000			

Tablo 4.8'deki faktör analizi sonuçlarına göre hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeği için Eigen değerleri 1'den yüksek olan 5 faktör görülmektedir. Faktörleşebilen bu 5 bileşen toplam değişkenliğin %66,938'ini açıklayabilmektedir.

Tablo 4.9. Faktörler Altında Toplanan Soruların Tablosu

	Faktörler				
	İşaret, Sembol ve Eserler	Ortam Koşulları	Hijyen	Mekânsal Düzen	İşlevsellik
1)Hastanenin kokusu güzel		0,663			
2)Hastanenin ortam sıcaklığı uygun		0,748			
4)Hastanenin çalışanları tertipli düzenli		0,717			
5)Hastanenin aydınlatması yeterli		0,703			
6)Hastanenin gürültü seviyesi normal		0,474			
7)Hastanenin park yerinde yeterli alan var				0,720	
8)Hastanenin otopark alanına ulaşmak kolay				0,835	
9)Hastanenin içinde her yere gidilmesi kolay				0,706	
10)Hastanenin iç düzenlenmesi hoş				0,607	
11)Hastanenin yerleşim planında her yere ulaşmam kolay				0,466	
12)Hastanenin tuvaletlerine ulaşmak kolay					0,448
13)Hastanede cihazlar yeni ve güncel					0,722
14)Hastanede İhtiyaç duyulan cihazlar ihtiyaç duymam halinde hastane tarafından bana temin edilebilir					0,747
15)Hastanenin sunduğu tıbbi cihazlar teknolojik olarak ileri seviyede					0,745
16)Hastanenin mimari yapısı çekici					0,528
17)Hastanede yeterince yön tabelası var	0,769				
18)Hastanedeki tabelalar yeterince görülebilir seviyede	0,859				
19)Hastanedeki tabelalar yeterince anlaşılır	0,831				
20)Hastanedeki tabelalar yönümü bulmayı kolaylaştırır	0,724				

Tablo 4.9 (Devam) Faktörler Altında Toplanan Soruların Tablosu

	Faktörler				
	İşaret, Sembol ve Eserler	Ortam Koşulları	Hijyen	Mekânsal Düzen	İşlevsellik
21)Hastane temiz			0,763		
22)Hastanede hizmetler yeterli hijyenik			0,792		
23)Hastanede çalışanların kıyafetleri temiz			0,699		
24)Hastanenin temiz yürüyüş yolları ve bahçeleri var			0,607		

Yapılan analiz sonucunda, teorik olarak tanımlanan faktörlerin kendi faktörleri altında toplandığı görülmüştür. Analize tabi tutulan 23 ölçek maddesinin (Tablo 4.9) beş faktör altında toplandığı görülmektedir. Faktör yükleri incelendiğinde 0,448 ve 0,835 değerleri arasında olduğu görülmektedir. Faktör sayısının teorik yapıda beklenen faktör sayısı ile uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Faktörler altında toplanan sorulara baktığımızda faktörler mevcut literatürle benzer şekilde İşaret, Sembol ve Eserler, Ortam Koşulları, Hijyen, Mekânsal Düzen ve İşlevsellik olmak üzere isimlendirilmiştir. Bu alt ölçekler üzerinde faktör yük değer aralıkları sırasıyla İşaret, Sembol ve Eserler için 0,724 ile 0,859; Ortam Koşulları için 0,474 ile 0,748; Hijyen için 0,607 ile 0,792; Mekânsal Düzen için 0,466 ile 0,835; İşlevsellik için 0,448 ile 0,747 olarak gözlenmektedir.

Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı altındaki faktörlerin birbiri ile olan ilişkilerini görmek için parametrik olmayan verilerin korelasyonunda kullanılan Spearman sıra korelasyonu kullanılmıştır. Spearman sıra korelasyonu -1 ile +1 arası değer almaktadır. Eğer korelasyon katsayısı +1 ise değişkenler arasında pozitif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki vardır. Eğer korelasyon katsayısı -1 ise negatif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki vardır. Spearman sıra korelasyonu 0 ise değişkenler arasında doğrusal bir ilişki yoktur. Tablo 4.10'da hastanenin fiziksel ortam algısı alt faktörlerin birbirleriyle ilişkilerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

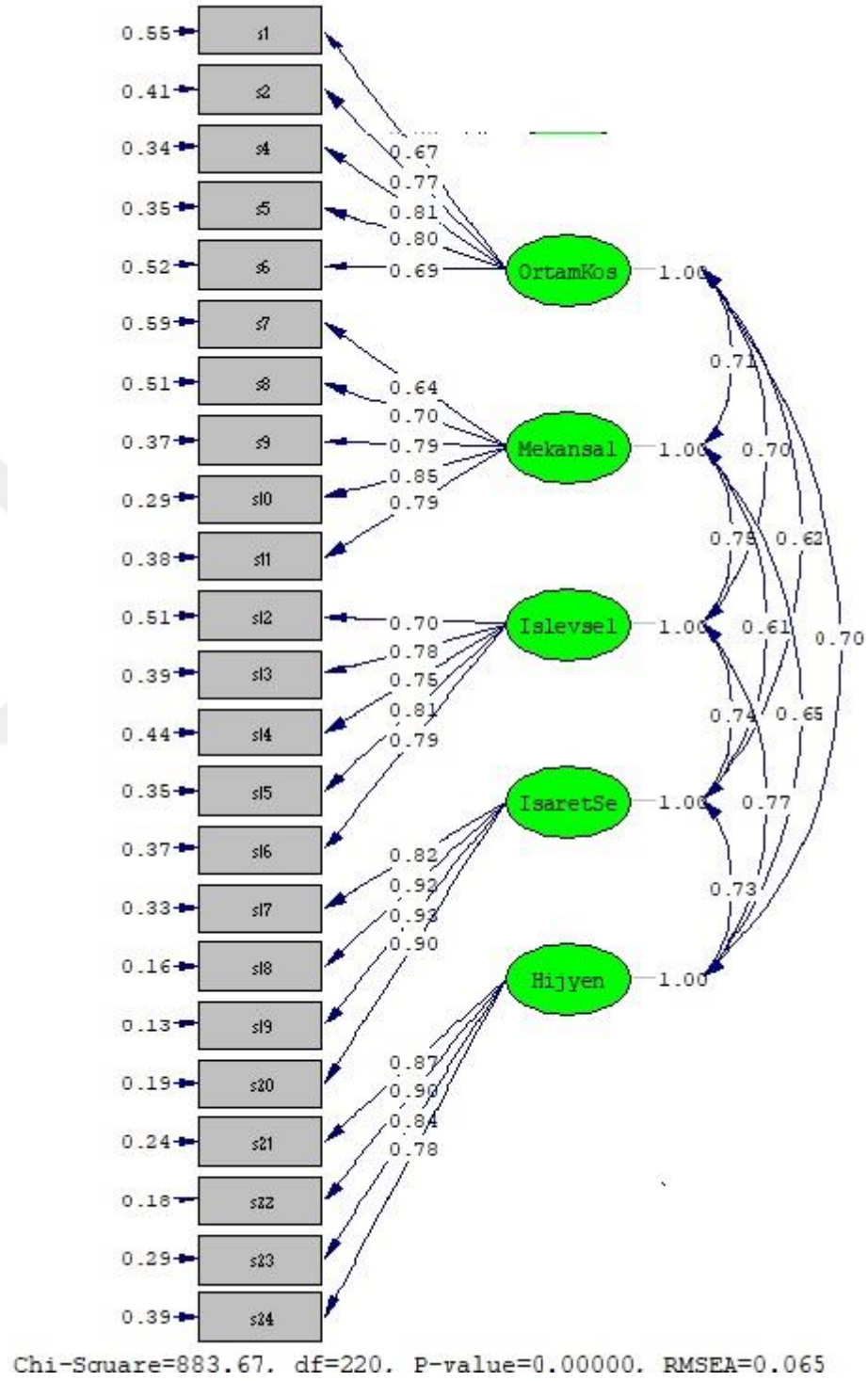
Tablo 4.10. *Alt Faktörlerin Birbirleriyle İlişkilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları*

		Mekânsal Düzen	İşlevsellik	İşaret, Sembol ve Eserler	Hijyen
Ortam Koşulları	r	0,582	0,551	0,507	0,535
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	N	713	713	713	713
Mekânsal Düzen	r		0,628	0,507	0,531
	p		0,001	0,001	0,001
	N		713	713	713
İşlevsellik	r			0,660	0,637
	p			0,001	0,001
	N			713	713
İşaret, Sembol ve Eserler	r				0,656
	p				0,001
	N				713

Birbiriyle en çok ilişkiye sahip olan iki değişken İşlevsellik ile İşaret, Sembol ve Eserler alt faktörleri olup aralarındaki korelasyon 0,660'tır ($r=0,660$). Birbirleriyle en az ilişkiye sahip iki değişken İşaret, Sembol ve Eserler ile Mekânsal Düzen ve Ortam Koşulları alt faktörleri olup aralarındaki korelasyon 0,507'dir ($r=0,507$).

4.6 Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi gizil değişkenlerle ilgili kuramların test edilmesine dayanan ileri düzey araştırma tekniğidir (Çokluk vd., 2012). Açımlayıcı faktör analiziyle elde edilen değişken gruplarının hangi faktör ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmede, belirlenen sayıdaki faktörlere katkıda bulunan değişken gruplarının hangi faktörler tarafından yeterince temsil edilip edilmediğinin belirlenmesinde kullanılır (Özdamar, 2002).



Şekil 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekil 4.1 ve Tablo 4.11’de hastanenin fiziksel ortam algısı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları yer almaktadır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılırken verilerin çoklu normalliği sağlamaması (Mardia değerleri göz önüne alınmıştır) nedeniyle asimptotik kovaryans matrisi oluşturularak dağılımsal varsayımların aranmadığı normal Maximum Likelihood metodundan yararlanılmıştır. Model anlamlılığı değerlendirilirken verilen Uyum İyiliği değerlerinin bütünü göz önüne alınarak karar verilmiştir. Yol katsayıların anlamlılığı için t değerleri göz önüne alınmıştır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ilk olarak standardize faktör yükleri incelenmiştir. Faktör yüklerinin 0,64 ile 0,93 arasında değiştiği ve bu değerlerin literatürde kabul gören 0.50 değerinin üstünde olduğu görülmüştür (Hair vd., 2010). Tüm ilişkilerin 0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve standart hata değerlerinin de çok yüksek olmadığı, yani tüm ilişkilerin kabul edilebilir değerler verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. *Doğrulamalı Faktör Analizi Tahmin Değerleri*

Sorular	Faktörler	Tahmin Değeri	Std. Hata	t	Std. Tahmin Değeri	P
s1	OrtamKos	1,80	0,55	21,17	0,67	0,01
s2	OrtamKos	1,28	0,41	29,57	0,77	***
s4	OrtamKos	1,37	0,34	29,35	0,81	***
s5	OrtamKos	0,91	0,35	31,31	0,80	***
s6	OrtamKos	0,91	0,52	23,76	0,69	***
s7	Mekânsal	1,31	0,59	21,09	0,64	***
s8	Mekânsal	1,49	0,51	26,62	0,70	***
s9	Mekânsal	1,28	0,37	33,31	0,79	***
s10	Mekânsal	1,29	0,29	44,20	0,85	***
s11	Mekânsal	1,27	0,38	30,16	0,79	***
s12	İşlevsellik	1,89	0,51	24,02	0,70	***
s13	İşlevsellik	1,37	0,39	34,89	0,78	***
s14	İşlevsellik	1,44	0,44	26,11	0,75	***
s15	İşlevsellik	1,57	0,35	36,90	0,81	***
s16	İşlevsellik	1,72	0,37	34,40	0,79	***
s17	İsaretSembol	1,66	0,33	30,17	0,82	***
s18	İsaretSembol	1,44	0,16	54,26	0,92	***
s19	İsaretSembol	1,63	0,13	72,21	0,93	***
s20	İsaretSembol	1,57	0,19	49,56	0,90	***
s21	Hijyen	1,59	0,24	41,27	0,87	***
s22	Hijyen	1,58	0,18	61,97	0,90	***
s23	Hijyen	1,27	0,29	38,78	0,84	***
s24	Hijyen	1,23	0,39	29,94	0,78	***

Değişkenlere ait ilişkiler ayrı ayrı incelendikten sonra Tablo 4.12’de yer alan modelinin bütün olarak model uyum indeksleri incelenmiştir.

Tablo 4.12. *Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği Değerleri*

Uyum Ölçüsü	Modelin Değerleri	İyi Uyum	Kabuledilebilir Uyum
χ^2/sd	4,017	≤ 2	≤ 5
RMSEA	0,065	$\leq 0,05$	$\leq 0,08$
SRMR	0,061	$\leq 0,05$	$\leq 0,1$
NFI	0,98	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
NNFI	0,98	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$
CFI	0,98	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$

Araştırmacılar arasında henüz hangi testlerin kullanılması ve rapor edilmesi konusunda bir fikir birliği olmamakla birlikte, genelde araştırmalarda bu testlerden en az 4 en fazla 8 tanesi model açıklanırken kullanılır (Ayyıldız ve Cengiz, 2006). Tablo 4.12’de uyum indekslerinin değerlendirilmesi için kullanılan aralıklar (iyi uyum-kabuledilebilir uyum) için Çelik ve Yılmaz’ın (2009) çalışması referans alınmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi modeli değerleri bir bütün olarak incelendiğinde kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı ve modelin iyi uyum gösterdiği görülmüştür.

Birleşim geçerliliğinin (Convergent validity) sağlanabilmesi için Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı ölçeğinin ortalama açıklanan varyans değerleri ve yapı güvenirlik katsayıları (Tablo 4.13) hesaplanmıştır.

Tablo 4.13. *Faktörlerin Geçerliliği İçin Ölçümler*

	Yapı Güvenirliği	Açıklanan Varyans
Ortam Koşulları	0,866	0,565
Mekânsal Düzen	0,869	0,573
İşlevsellik	0,877	0,588
İşaret, Sembol ve Eserler	0,940	0,798
Hijyen	0,913	0,724

Gizil değişkenler altında tanımlanan gözlenen değişkenlerin ilgili oldukları yapıları betimleyip betimlemediklerini değerlendirmek için gizil faktörlerin güvenilirlik ve açıklanan varyans ölçümlerinin tahminlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Çelik ve Yılmaz, 2009). Ölçek güvenilirliği için güvenilirlik ölçümüne ilişkin tahminlerin 0,70'in ve açıklanan varyans ölçümüne ilişkin tahminin ise 0,50'nin üstünde olması gerektiği vurgulanmaktadır (Nunnally, 1978; Hair ve vd., 1998). Tablo 4.13'de hesaplanan en düşük ortalama açıklanan varyans değerinin Ortam Koşulları değişkeni için 0,565 olduğu, diğer değişkenler için de ortalama açıklanan varyans değerlerinin 0,565'in üzerinde değer aldığı görölmektedir. Değişkenlerin güvenilirlik katsayılarının 0,866 ve üstü değer aldığı için ölçeğin yeterli düzeyde geçerliliği sağladığı görölmektedir.

4.7 Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Güvenilirlik bir testin veya ölçeğin ölçmeye çalıştığı şeyi tutarlı ve istikrarlı olarak ölçmesidir (Altunışık vd., 2007). İçsel tutarlılığın ölçümünde en yaygın olarak kullanılan yöntem Cronbach Alfa (alfa katsayısı)dır (Altunışık vd., 2007). Cronbach Alfa katsayısı yapılarıdaki maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin ortaya konmasında önemli bir göstergedir (Devellis, 2003). Cronbach Alfa değeri 0 ile 1 arasında değer almakta olup, literatürde kabul edilebilir değerin en az 0.7 olması beklendiği görölmektedir. Kalaycı, (2010) Alfa değerine göre ölçeğin güvenilirliğini;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşüktür,

$0.60 \leq \alpha < 0.70$ ise ölçek oldukça güvenilir ve

$0.70 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek güvenilir bir ölçek olarak tanımlamıştır.

Tablo 4.14'de ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.14. *Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları*

	Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	0,938	23
Hastanenin Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	0,905	12
Hastaların İyileşme Beklentisi	0,731	3

Lisrel'de yapılan yapısal eşitlik modellemesi çalışmasında, Lisrel'in verdiği öneriler doğrultusunda diğer bağımsız değişkenlerle aralarında yüksek derecede ilişki görülen sorular dikkat çekmiştir. Bu sorular incelendiğinde ve adım adım ölçek dışarısında bırakıldığında hem ölçek güvenirliklerinde (Cronbach's Alpha) hem de model uyum indekslerinde iyileşme görülmüştür. Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçeğinde diğer soruların hata varyansları ile yüksek ilişkisi görülen;

2) Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi gösteriyordu,

3) Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alıyordu ve

4) Hastanenin fiziksel imkânları görsel açıdan çekiciydi

önergeleri çıkarıldığında ölçek güvenirliği açısından bir sorun görülmemiştir.

İyileşme Beklentisi Ölçeği için sonuçlar incelendiğinde “4) Gelecek ay işime dönme ihtimalim...” ve “5) Hastalık öncesi işime geri dönme ihtimalim...” önermelerine verilen cevapların çok benzer oldukları görülmüş ve model açısından sorun teşkil etmiştir. Hastaların İyileşme Beklentisi Ölçeği için tekrarlanan güvenirlik analizi sonuçlarında anket formundaki son 2 maddenin çıkarılması sonucu Cronbach's Alpha'nın 0,729'dan 0,731'e çıktığı görülmüştür. Sorular çıkarıldıktan sonraki güvenirlik analizi sonuçları Tablo 4.14'de görülmektedir.

4.8 Ölçek Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların ölçek maddelerine vermiş oldukları cevaplardan hareketle hastanenin fiziksel ortam algısı, algılanan sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentisi değerlendirilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin ortalama ve standart sapmalar Tablo 4.15’de görülmektedir.

Tablo 4.15. *Ölçek Puanlarının Dağılımı*

	n	Ort	Medyan	Min	Max	SS
Ortam Koşulları	713	3,89	4,0	1,0	5,0	0,76
Mekânsal Düzen	713	3,73	3,8	1,0	5,0	0,86
İşlevsellik	713	3,90	4,0	1,0	5,0	0,78
İşaret, Sembol ve Eserler	713	4,02	4,0	1,0	5,0	0,85
Hijyen	713	4,07	4,0	1,0	5,0	0,83
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	713	3,92	4,0	1,6	5,0	0,66
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	713	4,04	4,1	1,8	5,0	0,62
Hastaların İyileşme Beklentisi	713	3,86	4,0	1,0	5,0	0,84

Çalışmaya katılan hastaların “Ortam Koşulları”, “Mekânsal Düzen”, “İşlevsellik”, “İşaretler, Semboller ve Eserler” ve “Hijyen” puanları ortalamaları 3,73 ile 4,07 arasında olup, belirtilen konularda pozitif algıya yakın oldukları görülmektedir. Hastaların “Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği” puanları ortalaması 3,92; “Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçeği” puanları ortalaması 4,04 ve “İyileşme Beklentisi Ölçeği” puanlarının ortalaması ise 3,86 olup belirtilen konularda pozitif algıya daha yakın oldukları görülmektedir.

4.9 Yapısal Eşitlik Modellemesi

Yapısal eşitlik modeli, araştırmacının oluşturduğu teorik modeldeki değişkenlerin aralarındaki ilişkileri, araştırma sonucunda elde ettiği veriler aracılığıyla test etmesine dayanır. Varyans analizi, MANOVA, faktör analizi, regresyon gibi daha alışılmış istatistiksel yöntemlerden en büyük farkı, çok sayıdaki değişken arasındaki ilişkiyi modeller şeklinde, eşzamanlı olarak inceleyebilmesidir (Ayyıldız ve Cengiz, 2006).

Yapısal eşitlik modeli, istatistikçiler tarafından büyük örneklem gerektiren bir model olarak bilinmektedir. Örneklem sayısını etkileyen birden fazla faktör vardır. Ancak ne kadar örneklem gerektiğini söyleyebilmek zordur. Örneğin, basit modellere göre karmaşık modeller daha fazla örnekleme ihtiyaç duymaktadır. Genel olarak, 100 ve altı sayıdaki örneklem küçük, 100–200 arası orta ve 200’ün üzerindeki sayılar ise büyük örneklem olarak kabul edilir (Kline, 2005). Yapısal Eşitlik modeli için, kesin bir sayı olmamakla birlikte örneklem sayısının, gözlenen değişken sayısının 10 katı olması önerilmektedir (Kline, 2005). Çalışmada ulaşılan 713 örneklem büyüklüğü 43 adet gözlenen değişkenin yer aldığı modelde yapısal eşitlik modeli için yeterli örneklem büyüklüğü kriterini sağlamaktadır.

Çoklu Normallik Kontrolü

Çok değişkenli normallik varsayımının değerlendirilmesinde Mardia çok değişkenli normallik testi yaklaşımı kullanılmaktadır (Yılmaz ve Çelik, 2009). Yapılan çok değişkenli normallik testi sonucunda (Tablo 4.16) verilerde çok değişkenli normallik varsayımının sağlanmadığı görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 4.16. *Çoklu Normallik Kontrolü*

Çarpıklık			Basıklık			Çarpıklık ve Basıklık	
Değer	z	p	Değer	z	p	Ki-Kare	p
260.703	101.849	0.001	2.013.328	41.456	0.001	12.091.841	0.001

Büyük modellerde normallik sağlanamadığı durumlar altında RML (Robust Maximum Likelihood) tahmin edicileri diğer tahmin edicilere nispeten daha iyi istatistiksel özelliklere sahiptir (Boomsma ve Hoogland, 2001). Normallik varsayımı ihlal edildiğinde, maksimum olasılık (ML) tahmininin kullanılması, potansiyel olarak Tip 1 hata oranının artmasıyla parametre tahminleri ve Ki-kare istatistiği yanlış standart hataya yol açabilir (Curran, West ve Finch, 1996). Bu yüzden, Browne’ nın (1987) ürettiği Robust Maximum Likelihood (RML) metodu, Satorra ve Bentler’in (1994) genişletmesiyle doğru ölçülmüş Ki-Kare istatistiği sağlar. Örneklem varyans ve kovaryanslarının asimptotik kovaryans matrisi kullanılır. Verilerimiz dağılımsal olarak Maximum Likelihood Metodu

varsayımlarını sağlamadığından LISREL 8.80 programında, Robust Maximum Likelihood (RML) tekniği kullanılarak asimptotik kovaryans matrisleri ile çalışılmıştır.

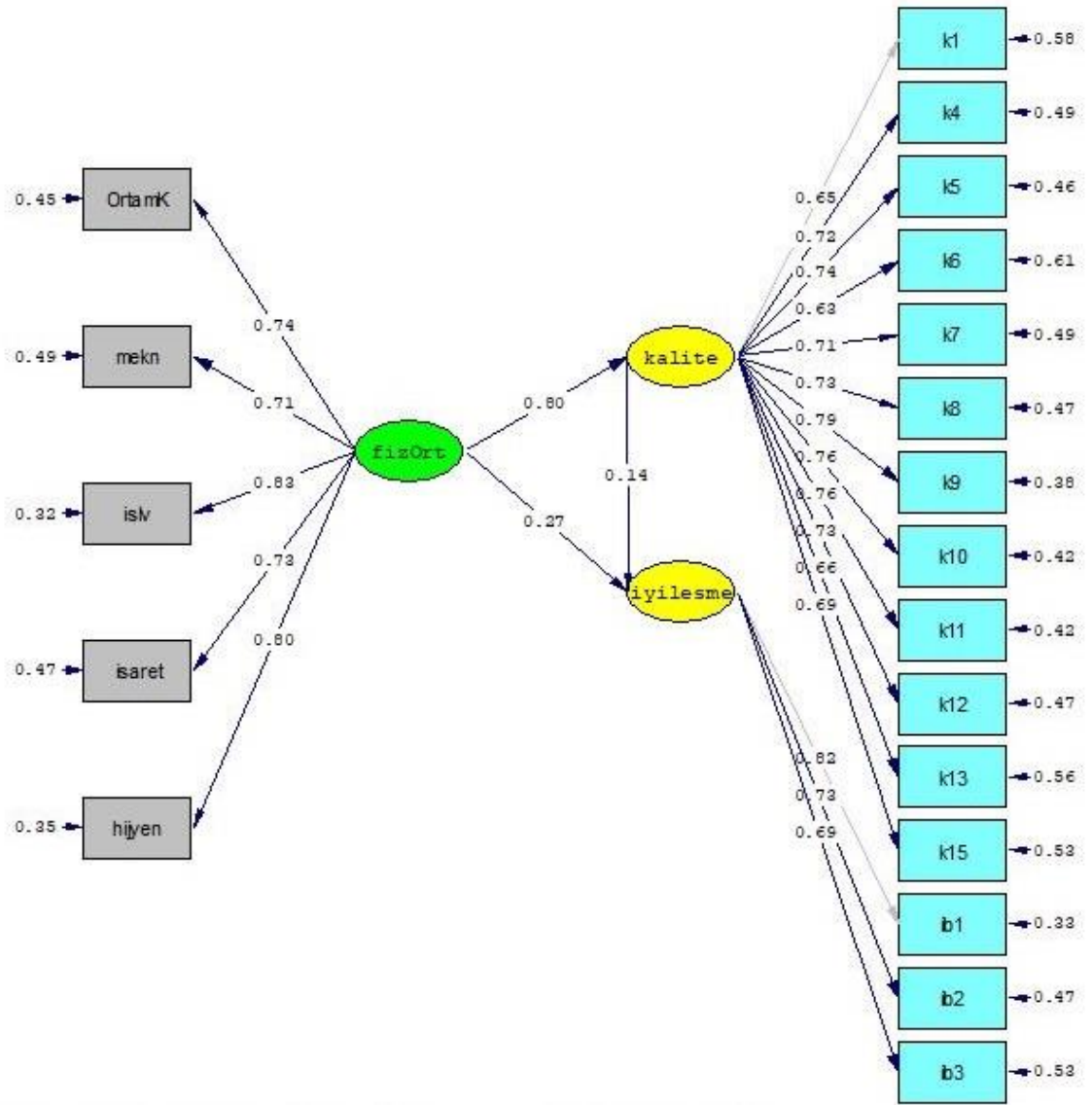
Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği Değerleri

Analiz sonucunda ilk olarak modelin model uyum iyiliği ölçütleri incelenmiştir, çünkü modelin tamamı uyum iyiliği testleri sonucunda reddedilirse model içindeki katsayıların ve ilişkilerin bir önemi kalmayacaktır (Ayyıldız ve Cengiz, 2006).

Tablo 4.17. *Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği Değerleri*

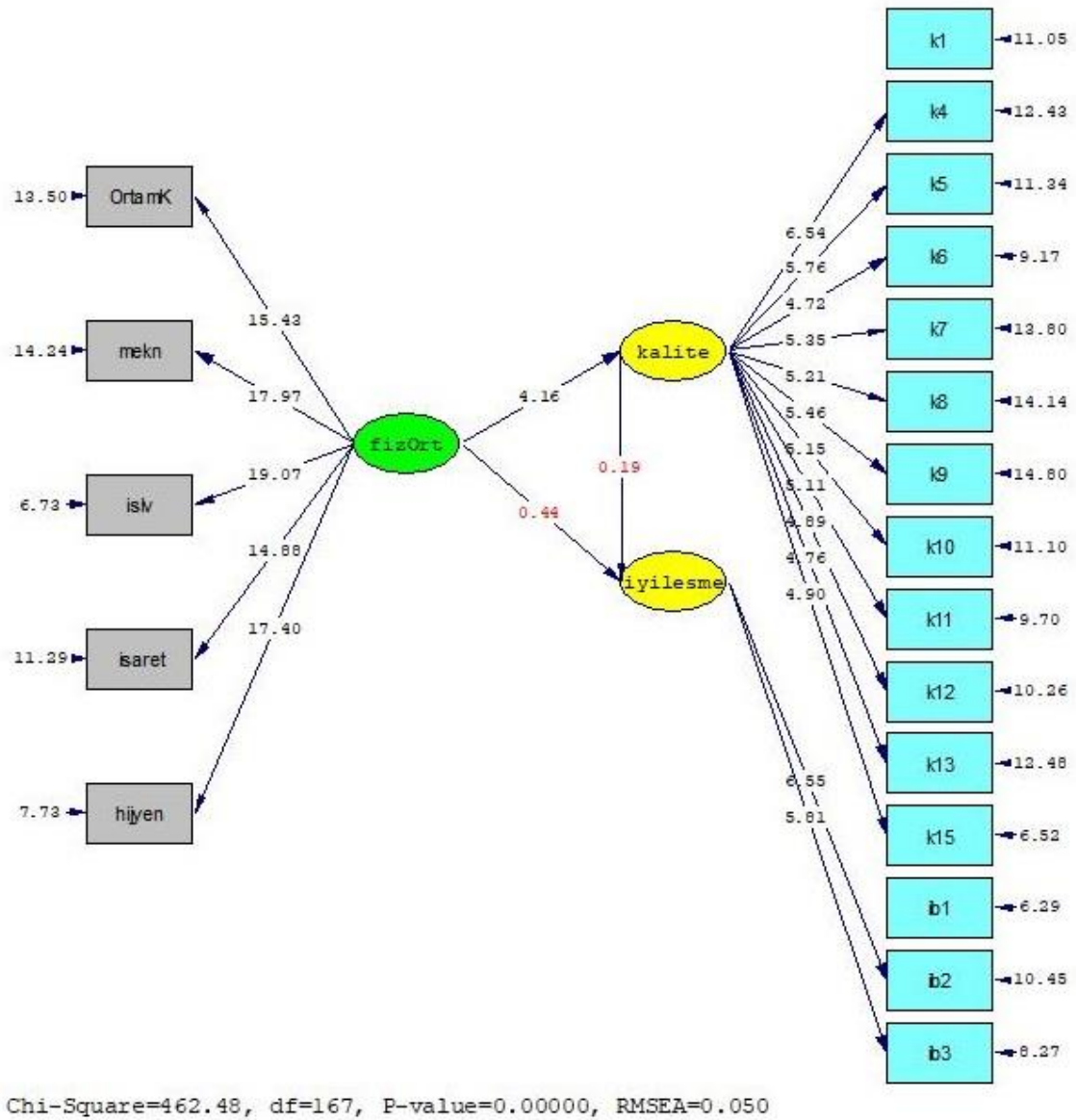
Uyum Ölçüsü	Modelin Değerleri	İyi Uyum	Kabuledilebilir Uyum
χ^2/sd	2,736	≤ 2	≤ 5
RMSEA	0,050	$\leq 0,05$	$\leq 0,08$
SRMR	0,054	$\leq 0,05$	$\leq 0,1$
NFI	0,98	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
NNFI	0,99	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$
CFI	0,99	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$

Model değerleri bir bütün olarak incelendiğinde (Tablo 4.18) kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı ve modelin iyi uyum gösterdiği görülmüştür.



Chi-Square=462.48, df=167, P-value=0.00000, RMSEA=0.050

Şekil 4.2. Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Değerleri



Şekil 4.3. Yapısal Eşitlik Modeli t Değerleri

Eğer kritik değer (t değeri) mutlak değerce 1.96'yı aşarsa %5 anlamlılık düzeyinde sıfır hipotezi reddedilir. Parametre tahminlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sıfırdan farklı olduğu söylenir (Bayram, 2010).

Yapısal eşitlik modellerinde değişkenler arasındaki yolları sayısal değerler ile ifade eden ölçütlerden biri de standardize edilmiş tahmin değerleridir. Standardize edilmiş tahmin değerleri aynı zamanda standartlaştırılmış yüklerdir (Yılmaz ve Çelik, 2009). Standardize edilmiş tahmin değerlerini etki büyüklüklerine göre şöyle sınıflandırılmaktadır; 0,10 ve altında değerler küçük bir etkiyi, 0,30 civarındakiler

ortalama bir etkiyi, 0,50 ve üzerindeki değerler ise büyük etkiyi ifade etmektedir (Kline, 1994). Aşağıdaki Tablo 4.18’de Modele İlişkin Yapısal Eşitlikler ve Açıklanan Varyanslar verilmiştir.

Tablo 4.18. Modele İlişkin Yapısal Eşitlikler Ve Açıklanan Varyans

	R^2
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi =0,80*Fiziksel Ortam	0,65
Hastaların İyileşme Beklentisi =0,14*Hizmet Kalitesi+0,27*Fiziksel Ortam	0,16

Tablo 4.18’de görüldüğü üzere Fiziksel Ortam Algısı gizil değişkeninin Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi gizil değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olduğu; bu etkinin 0,8 birimlik pozitif yönde büyük bir etki olduğu görülmektedir. Fiziksel Ortam Algısı gizil değişkeninin Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi gizil değişkeninin %65’ünü açıkladığı görülmektedir. Hastanenin Fiziksel Ortam Algısının olumlulaşmasının insanların Sağlık Hizmet Kalite Algısını da olumlulaştırdığı söylenebilmektedir. Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı ve Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi gizil değişkenlerinin hastaların İyileşme Beklentileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmamakla birlikte ($p>0,05$) bu gizil değişkenlerin İyileşme Beklentisi üzerindeki etkisinin çok düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar çerçevesinde **H1** hipotezimizin kabul edildiği ancak **H2** ve **H3** hipotezlerimizin reddedildiği görülmüştür.

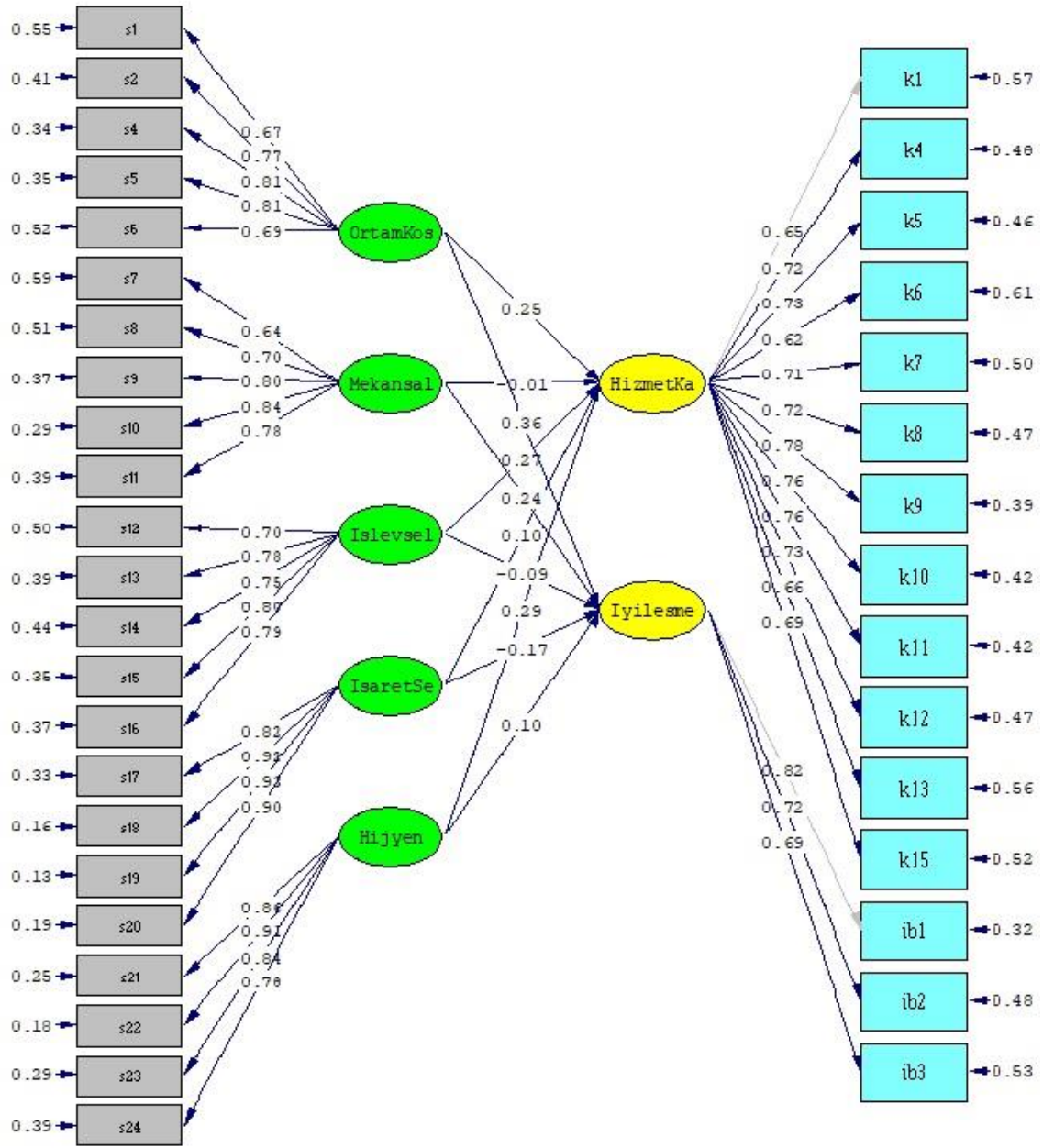
Fiziksel Ortamın Alt Faktörleri ile Yapısal Eşitlik Modeli

Hipotezlerimizin sınanması için hastanenin fiziksel ortam algısı gizil değişkenin alt faktörleri olan ortam koşulları, mekânsal düzen, işlevsellik, işaret, sembol ve eserler ve hijyen faktörleri ile algılanan sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisinin dahil olduğu yapısal eşitlik modeli için tekrar Robust Maximum Likelihood methodu uygulanmıştır.

Tablo 4.19. *Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İyiliği Değerleri*

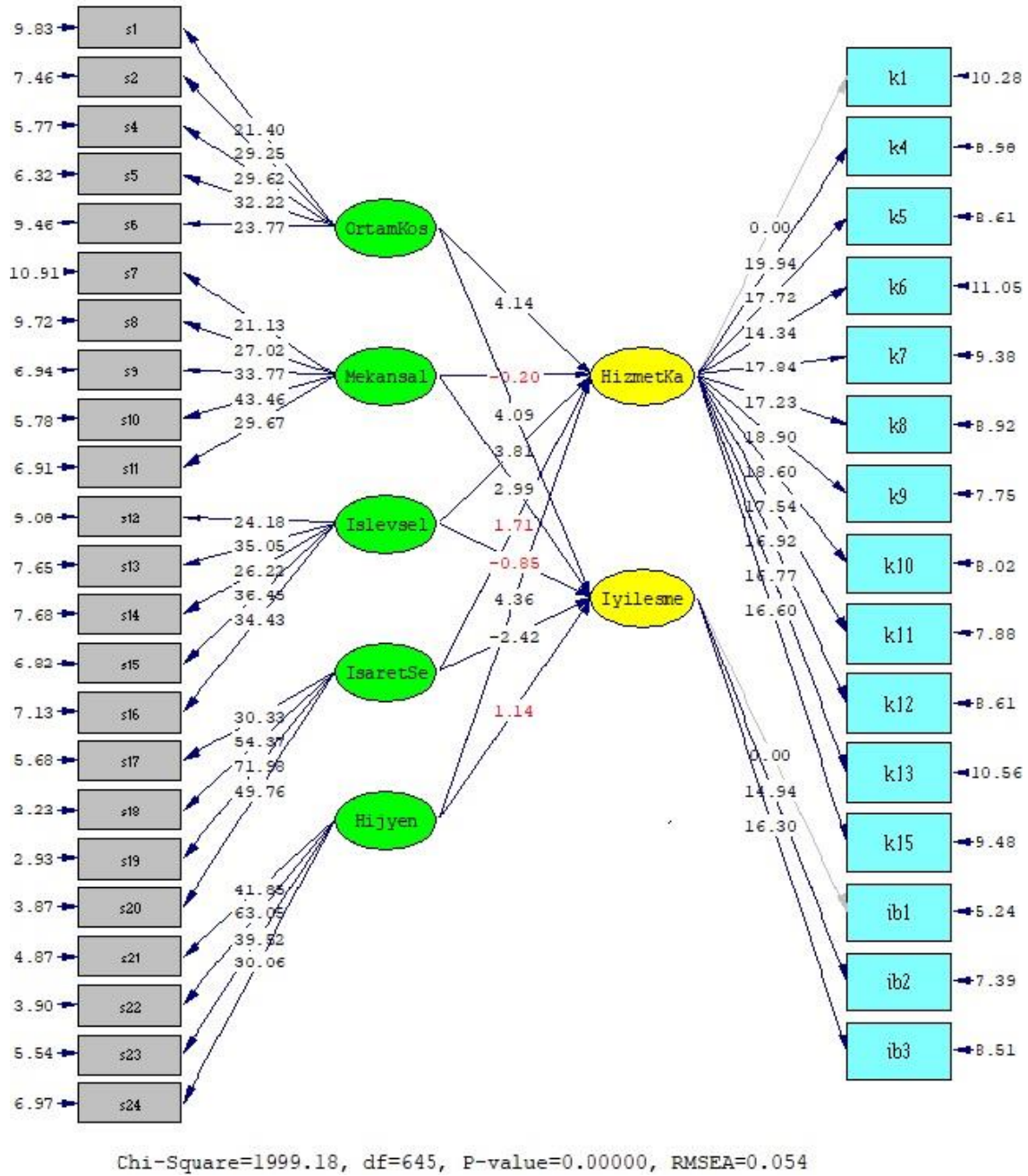
Uyum Ölçüsü	Modelin Değerleri	İyi Uyum	Kabuledilebilir Uyum
χ^2/sd	3,099	≤ 2	≤ 5
RMSEA	0,054	$\leq 0,05$	$\leq 0,08$
SRMR	0,056	$\leq 0,05$	$\leq 0,1$
NFI	0,98	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
NNFI	0,98	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$
CFI	0,99	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$

Model değerleri bir bütün olarak incelendiğinde (Tablo 4.18) kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı ve modelin iyi uyum gösterdiği görülmüştür.



Chi-Square=1999.18, df=645, P-value=0.00000, RMSEA=0.054

Şekil 4.4. Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Değerleri



Şekil 4.5. Alt Faktörler İle Yapısal Eşitlik Modeli *t* Değerleri

Yapısal eşitlik modellemesi sonucunda ortam koşulları faktörünün algılanan sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bir etkiye sahip olduğu; bu etkilerin pozitif yönde ve sırasıyla 0,25 birimlik düşük ve 0,36 birimlik ortalama etkiler olduğu görülmektedir. **H1a** “Ortam koşulları algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler” hipotezi ve **H3a** “Ortam koşulları hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler” hipotezleri kabul edilmiştir.

Mekânsal düzen faktörünün algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir etkiye sahip olmadığı; hastaların iyileşme beklentisi üzerinde ise istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin pozitif yönde 0,24 birimlik düşük bir etki olduğu görülmektedir. **H1b** “Mekânsal düzen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler” hipotezi reddedilmiş, **H3b** “Mekânsal düzen hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler” hipotezi kabul edilmiştir.

İşlevsellik faktörünün algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin pozitif yönde 0,27 birimlik düşük bir etki olduğu görülmektedir. İşlevsellik faktörünün hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir etkiye sahip olmadığı görülmektedir. **H1c** “İşlevsellik, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler” hipotezi kabul edilmiş, **H3c** “İşlevsellik, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler” reddedilmiştir.

İşaret, sembol ve eserler faktörünün algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir etkiye sahip olmadığı; hastaların iyileşme beklentisi üzerinde ise istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin negatif yönde 0,17 birimlik çok düşük bir etki olduğu görülmektedir. Hastaların işaret, sembol ve eserler puanları arttıkça iyileşme beklentilerinin düşmesi beklenmektedir. **H1d** “İşaretler, semboller ve eserler, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler” hipotezi reddedilmiştir. **H3d** “İşaretler, semboller ve eserler hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler” hipotezi reddedilmiştir.

Hijyen faktörünün algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin pozitif yönde 0,29 birimlik düşük bir etki olduğu görülmektedir. Hijyen faktörünün hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. **H1e** “Hijyen, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler” hipotezi kabul edilmiştir. **H3e** “Hijyen, hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler” hipotezi reddedilmiştir.

Aşağıdaki Tablo 4.20’de modele ilişkin yapısal eşitlikler ve açıklanan varyanslar verilmiştir.

Tablo 4.20. Modele İlişkin Yapısal Eşitlikler Ve Açıklanan Varyans

	R^2
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi = $0,25*f_1-0,011*f_2+0,27*f_3+0,099*f_4+0,29*f_5$	0,64
Hastaların İyileşme Beklentisi = $0,36*f_1+0,24*f_2-0,088*f_3-0,17*f_4+0,10*f_5$	0,22

Tablo 4.20’de görüldüğü üzere algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerinde etkisi olan faktörlerin hepsi birlikte algılanan sağlık hizmet kalitesinin %64’ünü açıkladığı görülmektedir. Hastaların iyileşme beklentisi üzerinde etkisi olan faktörlerin hepsi birlikte hastaların iyileşme beklentisinin %22’sini açıkladığı görülmektedir.

Aşağıdaki Tablo 4.21’de ölçek puanları bakımından hastaların yaş grupları arasındaki farklılıklara ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları verilmiştir. Ölçek puanları bakımından hastaların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). **H4** “Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, farklı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.21. Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort	H	p
Ortam Koşulları	18-35 yaş	199	3,85	4,0	1,0	5	0,78	348.18	0,587	0,745
	35-55 yaş	250	3,93	4,0	2,0	5	0,71	362.97		
	55 yaş üstü	264	3,88	4,0	1,2	5	0,78	357.99		
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5	0,76			
Mekânsal Düzen	18-35 yaş	199	3,73	3,8	1,4	5	0,78	350.54	2,408	0,300
	35-55 yaş	250	3,68	3,8	1,0	5	0,87	345.91		
	55 yaş üstü	264	3,78	4,0	1,0	5	0,89	372.37		
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5	0,86			
İşlevsellik	18-35 yaş	199	3,82	4,0	1,0	5	0,78	334.37	3,688	0,158
	35-55 yaş	250	3,94	4,0	1,2	5	0,73	360.48		
	55 yaş üstü	264	3,94	4,0	1,0	5	0,82	370.76		
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	18-35 yaş	199	4,00	4,0	1,0	5	0,84	351.37	1,242	0,538
	35-55 yaş	250	4,09	4,0	1,0	5	0,79	368.48		
	55 yaş üstü	264	3,97	4,0	1,0	5	0,91	350.38		
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5	0,85			
Hijyen	18-35 yaş	199	4,02	4,0	1,0	5	0,89	349.43	1,012	0,603
	35-55 yaş	250	4,08	4,0	2,0	5	0,77	352.65		
	59 yaş üstü	264	4,10	4,0	1,0	5	0,84	366.82		
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5	0,83			

Tablo 4.21. (Devam) Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort	H	p
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	18-35 yaş	199	3,89	3,9	2,0	5	0,64	341.91		
	35-55 yaş	250	3,94	4,0	2,0	5	0,62	358.42	1,706	0,426
	55 yaş üstü	264	3,94	4,1	1,6	5	0,72	367.03		
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5	0,66			
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	18-35 yaş	199	3,99	4,1	1,9	5	0,62	338.93		
	35-55 yaş	250	4,04	4,1	1,9	5	0,61	356.31	2,808	0,246
	55 yaş üstü	264	4,08	4,2	1,8	5	0,62	371.27		
	Toplam	713	4,04	4,1	1,8	5	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	18-35 yaş	199	3,88	4,0	1,3	5	0,80	357.56		
	35-55 yaş	250	3,84	4,0	1,3	5	0,85	350.14	0,518	0,772
	55 yaş üstü	264	3,88	4,0	1,0	5	0,86	363.08		
	Toplam	713	3,86	4,0	1,0	5	0,84			

Aşağıdaki Tablo 4.22’de ölçek puanları bakımından hastaların cinsiyetleri arasındaki farklılıklara ilişkin Mann-Whitney U Testi sonuçları verilmiştir. Ölçek puanları bakımından hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). **H5** “Hastanenin algılanan fiziksel ortamı cinsiyete göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.22. Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Cinsiyetleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Mann-Whitney U		
								Sıra Ort	z	p
Ortam Koşulları	Erkek	310	3,92	4,0	2,0	5	0,68	355,80	-0,137	0,891
	Kadın	403	3,87	4,0	1,0	5	0,81	357,92		
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5	0,76			
Mekânsal Düzen	Erkek	310	3,73	4,0	1,0	5	0,86	359,29	-0,261	0,794
	Kadın	403	3,73	3,8	1,0	5	0,85	355,24		
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5	0,86			
İşlevsellik	Erkek	310	3,96	4,0	1,0	5	0,76	373,74	-1,913	0,056
	Kadın	403	3,86	4,0	1,0	5	0,78	344,13		
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	Erkek	310	4,06	4,0	1,0	5	0,83	366,19	-1,064	0,287
	Kadın	403	3,99	4,0	1,0	5	0,87	349,93		
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5	0,85			
Hijyen	Erkek	310	4,12	4,0	1,0	5	0,81	366,47	-1,094	0,274
	Kadın	403	4,04	4,0	1,0	5	0,84	349,71		
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Erkek	310	3,96	4,0	1,6	5	0,64	365,77	-0,997	0,319
	Kadın	403	3,90	4,0	1,7	5	0,68	350,25		
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5	0,66			
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Erkek	310	4,06	4,1	1,9	5	0,61	362,00	-0,569	0,569
	Kadın	403	4,02	4,1	1,8	5	0,63	353,15		
	Toplam	713	4,04	4,1	1,8	5	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	Erkek	310	3,88	4,0	1,0	5	0,79	357,96	-0,11	0,912
	Kadın	403	3,85	4,0	1,3	5	0,88	356,26		
	Toplam	713	3,86	4,0	1,0	5	0,84			

Tablo 4.23. Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Eğitim Düzeyleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort	H	p
Ortam Koşulları	İlk-Orta Okul	422	3,89	4,0	1,2	5	0,76	358,340		
	Lise	165	3,98	4,0	1,6	5	0,70	378,76	5,152	0,076
	Ön lisans ve üzeri	126	3,76	3,8	1,0	5	0,81	324,01		
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5	0,76			
Mekânsal Düzen	İlk-Orta Okul	422	3,79	4,0	1,0	5	0,84	370,49		
	Lise	165	3,75	4,0	1,6	5	0,82	360,45	9,258	0,010
	Ön lisans ve üzeri	126	3,51	3,6	1,0	5	0,92	307,30		
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5	0,86		Çoklu Kar.: 1-3	
İşlevsellik	İlk-Orta Okul	422	3,94	4,0	1,4	5	0,77	365,50		
	Lise	165	3,96	4,0	1,0	5	0,78	376,25	10,829	0,004
	Ön lisans ve üzeri	126	3,71	3,8	1,6	5	0,79	303,31		
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5	0,78		Çoklu Kar.: 1-3; 2-3	
İşaret, Sembol ve Eserler	İlk-Orta Okul	422	4,01	4,0	1,0	5	0,87	352,38		
	Lise	165	4,10	4,0	1,0	5	0,80	376,17	1,986	0,371
	Ön lisans ve üzeri	126	3,98	4,0	1,0	5	0,87	347,38		
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5	0,85			
Hijyen	İlk-Orta Okul	422	4,10	4,0	1,5	5	0,80	360,790		
	Lise	165	4,16	4,3	1,0	5	0,82	381,960	8,960	0,011
	Ön lisans ve üzeri	126	3,88	4,0	1,0	5	0,89	311,620		
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5	0,83		Çoklu Kar.: 1-3; 2-3	

Tablo 4.23. (Devam) Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Eğitim Düzeyleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort	H	p
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	İlk-Orta Okul	422	3,94	4,0	1,7	5	0,67	364,350		
	Lise	165	3,99	4,1	1,6	5	0,61	377,130	9,834	0,007
	Ön lisans ve üzeri	126	3,77	3,8	2,0	5	0,69	306,020		
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5	0,66	Çoklu Kar.: 1-3; 2-3		
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	İlk-Orta Okul	422	4,07	4,2	1,8	5	0,62	368,130		
	Lise	165	4,06	4,1	1,9	5	0,57	357,840	5,621	0,060
	Ön lisans ve üzeri	126	3,92	4,0	1,9	5	0,68	318,630		
	Toplam	713	4,04	4,1	1,8	5	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	İlk-Orta Okul	422	3,92	4,0	1,0	5	0,85	371,600		
	Lise	165	3,94	4,0	1,3	5	0,82	378,250	21,732	0,001
	Ön lisans ve üzeri	126	3,59	3,7	1,3	5	0,77	280,270		
	Toplam	713	3,86	4,0	1,0	5	0,84	Çoklu Kar.: 1-3; 2-3		

Hastanenin fiziksel ortam algısı puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puanları diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür. **H6** “Hastanenin algılanan fiziksel ortamı eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Ortam koşulları, işaret, sembol ve eserler ile algılanan sağlık hizmet kalitesi ölçekleri puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Mekânsal düzen ölçek puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). İlkokul ve ortaokul

mezunu hastaların mekânsal düzen puanları ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

İşlevsellik ölçek puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puanları diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Hijyen ölçek puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puanları diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo 4.24. Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Gelir Seviyeleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort	H	p
Ortam Koşulları	1500₺ ve altı	396	3,89	4,0	1,6	5	0,70	352.60	1,164	0,762
	1500-3000₺ arası	107	3,82	4,0	1,2	5	0,88	349.02		
	3000-5000₺ arası	125	3,90	4,0	1,2	5	0,86	366.70		
	5000TL ve üzeri	85	3,97	4,0	1,0	5	0,69	373.29		
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5	0,76			
Mekânsal Düzen	1500₺ ve altı	396	3,80	4,0	1,0	5	0,82	371.79	7,286	0,063
	1500-3000₺ arası	107	3,72	3,8	1,2	5	0,95	359.98		
	3000-5000₺ arası	125	3,65	3,8	1,4	5	0,88	338.67		
	5000TL ve üzeri	85	3,54	3,6	1,0	5	0,84	311.32		
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5	0,86			
İşlevsellik	1500₺ ve altı	396	3,95	4,0	1,0	5	0,72	366.43	4,504	0,212
	1500-3000₺ arası	107	3,78	4,0	1,2	5	0,90	338.74		
	3000-5000₺ arası	125	3,92	4,0	1,0	5	0,85	366.81		
	5000TL ve üzeri	85	3,80	4,0	1,6	5	0,74	321.64		
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	1500₺ ve altı	396	4,00	4,0	1,0	5	0,85	350.37	2,036	0,565
	1500-3000₺ arası	107	3,97	4,0	1,0	5	0,92	349.13		
	3000-5000₺ arası	125	4,09	4,0	1,0	5	0,86	376.11		
	5000TL ve üzeri	85	4,13	4,0	1,0	5	0,76	369.69		
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5	0,85			

Tablo 4.24. (Devam) Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Gelir Seviyeleri Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

							Kruskal Wallis-H			
	n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Sıra Ort	H	p	
Hijyen	1500₺ ve altı	396	4,14	4,0	1,0	5	0,77	371.39	7,111	0,068
	1500-3000₺ arası	107	3,96	4,0	1,5	5	0,94	337.75		
	3000-5000₺ arası	125	4,03	4,0	1,0	5	0,94	358.33		
	5000TL ve üzeri	85	3,96	4,0	2,0	5	0,73	312.22		
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	1500₺ ve altı	396	3,96	4,0	1,6	5	0,62	363.15	2,374	0,498
	1500-3000₺ arası	107	3,85	4,0	1,8	5	0,81	351.76		
	3000-5000₺ arası	125	3,92	4,1	2,0	5	0,72	362.69		
	5000TL ve üzeri	85	3,88	3,8	2,1	5	0,58	326.56		
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5	0,66			
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	1500₺ ve altı	396	4,09	4,1	1,8	5	0,55	369.89	3,644	0,303
	1500-3000₺ arası	107	3,92	4,1	1,9	5	0,76	337.77		
	3000-5000₺ arası	125	3,97	4,1	1,9	5	0,72	346.38		
	5000TL ve üzeri	85	4,03	4,0	2,7	5	0,53	336.79		
	Toplam	713	4,04	4,1	1,8	5	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	1500₺ ve altı	396	3,89	4,0	1,0	5	0,84	364.17	3,437	0,329
	1500-3000₺ arası	107	3,83	4,0	1,7	5	0,94	356.07		
	3000-5000₺ arası	125	3,90	4,0	1,7	5	0,80	360.76		
	5000TL ve üzeri	85	3,73	3,7	1,3	5	0,79	319.25		
	Toplam	713	3,86	4,0	1,0	5	0,84			

Ölçek puanları bakımından hastaların gelir seviye grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). **H7** “Hastanenin algılanan fiziksel ortamı gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.25. Ölçek Puanları Bakımından Hastaların Tedavi Şekilleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

		n	Ort.	Medyan	Min	Max	SS	Mann-Whitney U		
								Sıra Ort	z	p
Ortam Koşulları	Ayakta	216	3,89	4,0	1,2	5	0,79	363,44	-0,553	0,580
	Yatarak	497	3,89	4,0	1,0	5	0,74	354,20		
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5	0,76			
Mekânsal Düzen	Ayakta	216	3,65	3,6	1,0	5	0,82	333,73	-1,996	0,046
	Yatarak	497	3,77	4,0	1,0	5	0,87	367,11		
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5	0,86			
İşlevsellik	Ayakta	216	3,85	4,0	1,2	5	0,79	342,75	-1,224	0,221
	Yatarak	497	3,93	4,0	1,0	5	0,77	363,19		
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	Ayakta	216	4,10	4,0	1,0	5	0,82	376,19	-1,670	0,095
	Yatarak	497	3,99	4,0	1,0	5	0,87	348,66		
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5	0,85			
Hijyen	Ayakta	216	4,09	4,0	1,0	5	0,82	362,13	-0,445	0,656
	Yatarak	497	4,06	4,0	1,0	5	0,83	354,77		
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Ayakta	216	3,92	3,9	1,7	5	0,67	355,88	-0,096	0,924
	Yatarak	497	3,93	4,0	1,6	5	0,66	357,49		
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5	0,66			
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Ayakta	216	4,00	4,0	1,3	5	0,70	354,73	-0,194	0,846
	Yatarak	497	4,05	4,0	1,4	5	0,58	357,99		
	Toplam	713	4,04	4,0	1,4	5	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	Ayakta	216	3,79	4,0	1,4	5	0,86	339,95	-1,470	0,142
	Yatarak	497	3,89	4,0	1,4	5	0,83	364,41		
	Toplam	713	3,86	4,0	1,5	5	0,84			

Ölçek puanları bakımından Hastanenin fiziksel ortam algısı ile ayakta ve yatarak tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). **H8** “Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, hastanın yatarak veya ayakta tedavi olma şekline göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.” hipotezi reddedilmiştir. Mekânsal düzen puanları bakımından hastaların tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatarak tedavi olan hastaların Mekânsal düzen puanlarının ayakta tedavi hastaların puanlarından anlamlı derecede

daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer hastaların tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.26 hastaların ölçek puanları bakımından tedavi aldıkları poliklinikler arasındaki farklılıklara ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları verilmiştir. Tablo 4.26'dan görüldüğü üzere hastaların hastanenin fiziksel ortam algısı puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ortopedi kliniğinde tedavi olan hastaların hastanenin fiziksel ortam algısı puanları dâhiliye kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. **H9** “Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, tedavi alınan kliniğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Hastaların Ortam Koşulları puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Dâhiliye kliniğinde tedavi olan hastaların ortam koşulları puanları diğer kliniklerde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Hastaların mekânsal düzen puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ortopedi kliniğinde tedavi olan hastaların mekânsal düzen puanları dâhiliye kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaların algılanan sağlık hizmet kalitesi puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Fizik kliniğinde tedavi olan hastaların algılanan sağlık hizmet kalitesi puanları dâhiliye kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaların diğer ölçek puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Aldıkları Poliklinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort.	H	p
Ortam Koşulları	Ortopedi	239	3,95	4,00	1,00	5,00	0,83	377,91		
	Dâhiliye	315	3,80	4,00	1,20	5,00	0,70	327,40	11,879	0,003
	Fizik	159	3,98	4,00	1,20	5,00	0,75	384,20		
	Toplam	713	3,89	4,00	1,00	5,00	0,76	Çok. Karş: 1-2; 2-3		
Mekânsal Düzen	Ortopedi	239	3,83	4,00	1,20	5,00	0,93	387,55		
	Dâhiliye	315	3,68	3,80	1,00	5,00	0,78	339,68	8,046	0,018
	Fizik	159	3,68	3,80	1,60	5,00	0,88	345,39		
	Toplam	713	3,73	3,80	1,00	5,00	0,86	Çok. Karş: 1-2		
İşlevsellik	Ortopedi	239	3,90	4,00	1,20	5,00	0,87	365,38		
	Dâhiliye	315	3,86	4,00	1,00	5,00	0,75	341,40	3,492	0,174
	Fizik	159	4,01	4,00	2,00	5,00	0,67	375,31		
	Toplam	713	3,90	4,00	1,00	5,00	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	Ortopedi	239	4,02	4,00	1,00	5,00	0,96	368,00		
	Dâhiliye	315	3,99	4,00	1,00	5,00	0,78	339,36	4,417	0,110
	Fizik	159	4,11	4,00	1,00	5,00	0,81	375,41		
	Toplam	713	4,02	4,00	1,00	5,00	0,85			
Hijyen	Ortopedi	239	4,08	4,25	1,00	5,00	0,90	368,84		
	Dâhiliye	315	4,02	4,00	1,00	5,00	0,82	341,31	3,384	0,184
	Fizik	159	4,16	4,00	1,00	5,00	0,72	370,28		
	Toplam	713	4,07	4,00	1,00	5,00	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Ortopedi	239	3,95	4,16	1,77	5,00	0,76	379,94		
	Dâhiliye	315	3,87	3,93	1,58	5,00	0,61	332,25	8,309	0,016
	Fizik	159	3,99	4,00	1,67	5,00	0,61	371,55		
	Toplam	713	3,92	4,01	1,58	5,00	0,66	Çok. Karş: 1-2		
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Ortopedi	239	4,04	4,17	1,92	5,00	0,67	364,65		
	Dâhiliye	315	4,00	4,00	2,00	4,92	0,57	332,81	9,669	0,008
	Fizik	159	4,12	4,25	1,83	5,00	0,64	393,42		
	Toplam	713	4,04	4,08	1,83	5,00	0,62	Çok. Karş: 2-3		
Hastaların İyileşme Beklentisi	Ortopedi	239	3,91	4,00	1,33	5,00	0,85	371,50		
	Dâhiliye	315	3,86	4,00	1,00	5,00	0,79	352,22	1,956	0,376
	Fizik	159	3,80	4,00	1,67	5,00	0,91	344,68		
	Toplam	713	3,86	4,00	1,00	5,00	0,84			

Tablo 4.27. Ayakta Tedavi Olan Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Oldukları Klinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort.	H	p
Ortam Koşulları	Ortopedi	48	4,01	4,20	1,60	5,00	0,79	120.56		
	Dâhiliye	93	3,80	4,00	1,20	5,00	0,70	97.15	5,702	0,058
	Fizik	75	3,93	4,00	1,20	5,00	0,89	114.86		
	Toplam	216	3,89	4,00	1,20	5,00	0,79			
Mekânsal Düzen	Ortopedi	48	3,98	4,20	2,20	5,00	0,73	134.88		
	Dâhiliye	93	3,57	3,60	1,00	5,00	0,84	102.82	11,244	0,004
	Fizik	75	3,54	3,60	2,00	5,00	0,81	98.67		
	Toplam	216	3,65	3,60	1,00	5,00	0,82	Çok. Karş: 1-2; 1-3		
İşlevsellik	Ortopedi	48	4,01	4,20	1,20	5,00	0,84	125.21		
	Dâhiliye	93	3,75	4,00	1,40	5,00	0,81	101.51	4,712	0,095
	Fizik	75	3,86	3,80	2,00	5,00	0,74	106.47		
	Toplam	216	3,85	4,00	1,20	5,00	0,79			
İşaret, Sembol ve Eserler	Ortopedi	48	4,25	4,25	2,25	5,00	0,66	119.23		
	Dâhiliye	93	4,02	4,00	1,00	5,00	0,89	104.18	1,995	0,369
	Fizik	75	4,11	4,00	1,25	5,00	0,81	106.99		
	Toplam	216	4,10	4,00	1,00	5,00	0,82			
Hijyen	Ortopedi	48	4,32	4,25	2,25	5,00	0,63	125.66		
	Dâhiliye	93	4,04	4,00	1,50	5,00	0,87	104.34	4,826	0,090
	Fizik	75	4,02	4,00	1,00	5,00	0,84	102.68		
	Toplam	216	4,09	4,00	1,00	5,00	0,82			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Ortopedi	48	4,11	4,31	1,95	4,84	0,60	130.08		
	Dâhiliye	93	3,84	3,79	1,98	4,96	0,67	99.49	7,794	0,020
	Fizik	75	3,89	3,86	1,67	5,00	0,69	105.86		
	Toplam	216	3,92	3,92	1,67	5,00	0,67	Çok. Karş: 1-2		
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Ortopedi	48	4,04	4,25	1,92	5,00	0,71	112.72		
	Dâhiliye	93	4,01	4,08	2,00	4,92	0,66	108.47	0,356	0,837
	Fizik	75	3,97	4,08	1,83	5,00	0,75	105.84		
	Toplam	216	4,00	4,08	1,83	5,00	0,70			
Hastaların İyileşme Beklentisi	Ortopedi	48	3,93	4,33	1,67	5,00	0,85	119.79		
	Dâhiliye	93	3,91	4,00	1,00	5,00	0,74	114.57	6,724	0,035
	Fizik	75	3,56	3,67	1,67	5,00	0,97	93.75		
	Toplam	216	3,79	3,83	1,00	5,00	0,86	Çok. Karş: 1-3		

Tablo 4.27’de ayakta tedavi olan hastaların ölçek puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasındaki farklılıklara ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları açıklanmaktadır. Ayakta tedavi olan hastaların mekânsal düzen puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ortopedi kliniğinde ayakta tedavi olan hastaların mekânsal düzen puanları diğer kliniklerde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Ayakta tedavi olan hastaların hastanenin fiziksel ortam algısı puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Dâhiliye kliniğinde ayakta tedavi olan hastaların hastanenin fiziksel ortam algısı puanları ortopedi kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Ayakta tedavi olan hastaların iyileşme beklentisi puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ortopedi kliniğinde ayakta tedavi olan hastaların iyileşme beklentisi puanları fizik kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Ayakta tedavi olan hastaların diğer ölçek puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Yatarak Tedavi Olan Hastaların Ölçek Puanları Bakımından Tedavi Oldukları Klinikler Arasındaki Farklılıklara İlişkin Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		n	Ort	Medyan	Min	Max	SS	Kruskal Wallis-H		
								Sıra Ort.	H	p
Ortam Koşulları	Ortopedi	191	3,93	4,00	1,00	5,00	0,84	260.97		
	Dâhiliye	222	3,80	4,00	1,80	5,00	0,70	230.25	7,226	0,027
	Fizik	84	4,03	4,00	2,60	5,00	0,59	271.34		
	Toplam	497	3,89	4,00	1,00	5,00	0,74	Çok. Karş: 2-3		
Mekânsal Düzen	Ortopedi	191	3,79	4,00	1,20	5,00	0,97	258.63		
	Dâhiliye	222	3,73	3,80	1,00	5,00	0,75	236.12	3,271	0,195
	Fizik	84	3,81	4,00	1,60	5,00	0,93	261.14		
	Toplam	497	3,77	4,00	1,00	5,00	0,87			
İşlevsellik	Ortopedi	191	3,87	4,00	1,60	5,00	0,87	244.49		
	Dâhiliye	222	3,90	4,00	1,00	5,00	0,72	239.86	5,986	0,050
	Fizik	84	4,15	4,00	2,80	5,00	0,60	283.43		
	Toplam	497	3,93	4,00	1,00	5,00	0,77			
İşaret, Sembol ve Eserler	Ortopedi	191	3,96	4,00	1,00	5,00	1,02	254.37		
	Dâhiliye	222	3,97	4,00	1,50	5,00	0,73	236.79	3,626	0,163
	Fizik	84	4,12	4,00	1,00	5,00	0,81	269.07		
	Toplam	497	3,99	4,00	1,00	5,00	0,87			
Hijyen	Ortopedi	191	4,02	4,00	1,00	5,00	0,95	250.20		
	Dâhiliye	222	4,01	4,00	1,00	5,00	0,80	237.62	4,598	0,100
	Fizik	84	4,29	4,00	2,75	5,00	0,57	276.35		
	Toplam	497	4,06	4,00	1,00	5,00	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Ortopedi	191	3,91	4,14	1,77	5,00	0,79	257.51		
	Dâhiliye	222	3,88	3,97	1,58	5,00	0,58	232.44	6,049	0,049
	Fizik	84	4,08	4,05	2,95	5,00	0,51	273.42		
	Toplam	497	3,93	4,03	1,58	5,00	0,66	Çok. Karş: 2-3		
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Ortopedi	191	4,04	4,17	1,92	5,00	0,66	252.92		
	Dâhiliye	222	3,99	4,00	2,33	4,92	0,52	224.91	18,649	0,001
	Fizik	84	4,26	4,33	2,75	5,00	0,49	303.75		
	Toplam	497	4,05	4,08	1,92	5,00	0,58	Çok. Karş: 1-3; 2-3		
Hastaların İyileşme Beklentisi	Ortopedi	191	3,91	4,00	1,33	5,00	0,86	252.77		
	Dâhiliye	222	3,84	4,00	1,33	5,00	0,81	238.66	2,766	0,251
	Fizik	84	4,01	4,00	2,33	5,00	0,80	267.74		
	Toplam	497	3,89	4,00	1,33	5,00	0,83			

Tablo 4.28’de yatarak tedavi olan hastaların ölçek puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasındaki farklılıklara ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları verilmiştir. Yatarak tedavi olan hastaların ortam koşulları puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Dâhiliye kliniğinde yatarak tedavi olan hastaların ortam koşulları puanları ortopedi kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Yatarak tedavi olan hastaların işlevsellik puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Dâhiliye kliniğinde yatarak tedavi olan hastaların işlevsellik puanları ortopedi kliniğinde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Yatarak tedavi olan hastaların algılanan sağlık hizmet kalitesi puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Fizik kliniğinde yatarak tedavi olan hastaların algılanan sağlık hizmet kalitesi puanları diğer kliniklerde tedavi olan hastaların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Yatarak tedavi olan hastaların diğer ölçek puanları bakımından tedavi oldukları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.29’de ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.29. Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

		Ortam Koşulları	Mekânsal Düzen	İşlevsellik	İşaret, Sembol ve Eserler	Hijyen	Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	r	0,768	0,806	0,842	0,814	0,814		
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		
	N	713	713	713	713	713		
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	r	0,559	0,505	0,627	0,562	0,610	0,699	
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
	N	713	713	713	713	713	713	
Hastaların İyileşme Beklentisi	r	0,320	0,304	0,212	0,174	0,230	0,305	0,269
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	N	713	713	713	713	713	713	713

Tablo 4.29’de görüldüğü üzere işlevsellik faktörü hastanenin fiziksel ortam algısı ve algılanan sağlık hizmet kalitesi ile en yüksek ilişkiye sahip alt faktördür ($r=0,842; 0,627$). Hastaların iyileşme beklentisi ile en yüksek korelasyona sahip alt faktör ortam koşulları ($r=0,320$) olmakla birlikte güçsüz bir ilişkidir.

Hastanenin fiziksel ortam algısı ile hastaların iyileşme beklentisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$). Bu ilişki güçlü olmamakla birlikte pozitif yönde bir ilişkidir ($r=0,305$). Hastanenin fiziksel ortam algısı arttıkça hastaların iyileşme beklentilerinin artması beklenir. Algılanan sağlık hizmet kalitesi ile hastaların iyileşme beklentisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$). Bu ilişki güçlü olmamakla birlikte pozitif yönde bir ilişkidir ($r=0,269$). Algılanan sağlık hizmet kalitesi arttıkça hastaların iyileşme beklentisinin de artması beklenir. Hastanenin fiziksel ortam algısı ile algılanan sağlık hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$). Bu ilişki güçlü ve pozitif yönde bir ilişkidir ($r=0,699$). Hastanenin fiziksel ortam algısı arttıkça algılanan sağlık hizmet kalitesi artar.

Tablo 4.30’da Hastaların ölçek puanlarının araştırmanın yapıldığı hastaneler arasındaki farklılıklarına ilişkin Mann-Whitney U Testi sonuçları verilmiştir. Hastaların Ortam Koşulları ölçek puanları ile İyileşme Beklentisi ölçeği puanları bakımından araştırmanın yapıldığı hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Hastaların Mekansal Düzen, İşlevsellik, İşaret, Sembol ve Eserler, Hijyen , Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı ile Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi ölçek puanları bakımından araştırmanın yapıldığı hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). S. B. Üniversite Hastanesi hastalarının bahsi geçen ölçek puanlarının Çekirge Devlet Hastanesi hastalarının puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.30. Hastaların Ölçek Puanlarının Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler Arasındaki Farklılıklarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

		n	Ort	Medyan	Min	Max	SS	Sıra Ort	z	p
Ortam Koşulları	Çekirge D. Hst.	380	3,83	4,0	1,2	5,0	0,80	344,07		
	S.B.Üni. Hst.	333	3,96	4,0	1,0	5,0	0,70	371,76	1,801	0,072
	Toplam	713	3,89	4,0	1,0	5,0	0,76			
Mekansal Düzen	Çekirge D. Hst.	380	3,53	3,6	1,0	5,0	0,86	305,96		
	S.B.Üni. Hst.	333	3,97	4,0	1,0	5,0	0,79	415,25	7,094	0,001
	Toplam	713	3,73	3,8	1,0	5,0	0,86			
İşlevsellik	Çekirge D. Hst.	380	3,65	3,8	1,0	5,0	0,82	288,34		
	S.B.Üni. Hst.	333	4,20	4,2	1,4	5,0	0,60	435,35	9,556	0,001
	Toplam	713	3,90	4,0	1,0	5,0	0,78			
İşaret, Sembol ve Eserler	Çekirge D. Hst.	380	3,83	4,0	1,0	5,0	0,94	313,08		
	S.B.Üni. Hst.	333	4,25	4,3	1,0	5,0	0,67	407,12	6,191	0,001
	Toplam	713	4,02	4,0	1,0	5,0	0,85			
Hijyen	Çekirge D. Hst.	380	3,88	4,0	1,0	5,0	0,90	312,72		
	S.B.Üni. Hst.	333	4,30	4,3	2,0	5,0	0,68	407,53	6,229	0,001
	Toplam	713	4,07	4,0	1,0	5,0	0,83			
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı	Çekirge D. Hst.	380	3,74	3,8	1,6	5,0	0,71	302,12		
	S.B.Üni. Hst.	333	4,13	4,2	2,1	5,0	0,54	419,63	7,601	0,001
	Toplam	713	3,92	4,0	1,6	5,0	0,66			
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi	Çekirge D. Hst.	380	3,85	3,9	1,8	5,0	0,68	297,98		
	S.B.Üni. Hst.	333	4,25	4,3	2,2	5,0	0,46	424,35	8,184	0,001
	Toplam	713	4,04	4,1	1,8	5,0	0,62			
Hastaların İyileşme Beklentisi	Çekirge D. Hst.	380	3,82	4,0	1,3	5,0	0,85	348,21		
	S.B.Üni. Hst.	333	3,91	4,0	1,0	5,0	0,83	367,03	1,227	0,220
	Toplam	713	3,86	4,0	1,0	5,0	0,84			

Tablo 4.31’da araştırma hipotezlerinin sonuçları toplu olarak sunulmuştur.

Tablo 4.31. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Araştırma Hipotezleri	Sonuç
H1. Hastanın hastanenin fiziksel ortam algısı, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H1a. Ortam koşulları algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H1b. Mekânsal düzen algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Red
H1c. İşlevsellik algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H1d. İşaretler, semboller ve eserler algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Red
H1e. Hijyen algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H2. Algılanan sağlık hizmet kalitesi hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Red
H3. Hastaların hastanenin fiziksel ortam algısı hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Red
H3a. Ortam koşulları hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H3b. Mekânsal düzen hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Kabul
H3c. İşlevsellik hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Red
H3d. İşaretler, semboller ve eserler hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Red
H3e. Hijyen hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkiler.	Red
H4. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, farklı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir.	Red
H5. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	Red
H6. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.	Kabul
H7. Hastanenin algılanan fiziksel ortamı gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.	Red
H8. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, hastanın yatarak veya ayakta tedavi olma şekline göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.	Red
H9. Hastanın hastane fiziksel ortam algısı, tedavi alınan kliniğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.	Kabul

5. ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölüm araştırma bulgularının yorumlarını, araştırmanın uygulamacılara katkılarını, araştırmanın kısıtları ve gelecek çalışmalar için önerileri içermektedir. Bu bölümde hastanelerin fiziksel ortamının hastaların algıladığı sağlık hizmet kalitesi ve hastaların iyileşme beklentileri ile olan ilişkisi bütünsel bir bakış açısı ile değerlendirilmektedir.

5.1 Sonuçlar

Bu çalışmada test edilen teorik model üç ana unsurdan oluşmaktadır. Birincisi hastanın hastanesinin fiziksel ortam algısı ve alt faktörlerinin, algılanan sağlık hizmet kalitesi ile olan ilişkisi; ikincisi algılanan sağlık hizmet kalitesinin hastanın iyileşme beklentisi ile olan ilişkisi; üçüncüsü ise hastanın hastanesinin fiziksel ortam algısı ve alt faktörlerinin, hastanın iyileşme beklentisi ile olan ilişkisidir.

Bu amaca ulaşmak için pazarlama literatüründe fiziksel ortam, hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisi kavramları detaylı olarak incelenmiştir. Pazarlama alanında fiziksel ortam algısı ve sağlık hizmet kalitesini anlamaya yönelik çok sayıda nitel ve nicel araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Bitner, 1992; Loureiro, 2015; Rosenbaum, 2005; Reimer ve Kuehn, 2005; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013; Wakefield ve Blodgett, 1996), hastanelerde bu alanlarda iyileşme beklentisini de modelleyerek derinlemesine yapılan az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Ek olarak, Türkiye'deki hastanelerde fiziksel ortam, hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisini modelleyerek inceleyen ilk çalışmadır. Bu yönüyle çalışma, orijinallik ve özgünlük taşımaktadır.

Araştırma modeli ve hipotezler geliştirilirken, fiziksel ortamın insan davranışlarına etkisini açıklayan Çevresel Psikoloji ve SOR Modeli (Mehrabian ve Russell 1974; Donovan ve Rossiter 1982) ile bireysel iyileşme beklentilerini açıklamada genel olarak kullanılan Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi (Bandura, 1977) ile Beklentilerin Entegre Modeli (Laferton, 2017) temel alınmıştır.

Araştırma modelinde yer alan fiziksel ortam, sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentisi değişkenleri ile ilgili literatürde daha önce farklı model ve çalışmalarda kullanılan güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış ölçekler bulunduğundan, araştırma modelini test etmek için yeni bir ölçek geliştirme ihtiyacı hissedilmemiş, mevcut ölçekler uyarlanarak kullanılmıştır.

Araştırma modelin sınanması için Bursa İlindeki Sağlık Bakanlığı Çekirge Devlet Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi dâhiliye, fizik tedavi, ortopedi klinik ve servisleri seçilmiş ve kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen hastalardan anket aracılığıyla veriler toplanmıştır. Araştırma modelinde yer alan yapılar arasındaki ilişkiler araştırma hipotezleri aracılığıyla incelenmiştir. İlk olarak, yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda hastanelerde fiziksel ortamın beş alt faktörden (Ortam koşulları, Mekânsal düzen, İşlevsellik, İşaret, sembol ve eserler, Hijyen) oluştuğu tespit edilmiştir.

Hatırlanacağı üzere, araştırmanın kavramsal modelinin üç ana değişkeninden ilki olan hastanenin fiziksel ortam algısı ve alt faktörlerinin, algılanan sağlık hizmet kalitesiyle ilişkisinin pozitif yönde olacağı ön görülmüş ve hipotezler bu şekilde kurgulanmıştır. Bu hipotezlerle fiziksel ortam ve alt faktörlerin bir bütün olarak yarattığı atmosferin, hastaların hastaneden algıladıkları sağlık hizmet kalitesine olan etkisini açıklamak amaçlanmıştır. Bu amaçla “Hastanenin fiziksel ortamı, algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkiler.” hipotezi test edilerek kabul edilmiştir. Fiziksel ortam algısı, algılanan sağlık hizmet kalitesinin %65 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Yani hastaların fiziksel ortam algısının pozitif yönde artmasıyla algıladıkları sağlık hizmet kalitesinin de büyük ölçüde artıracığı sonucuna varılmıştır. Pazarlama literatürü incelendiğinde bu sonucun daha önceki çalışmalarla (Azila-Gbette vd., 2013; Babakus ve Mangold, 1992; Dragomir vd.; 2013; Holder ve Berndt, 2011; Yaşa, 2012; Kayral, 2015) örtüştüğü görülmektedir. Azila-Gbette vd., (2013) fiziksel kanıtların kamu hastanelerinde hizmet kalitesi algısını ölçmeye yönelik çalışmalarında fiziksel çevre ile kaliteli sağlık sunumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit ederek, bu araştırmayla benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Holder ve Berndt’de (2011) yapmış oldukları çalışmada bu araştırmayla benzer sonuçlara ulaşmışlar, doğumhane hastalarında fiziksel ortamın algılanan servis hizmet kalitesine olan etkisini yarı deneysel tasarım yöntemiyle ölçmüşlerdir. Deneysel bağlamda değiştirilen fiziksel ortam ile birlikte hizmet kalitesi algısında önemli bir değişiklik gözlemlemişler ve sonuç olarak fiziksel ortamın algılanan hizmet kalitesini anlamlı biçimde etkilediğini tespit etmişlerdir. Bir diğer benzer çalışmada ise Dragomir vd. (2013) dış kliniği fiziksel ortamının hastaların bekleme süresi algısını etkilediğini, hastalar tarafından algılanan

fiziksel ortamın ise medikal ve teknik kalitenin algılanmasında etkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışmalarında fiziksel ortam ve algılanan servis hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran yazarlar (Azila-Gbette vd., 2013; Dobre, Dragomir ve Milovan-Ciuta, 2013; Holder ve Berndt, 2011; Hutton vd., 1995; Lee, 2011; Orava ve Tuominen, 2002; Pai ve Chary, 2014) bu ilişkinin anlamlı ve pozitif yönde olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada da hastaların hastanenin fiziksel ortam algısının algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkilediği ortaya çıkarılarak, fiziksel ortam ve algılanan servis hizmet kalitesi arasında var olan bu pozitif ilişki teyit edilmiştir.

Çevreden yani fiziksel ortamdan gelen uyarıcılar tüketicilerin duygu, algı ve hisleri üzerinde kayda değer ölçüde etki yaratarak, tüketicilerin bu uyarılara kendilerini iyi hissedecekleri davranışlarla karşılık vermelerini sağlamaktadırlar (Kotler, 1973; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2013). Sağlık hizmetlerinin soyut doğası gereği, hastalar başvuracakları hastaneden hizmet almadan önce daha fazla risk ve tehdit hissetmektedirler (Yıldırım ve Muslu, 2006). İnsanlar risk, tehdit ve belirsizlik altında genellikle karar alırken kestirme yöntemler kullanmaktadırlar (Kahneman ve Tversky, 1979). Kullanılan kestirme yöntemlerden biri de almak istedikleri hizmete yönelik somut ipuçlarıdır (Altunışık vd. 2009). Fiziksel ortam genel olarak tüketicilere satın alma kararını vermeleri halinde alacakları riskleri değerlendirmeleri için iyi bir araçtır (Koç, 2016). Algılanan sağlık hizmet kalitesi hastalar tarafından doğrudan hizmet sunan hastanenin performansı olarak da görülmektedir (Yaşa, 2012). Bu çalışmada hastanenin fiziksel ortamının algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkilediği teyit edilerek, hastanede iyi bir fiziksel ortam yaratmanın, beraberinde iyi bir sağlık hizmet kalitesi algısını getirerek tüketicilerin satın alma kararına yardımcı olunabileceği ortaya konulmuş, sağlık hizmet sunumu literatürü desteklenmiştir.

Bu çalışmada, hastanenin fiziksel ortamını oluşturan alt faktörlerin de hastane sağlık hizmet kalitesi algısı ile olan ilişkisi incelenmiştir. Bu faktörlerden ortam koşulları, işlevsellik ve hijyenin algılanan sağlık hizmet kalitesini pozitif yönde etkilediği ortaya konmuştur. Mekânsal düzen, İşaretler, semboller ve eserler ise hastaların algıladığı hizmet kalitesini pozitif yönde etkilememektedir.. Özetle, mekânsal düzen, işaretler, semboller ve eserler alt faktörlerinin algılanan sağlık hizmet kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bu durum

hastaların sağlık hizmet kalitesi algısında ortam koşulları, işlevsellik ve hijyene daha çok önem verdiklerini göstermektedir. İnsanların hissedilen bir tehdit veya olasılık karşısında çevrelerinde olan biteni kontrol altına alma arzusunun var olması (Koç, 2016), Ortam koşulları, işlevsellik ve hijyene daha çok önem vermelerinin altında yatan neden olarak gösterilebilir. Çalışma alanı hastaneler olunca hijyen ilk akla gelen faktörlerdendir. Araştırma sonucundan anlaşılabacağı üzere hastalar, sağlıklı kalmak ve kaybedilen sağlığa tekrar kavuşabilmenin temel şartının hijyenik ve steril bir ortama sahip kaliteli sağlık hizmetinden geçtiğini düşünmektedirler. İşlevsellik genel anlamda kullanılan tıbbi cihaz ve ekipman ile ilgilidir (Bitner, 1992). Araştırma sonucundan anlaşılabacağı üzere hastalar kendilerine müdahale edilirken kullanılan ekipmanın teknolojisi, güncelliği, kullanışlılığı gibi özelliklerine dikkat etmektedirler (Dragomir vd., 2013). Bu ekipmanların kendilerine yönelik bir tehdit ve olumsuz durum oluşturabilme ihtimali veya sağlıklarına kavuşma sürecinde kendilerine pozitif avantajlar sağlayabilme ihtimalini değerlendirdikleri düşünülmektedir. Ortam koşulları hastaların endişelendiği ve kalite unsuru olarak önem verdiği diğer bir başlık ve alt faktördür (Aliza-Gbette, vd., 2013). Hastanenin hava kalitesi, kokusu, aydınlık, gürültü gibi unsurlarında hastanın hizmete ulaşma sürecinde değerlendirdiği ve kendisine verilecek hizmet ve tedavi süreci hakkında önemli ipucu elde ettiği düşünülmektedir. Bu çalışmadaki hastalar mekânsal düzen, işaret, sembol ve eserler faktörlerinin algılanan sağlık hizmet kalitesinin oluşumunda fazla etkisinin olmadığını düşünmekte ve daha az önem atfetmektedirler.

Hatırlanacağı üzere, bu araştırmanın kavramsal modelinin üç ana değişkeninden ikincisi algılanan sağlık hizmet kalitesinin iyileşme beklentisi ile olan ilişkiydi. Çalışmada, algılanan sağlık hizmet kalitesinin hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkilemediği görülmektedir. Algılanan sağlık hizmet kalitesi değişkeninin hastaların iyileşme beklentileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmamasıyla birlikte, değişkenin hastaların iyileşme beklentisi üzerindeki etkisinin olduğu lakin çok düşük düzey bir etki olduğu gözlemlenmiştir. Fakat bu sonuç, kaliteli hastaneleri hastalar yüksek iyileşme beklentisini ön planda tutarak tercih etmektedirler düşüncesini desteklememektedir. Yani algılanan sağlık hizmet kalitesi değişkeni ve hastaların iyileşme beklentileri arasında güçlü bir ilişkinin olmaması hastaların kaliteli hastane taleplerinin başka değişkenlere bağlı olduğunu göstermektedir. Hastaların

hastane tercihlerinde kaliteyi ön planda tutmasının nedeni (Yaşa, 2012) hastaların iyileşme beklentilerinden ziyade hastalık sürecinde daha konforlu bir tedavi ve otelcilik isteklerinin olduğu düşünülmektedir. Bir anlamda kalite puanı yüksek olan kamu hastaneleri ve özellikle özel hastanelerde gerek maddi gerek tıbbi nedenlerle tedavi imkânı bulamayan hastaların, iyileşme beklentilerinde bir değişme olmayacağı öngörülmektedir. Bu hastaların sadece tedavi sürecince konforlu, rahat ve ferah bir yaşamdan feragat edecekleri düşünülmektedir. Hastaların hastane tercihlerinde kaliteyi ön planda tutmasının bir diğer nedenide, günümüz toplumlarında sağlık hizmeti tüketmenin sembolik anlam taşımasıdır. Özellikle ülkemizde kalitesi tescil edilmiş hastanelerden hizmet alarak, sağlık hizmetini tüketmek ihtiyaçtan ziyade toplumsal statüde bir üst basamakta yer almak gibi algılanmakta ve değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetini tüketmek böyle bir sembolik anlam kazanmışken, bu araştırma sonucunun algılanan sağlık hizmet kalitesi ile hastaların iyileşme beklentisi arasında kuvvetli bir ilişkinin var olmadığını göstermesi, hastaların sağlık hizmeti tüketirken mevcut alışkanlıklarını gözden geçirmesine ve yeni tutum belirlemelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın kavramsal modelinin üç ana değişkeninden üçüncüsü ise hastanenin fiziksel ortam algısı ve alt faktörlerinin hastaların iyileşme beklentileri ile olan ilişkisinin incelenmesidir. Bu çalışmada, hastanenin fiziksel ortam algısının hastaların iyileşme beklentisini pozitif yönde etkilemediği ortaya çıkmıştır. Fakat fiziksel ortam algısının alt faktörlerinden ortam koşulları ve mekânsal düzen, hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip oldukları görülmektedir. Ortam koşulları hastanın iyileşme beklentisini pozitif ve ortalama bir etki ile etkilediği görülmektedir. Ortam koşullarında meydana gelecek bir değişikliğin, hastaların iyileşme beklentilerini de olumlu olarak değiştirmesi beklenmektedir. Mekânsal düzen faktörünün hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin pozitif yönde düşük bir etki olduğu görülmüştür. İşaret, sembol ve eserler faktörünün hastaların iyileşme beklentisi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin negatif yönde çok düşük bir etki olduğu görülmektedir. İşlevsellik ve hijyen faktörleri ise iyileşme beklentisi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir. Ortam koşullarının hastaların iyileşme beklentisini diğer faktörlerden ziyade pozitif etkilemesinin altında yatan neden hastaların klinik

sonuçlarını doğrudan etkileyen önemli bir fiziksel ortam faktörü olması gösterilebilir (Rubin, vd., 1998). Koku, sıcaklık, ışık gürültü gibi ortam koşulları (Günaydın, 2014) hastayı fiziksel ve ruhsal yönden etkileyerek (Yıldırım ve Muslu, 2016), tedavi sonuçlarına direk etki ettiği bilinmektedir (Rubin, vd., 1998). Yani literatüre göre klinik iyileşme ortam koşullarıyla da ilişkilidir. Bizim çalışmamızda ortam koşullarının iyileşme beklentisini pozitif etkilediği ortaya çıkmıştır. Hastaların iyileşme beklentisi üzerinde etkisi olan ortam koşulları, mekânsal düzen, işlevsellik, işaret, sembol ve eserler ve hijyen faktörlerinin hepsi birlikte hastaların iyileşme beklentisinin %22'sini açıkladığı gözlemlenmiştir. Yani fiziksel ortam iyileşme beklentisinin beşte birini açıklamaktadır. Bu oran düşük olsa da hasta iyileşme beklentisini fiziksel ortam değişkenini de göz önünde bulundurarak vermektedir. Hastanede verilen tıbbi hizmetlerin, tıbbi müdahalelerin, doktorun tıbbi yeterlik tecrübesine olan inançların, kullanılan ilaçların etkisinin, hastaların içsel ve kişilik özelliklerinin hastaların iyileşme beklentilerinin geri kalan %78 kısmını oluşturduğu düşünülmektedir.

İnsanların hissedilen bir tehdit veya olasılık karşısında çevrelerinde olan biteni kontrol altına alma arzusu vardır. Geçmiş çalışmalarda, bu kontrol isteği ve arzusu tatmin edilen hastaların kendilerini daha stressiz hissetmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Koç, 2016). İyileşme beklentisi ise anı değerlendirerek hastaların geleceğe yönelik umut ve arzularını içermektedir (Laferton vd. 2017). İyileşme beklenti süreci sonunda hasta, ağrılarından kurtulmayı, yaşam kalitesini geri kazanmayı, önceki sosyal yaşamına dönmeyi umut etmektedir. Bu beklentiye inşa ederken çevresinden ipuçları aramakta ve gerçek iyileşmeye yönelik kendi öz yeteneğini bina etmektedir. Ulrich'e göre (2000) hastanın sağlığı, fiziksel çevre ile orta derecede bir uyum sağladığında daha iyiye gidecektir. Aşırı ışık, gürültü ve renk hastanın sağlığında olumsuz etki ve stres yapacağı, bu sebeple fiziksel ortamı, atmosferi ve ambiyansı iyi olan hastanede, iyileşmesi için her şeyin kontrol altında olduğunu düşünen hastanın iyileşme beklentisinin de yüksek olması beklenmektedir. Bu çalışmada fiziksel ortam tüm boyutlarıyla hastaların iyileşme beklentisinin %22'lik bir bölümünü açıklamakta olup yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermekte ve literatürü desteklemektedir.

Araştırmada bulunan diğer önemli sonuçlar ise şöyle özetlenebilir;

Hastanenin algılanan fiziksel ortamı, tedavi alınan poliklinik ve servise göre farklılık göstermektedir. Farklı poliklinik ve servislerde hastalar farklı fiziksel ortam algısal değerlendirmeleri yapmaktadırlar.

Hastanenin algılanan fiziksel ortamının hastaların yatarak veya ayakta tedavi olma şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermemesi dikkat çekmektedir. Literatür incelendiğinde yatan ve ayakta tedavi olan hastaların fiziksel ortam algıları arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Pai ve Chary, 2013). Bu çalışma, bu konu üzerinde literatürü destekler bir veri sunamamıştır.

Hastanenin fiziksel ortam algısı puanları bakımından hastaların eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puanları diğer hastaların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür. Ancak bu bulguyu açıklayacak bir literatür desteği ya da içgörü bulunamamıştır.

5.2 Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Katkılar Ve Öneriler

Araştırma bulguları, sağlık kuruluşları, yöneticileri, yatırımcıları ve yeni sağlık girişimcileri için dikkate değer sonuçlar ortaya koymaktadır. Ülkemizde ve dünyada sağlık hizmetlerinin ana damarını oluşturan hastaneler, sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli rolü oynamaktadırlar. Hastanelerin hastalar tarafından değerlendirilme kriterleri, hastaların göreceli olarak artan gelirlerinin yanında teknolojik, bilimsel ve yasal gelişmeler ile hasta merkezli hizmet anlayışının getirdiği rekabetle değişmekte ve her geçen gün artmaktadır. Hastaneler artan rekabette karlılıklarını ve varlıklarını sürdürmek için verdikleri hizmetleri farklılaştırma ihtiyacı duymaktadırlar (Sağ, 2018).

Hastaların beklentilerini karşılayacak fiziksel ortam yaratmak, hastalara verilecek hizmet hakkında en büyük ipuçlarındandır. Yani fiziksel ortam hastanelerin rekabette farklılaşma stratejileri için kullanabilecekleri güçlü bir araçtır. Özellikle Türkiye gibi hasta ile iletişimde reklam kullanımının yasak olduğu ülkelerde, pazarlama iletişimi için fiziksel ortam ile yaratılacak deneyimin olumlu olması, hem mevcut hastalar hem de potansiyel hastalarla iletişim kanalı olarak fiziksel ortamı daha değerli kılmaktadır.

Bu çalışmada, hastanede iyi bir fiziksel ortam yaratmanın, beraberinde iyi bir sağlık hizmet kalitesi algısını getireceği ortaya konmuştur. Algılanan sağlık hizmet

kalitesi hastalar tarafından doğrudan hizmet sunan hastanenin performansı olarak görülmekte ve ana tercih sebeplerinden birini oluşturmaktadır (Yaş, 2012). Bir başka güncel çalışmada (Sarioğlu, 2016) algılanan sağlık hizmet kalitesi, kurumsal imaj ve kimlik oluşturma'nın ana unsuru görülmekte ve hastaların bir sonraki hastane seçimleri üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Mohamed-Bawa-Mohideen ve Velnampy (2013) hastane fiziksel ortamın ve algılan kalitenin hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu ve memnun hastanın hastaneyi tavsiye ve tekrar tercih etme davranışında bulunacağı sonucuna varmışlardır.

Fiziksel ortam değişkeninin, sağlık hizmet kalitesi algısına olan etkisi incelenirken hastaların daha çok fiziksel ortamın alt faktörlerinden olan ortam koşulları, hijyen, işlevsellik üzerinden sağlık hizmet kalitesi algısına değer atfettikleri görülmektedir. Bu sonuç, iyi bir fiziksel atmosferde hizmet sunmak isteyen hastane yöneticilerinin, özellikle hastane ortamının kokusu, ısısı, gürültüsü, tıbbi cihazların durumunu, odaların ve ortamın genel temizliğini ön planda tutması gerektiğini ortaya koymaktadır.

İşlevsellik ise, hastane planlama aşamasında ve daha sonraki tadilat çalışmalarında hastaların hastaneyi kullanmadaki rahatlığı ve kolaylığını gözetken, üzerinde çok fazla çalışma yapılan alanların başında gelmektedir. Geleneksel hastane dizaynında genelde hastanelerin fonksiyonel işlevselliği göz önünde bulundurulsa da, günümüzde tüm bu fiziksel unsurların toplamda bir fiziksel atmosfer yaratmak için kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Hutton ve Richardson, 1995; Ulrich, 2000). Buna gerekçe olarak ise iyi tasarlanmış bir çevrede hastaların kaygılarının azaldığı, kan basıncının düştüğü, ağrılarının azaldığı gösterilmektedir. Günümüz modern mimarisinde hem geleneksel açıdan işlevsellik, hem de Ulrich'in (2000) bahsettiği sanatsal tarzda hastanın duygularına hitap eden eserler yaratmak mümkündür. Özellikle günümüz Türkiye'sinde sağlık hizmeti sunumu için devlet ve özel sektör tarafından yüzlerce hastanenin yapılmakta olduğu düşünüldüğünde hastane binalarının sadece fiziksel özelliklerinin değil, hastane olmanın ruhunu ve atmosferini yansıtacak şekilde fiziksel özelliklerinin tasarlanması ve inşa edilmesi gerekmektedir.

5.3 Gelecekteki Çalışmalara Yönelik Öneriler

Yapılan çalışmada ortam koşulları, mekânsal düzen, işaretler, semboller ve eserlerin hastaların iyileşme beklentilerini değiştirdiği ortaya konmuştur. Çalışmanın

kapsamı ve kısıtlarında düşünöldüğünde gelecek araştırmacılar için öneriler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Uzun süre tedavi gerektiren hasta gruplarına uygulanabilir.
- Sağlık durumu daha ağır ve ciddi hastalara uygulanabilir.
- Yaşam kalitesini etkileyen hastalık taşıyan hastalara uygulanabilir.
- Farklı demografik gruptaki hastalara (azınlıklar, etnik gruplar veya çocuk hastalara) uygulanabilir.
- Kronik hastalık sahibi hastalara uygulanabilir.
- Günümüzde hem kamu hastanelerinin hem de özel hastanelerin gündeminde olan sağlık turizmi için ölkemize gelen ve sayıları sürekli artan sağlık turistlerinin, sağlık tesisleri fiziksel ortam algılarını anlamak için sağlık turistlerine uygulanabilir.
- Özellikle kanser gibi psikolojik yönden zorlayıcı vakalara uygulanabilir, ve hastaların tedavi edildiğı hastanelerde fiziksel ortam ile hastaların hayata bağılığı ve iyileşme beklentisi arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilecek nitel çalışmalar yapılabilir.
- Bu çalışma Bursa iliyle sınırlı olduğundan, Bursa dışındaki hastanelerde de uygulanabilir.
- Bu çalışma özellikle özel hastaneler ayağında farklı bir örneklem kitlesiyle tekrarlanabilir.
- İyileşme beklentisi yüksek olan hastaların, klinik sonuçları ve tıbbi iyileşmeleri arasındaki ilişki araştırılabilir.
- İyileşme beklentisi kavramı üzerinde çalışılıp, beklentinin zaman düzlemine bakılabilir, hastalık esnası, sonrası ve bir yıl sonrası gibi projeksiyonlar yapılabilir
- İyileşme beklentisi ve ortam koşulları deneysel bir düzenekte de test edilebilir.
- İyileşme beklentisi ile ilgili bireysel (öz yeterlilik ve kişilik değeriendirmeleri) ve sosyal faktörler üzerine daha fazla odaklanılarak araştırmalar yapılabilir.
- Gelecek çalışmalarda doktor hasta etkileşimi ve iyileşme beklentisi çalışılabilir.
- Tek kişilik ve çok kişilik hasta kovuşlarını kullanan hastaların iyileşme beklentileri araştırılabilir.
- Ölkemizde yeni inşa edilen şehir hastanelerinde bu çalışma tekrarlanabilir.

- Sonraki çalışmalarda yeni fiziksel ortam boyutları eklenebilir.



KAYNAKÇA

- Ak, Bilal, (1990). *Hastane Yönetimi*. Ankara: Özkan Matbaacılık.
- Akalın, H. E. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları. [http:// www. ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-01/html/2004-11-1-005-009.html](http://www.ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-01/html/2004-11-1-005-009.html). (Erişim tarihi:29.03.2016)
- Akdur, R. (2000). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması*. Üçüncü Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akkuş, G. K. (2009). Otel İşletmelerinde Hizmet Atmosferi Oluşturulması: Kavramsal Bir Çalışma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, XI (2), 165-181.
- Altunışık, R. (2007). Anketlerde Veri Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Öntest (Pilot Test) Yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*. 02-1-17.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2007). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- American Society for Quality (ASQ), (2018). <http://asq.org/learn-about-quality/quality-assurance-quality-control/overview/overview.html>. (Erişim tarihi:29.03.2018)
- Argan, M. ve Argan, M. (2002). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma. *Ulusal Pazarlama Kongresi Bildiri Kitabı*, 133-150.
- Audhoe, S. S., Hoving, J. L., Nieuwenhuijsen, K., Frierson, R., de Jong, P. R., Sluiter, J. K. ve Frings-Dresen, M. H. (2012). Prognostic factors for the work participation of sick-listed unemployed and temporary agency workers with psychological problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 437-446.
- Avan, A. ve Özdemir, S. (2015). Zincir Otellerde Hizmet Ortami-Kullanici Etkilesimi Üzerine Nitel Bir Arastirma. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi, Journal of Consumer and Consumption Research*, 7(1), 87.
- Ayaz, H. ve Soykan, A. (2002). Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 3(1), 19-26.

- Aydın,E., (1995). Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı, *Ankara Tıp Mecmuası, The Journal. of the Faculty of Medicine*, Vol. 48:43-20.
- Ayvacic, H. T. ve Yorulmaz, O. T. (2007). Plasebo Etkisi: Kuramsal Yaklaşımlar ve Fizyolojik, Nörolojik ve Psikolojik Bozuklukların Tedavisindeki Rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, 10(19), 33.
- Ayyıldız, H. ve Cengiz, A.G.E. (2006). Pazarlama modellerinin testinde kullanılabilecek yapısal eşitlik modeli (YEM) üzerine kavramsal bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2).
- Azila-Gbette, E. M., Kwodjo Avorga, S. M., Danku, L. S. ve Atatsi, E. A. (2013). Physical Evidence and Quality Service Delivery in Public Hospitals in Ghana. *International Review of Management and Marketing*, 3(4), 153-163.
- Babakus, E. ve Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24(3), 253-268.
- Babakus, E. ve Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767.
- Bakırtaş, H. ve Altunışık, R. (2009). Mağaza İçi Atmosferin Tüketicilerin Satın Alma Davranışı Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Çalışma. *Journal of Consumer and Consumption Research*,2(1), 95-118.
- Baker, J. (1987). *The role of the environment in marketing services: The consumer perspective*. Chicago: American Marketing Association.
- Baker, J., Levy M. ve Grewal, D. (1992). An Experimental Approach To Making Retail Store Environmental Decisions, *Journal of Retailing*, 68 (4), 445-460.
- Bakırtaş, H. (2013). Mağazanın Sosyal Boyutunun Tüketim Duyguları ve Tüketici Tatmini Üzerindeki Etkisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1).
- Bakırtaş, H. ve Altunışık, R. (2009) Mağaza içi Atmosferin Tüketicilerin Satın Alma Davranışı Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Çalışma, *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1 Sayı 2 95-118.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Başlevent, Cem, (2010). Avrupa’da Yaşlılık Algısı: Kim Yaşlı, Kim Genç?, Radikal, 7 Kasım 2010.<http://www.radikal.com.tr/yorum/avrupada-yaslilik-algisi-kim-yasli-kim-genc-1028203/> (Erişim tarihi: 18.09.2018).
- Benight, C. C. ve Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1129-1148.
- Bekar, A. ve Sürücü, Ç. (2015). Yiyecek İçecek İşletmesi Tasarımının Tüketici Tercihleri Üzerindeki Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 349-376.
- Bitner, M.J. (1992). Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing* 56 (April), 57–71.
- Bitner, M. J., Booms, B. H. ve Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *The Journal of Marketing*, 71-84.
- Booms, BH. ve Bitner, MJ. (1981). "Marketing strategies and organisation structures for service firms". In Donnelly, J; George, WR. *Marketing of Services*. Chicago, IL: American Marketing Association.
- Booms, B. H. ve Bitner, M.J. (1982). Marketing services by managing the environment. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 23(1), 35-40.
- Boomsma, A., ve Hoogland, J.J. (2001). The robustness of LISREL modeling revisited. *Structural equation models: Present and future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog*, 2(3), 139-168.
- Bollen, K. A. ve Long, J. S. (1993). *Testing Structural Equation Models*. California:Sage Publications.
- Browne, M. W. (1987). Robustness of statistical inference in factor analysis and related models. *Biometrika*, 74(2), 375-384.

- Busse, J. W., Bhandari, M., Guyatt, G. H., Heels-Ansdell, D., Kulkarni, A. V., Mandel, S., ve Wai, E. (2012). Development and validation of an instrument to predict functional recovery in tibial fracture patients: the Somatic Pre-Occupation and Coping (SPOC) questionnaire. *Journal of orthopaedic trauma*, 26(6), 370.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2018). "Life Expectancy" <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/older-american-health.htm> (Erişim tarihi: 28.10.2018).
- Churchill, G. A. ve Surprenant, C. (1982), An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, 19 (November), 64–73.
- Cole, D. C., Mondloch, M. V. ve Hogg-Johnson, S. (2002). Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes—a prospective study. *Canadian Medical Association Journal*, 166(6), 749-754.
- Collett, P. L. (2008). *Servicescape and customer satisfaction: The role of strategy*. Doctoral dissertation, The University of Texas at Arlington, USA.
- Cronin, J. Joseph Jr, Ve Taylor, S. A. (1992). "Measuring Services Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, Vol 56, No 3, s. 58.
- Cronin, J.J. Jr. Ve Taylor, S.A. (1994). "SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Curran, P. J., West, S. G. ve Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16.
- Çakır, A. (2008). *Hasta güvenliği kùltürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çayır, K. (2012). Yaşçılık/Yaşa Dayalı Ayrımcılık. K. Çayır ve M. Ayan Ceyhan (Der.), *Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar İÇerisinde* (s.167-169).İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

- Çelik, H. (2009). Hizmet ortamının şehirlerarası yolcu taşıma hizmetlerinde algılanan kalite üzerindeki etkisinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 38(2), 157-183.
- Çelik, H. E. ve Yılmaz, V. (2009). *LİSREL ile yapısal eşitlik modellemesi*. İstanbul: Anı Yayınları.
- Çiçek, R., Kara, B., ve Koyuncu, K. (2006). “Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma”, *MPM Verimlilik Dergisi*.
- Çokluk,Ö., Şekercioğlu G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi. 2. Baskı.
- Çoruh, M. (1994). *Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Danacı, B. (2010). *Sağlık Bakanlığı üniversite ve özel hastanelerin yataklı birimlerinde görev yapan hemşirelerin iş tatminlerinin karşılanması*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kütahya.
- Daunt, K. L. ve Harris, L. C. (2012). Exploring the forms of dysfunctional customer behaviour: A study of differences in servicescape and customer disaffection with service. *Journal of Marketing Management*, 28(1-2), 129-153.
- DeVellis, R. F. (2003). Factor analysis. Scale development, theory and applications. *Appl. Soc. Res. Method Ser*, 26, 10-137.
- Dedeoğlu, B. B., Balıkcıoğlu, S., Güral, F. N. ve Gürkan, K. (2014). Farklı Milletler, Farklı Algılar: Hizmet Alanında Bir Araştırma (Different Nations. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 3, 10.
- Demirtaş, H. A. (2004). Sosyal Sınıflandırma, Kişilerarası Beklentiler ve Kendini Doğrulayan Kehanet. *İletişim Araştırmaları*, 2(2), 33-53.
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.

- Dobre, C., Dragomir, A. C. ve Milovan-Ciuta, A.-M. (2013). A marketing perspective on the influences of waiting time and servicescape on perceived value. *Management & Marketing*, 8(4).
- Donovan, R. J. ve Rossiter, J. R. (1982). Store atmosphere-an environmental psychology approach. *Journal of retailing*, 58(1), 34-57.
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 173-192.
- Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1(4), 247.
- Dunteman, G. H. (1989). *Principal components analysis* (No. 69). Sage.
- Durna, U. ve Dedeoğlu, B. B. (2013). Uluslararası Otel İşletmelerindeki Müşterilerin İmaj Algılamalarında Hizmet Alanının Fiziksel ve İletişimsel Sunumunun Rolü. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 5(3).
- Ebrahim, S., Malachowski, C., El Din, M. K., Mulla, S. M., Montoya, L., Bance, S. ve Busse, J. W. (2015). Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 240-255.
- Edvardsson, B., Enquist, B. ve Johnston, R. (2010). Design dimensions of experience rooms for service test drives: case studies in several service contexts. *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(4), 312-327.
- Engin, Y.D. (1995). Ölçeklerde Geçerlilik ve Güvenilirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 125-148.
- Eiseman, L. (1998). *Colors For Your Every Mood*, Virginia: Capital Books.
- Ercan, İ. ve İsmet, K. A. N. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdem, Ş. (2007). *Sağlık hizmetleri pazarlaması: Hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Evans, J. R. ve Lindsay W. M (1999). *The Management and Control of Quality 4th edition South-Western College Publishing*, Cincinnati Ohio. USA
- Fottler, M. D., Ford, R. C., Roberts, V. ve Ford, E. W. (2000). Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45(2), 91-106.
- Francis, S. (2010). *Plan for Uncertainty: Design For Change*. In M. Kaioglou & P. Tzortzouplos (Eds.), *Improving healthcare through built environment infrastructure* (pp. 40-52). Oxford: Blackwell.
- GAO, G. (2003). *Specialty hospitals: Geographic location, services provided, and financial performance*. General Accounting Office, Washington, DC.
- Gencel, U. (2001). Yükseköğretim hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve akreditasyon. *D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 164-180.
- Gökçe, O. ve Buldukoğlu, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta” ve Etik Sorunlar. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(29), 38-61.
- Günaydın, M. (2014). Hastaneler gerçekten şifa dağıtıyor mu? *ANKEM* 58-62.
- Griffin, D. (2011). *Hospitals: What they are and how they work*, San Marcos: Jones & Bartlett Learning.
- Gronroos, C. (1990). *Service management and marketing: Managing the moments of truth in service competition*. Lexington books.
- Gross, D. P. ve Battié, M. C. (2005). Work-related recovery expectations and the prognosis of chronic low back pain within a workers’ compensation setting. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(4), 428-433.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Hagen, E. M., Svensen, E. ve Eriksen, H. R. (2005). Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine*, 30(24), 2717-2723.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., ve Tatham, R. L. (1998). *Multivariate data analysis*, Upper Saddle River, NJ: Prentice hall, 5(3), 207-219.
- Harris, L. C. ve Ezech, C. (2008). Servicescape and loyalty intentions: an empirical investigation. *European Journal of Marketing*, 42(3/4), 390-422.
- Hatipler, M. (2017). Postmodernizm, Tüketim, Popüler Kültür ve Medya. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 32-50.
- Hayden, J. A., Tougas, M. E., Riley, R., Iles, R. ve Pincus, T. (2014). Individual recovery expectations and prognosis of outcomes in non-specific low back pain: prognostic factor exemplar review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Heymans, M. W., De Vet, H. C., Knol, D. L., Bongers, P. M., Koes, B. W. ve Van Mechelen, W. (2006). Workers' beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *Journal of occupational rehabilitation*, 16(4), 685-695.
- Hightower, R., Brady, M.K. ve Baker, T.L. (2002). Investigating the Role of the Physical Environment in Hedonic Service Consumption: An Exploratory Study of Sporting Events, *Journal of Business Research*, 55(9), 697-707.
- Hogg-Johnson, S. ve Cole, D. C. (2003). Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 244-253.
- Holder, M. ve Berndt, A. (2011). The effect of changes in servicescape and service quality perceptions in a maternity unit. *International journal of health care quality assurance*, 24(5), 389-405.
- Hooper, D., Coughlan, J. ve Mullen, M. R. (2013). The servicescape as an antecedent to service quality and behavioral intentions. *Journal of Services Marketing*, 27(4), 271-280. doi: doi:10.1108/08876041311330753
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*: Sage Publications.

- Hutton, J. D. ve Richardson, L. D. (1995). Healthscapes: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors. *Health Care Management Review*, 20(2), 48-61.
- İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 1964 5. 27:1-7.
- Ingrid, Y. L. (2002). The Impact of Hotel Servicescape on Customers' Impression: The Moderating Effects of Cognitive styles and Cultural Specificity on Servicescape Structure. *Sustainable Tourism and Leisure Industry Tourism Symposium*, 2.
- Ishak, W. W., Bonifay, W., Collison, K., Reid, M., Youssef, H., Parisi, T., ve Cai, L. (2017). The recovery index: A novel approach to measuring recovery and predicting remission in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 369-374.
- Jabnoun, N. ve Chaker, M. (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), 290-299.
- Jeon, S., ve Kim, M.-s. (2012). The effect of the servicescape on customers' behavioral intentions in an international airport service environment. *Service Business*, 6(3), 279-295.
- Jones, P. (2008). *Handbook of hospitality operations and IT*: Routledge.
- Jones, K. R., Burney, R. E., Peterson, M. ve Christy, B. (2001). Return to work after inguinal hernia repair. *Surgery*, 129(2), 128-135.
- Jun, M., Peterson, R. T., ve Zsidisin, G. A. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review*, 23(4), 81-96.
- Kahneman, D. ve Tversky, A., 1979. Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk, *Econometrica*, 47: 2, 263-291
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (Vol. 5). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

- Kalidas, V. (2015). Constructing a Servicescape Scale for Higher Education Institutions. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 6(3), 191.
- Kama, S. ve Erdoğan, B.Z. (2015). Tüketicilerin Restoran Tercihlerinde Fiziksel Kanıtların Rolünün İncelenmesi Üzerine Bir Nitel Araştırma. *16. Ulusal Turizm Kongresi Bildiriler Kitabı*, 20.
- Kamu Hastane Birlikleri Raporu, (2014). *Ankara, açık ceza evi matbaası*.
- Kanji, G. K. (2002). Business excellence: make it happen. *Total Quality Management*, 13(8), 1115-1124.
- Karaçor, S. ve Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlaması Karmaşı Unsurlarının Hasta Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selcuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi Akademik Dergisi*, 8(2), 90-118.
- Karakaş, S. (2012). Yaşlanmanın Anatomisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 23-29.
- Karakaşoğlu, M. ve Arslan, F. M. (2016). Mağaza Hizmet Ortamının Marka İmajına Ve atın Alma Niyetine Etkisi: P&B VE H&M ÖRNEĞİ. *Öneri Dergisi*, 12(46), 223-244.
- Karakoç, A.G. D. F. Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çabalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40(40).
- Kavuncubaşı, Ş., Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Uzkesici, N.(Editörler) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları.
- Kayral, İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli, *Verimlilik Dergisi*, s. 65-81.
- Kayral, İ. (2015). *Beklenen, Gerçekleşen, Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kim, W. G. ve Moon, Y. J. (2009). Customers' cognitive, emotional, and actionable response to the servicescape: A test of the moderating effect of the restaurant type. *International Journal of Hospitality Management*, 28(1), 144-156.

- Kitapçı, M. (1999). ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler, Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı.
- Kızılçelik, S. (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, İzmir: Saray Kitabevleri.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford, 2.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge
- Koç, E. (2016). *Hizmet Pazarlaması ve Yönetimi: Global ve Yerel Yaklaşım*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Kotler, P. (1973). Atmospherics as a marketing tool. *Journal of retailing*, 49(4), 48-64.
- Kotler, P.(1987). *Marketing for healthcare organizations*. Englewood Cliffs,NJ: Prentice-Hall.
- Kotler, P. ve Cox, K. K. (1980). *Marketing management and strategy*. Prentice Hall.
- Kotler, P. ve Keller, k. (2006). *Marketing management. 12th Edition, Pearson Education Inc*, New Jersey.
- Laferton, J. A., Kube, T., Salzmänn, S., Auer, C. J. ve Shedden-Mora, M. C. (2017). Patients' Expectations Regarding Medical Treatment: A Critical Review of Concepts and Their Assessment. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Lee, S. (2011). Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: Service design perspective. *International Journal of Design*, 5(2), 61-71.
- Lee, S. Y. ve Kim, J. H. (2014). Effects of servicescape on perceived service quality, satisfaction and behavioral outcomes in public service facilities. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 13(1), 125-131.
- Leedham, B., Meyerowitz, B. E., Muirhead, J. ve Frist, W. H. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14(1), 74.

- Lehtinen, U. ve Lehtinen, J. R. (1991). Two approaches to service quality dimensions. *Service Industries Journal*, 11(3), 287-303.
- Lemprecht, B. (1996). The gap between design and healing. *Metropolis*, 77, 123.
- Lewin, K. (1951), *Field Theory in Social Science*, New York: Harper
- Lin, B. Y.-J., Leu, W.-J., Breen, G.-M. ve Lin, W.-H. (2008). Servicescape: Physical environment of hospital pharmacies and hospital pharmacists' work outcomes. *Health Care Management Review*, 33(2), 156-168.
- Lovelock, C. H. (1994), *Prodtict Plus*. New York: McGraw-Hill.
- Lovelock, C. H. ve Yip, G. S. (1996). Developing global strategies for service businesses. *California management review*, 38(2), 64-86.
- Mahomed, N. N., Liang, M. H., Cook, E. F., Daltroy, L. H., Fortin, P. R., Fossel, A. H. ve Katz, J. N. (2002). The importance of patient expectations in predicting functional outcomes after total joint arthroplasty. *Journal of Rheumatology*, 29(6), 1273-1279.
- Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika* 57 (3): 519-530.
- McDougall, G. H. ve Levesque, T. (2000). Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. *Journal of services marketing*, 14(5), 392-410.
- Medabesh, A. ve Upadhyaya, M. (2012). Servicescape and Customer Substantiation of Star Hotels in India's Metropolitan City of Delhi. *Journal of Marketing & Communication*, 8(2).
- Mehrabian, A. ve Russell, J. A. (1974). *An Approach to Environmental Psychology*. The MIT Press.
- Miller, F. G. ve Rosenstein, D. L. (2006). The nature and powerof the placebo effect. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 331-335.
- Nakip, M. (2003) *Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Odabaşı, Y. (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:409.
- Odabaşı, Y., (2001) *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Osgood, Charles E. (1965), “Cross-Cultural Comparability in attitude Measurement via Multilingual Semantic Differentials”, Martin Fishbein (Ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement* içinde, New York: Wiley & Sons Inc, 1967, s. 108-116.
- Ovacı, C. (2015). *Açık İnavasyon ve Tüketicilerin Birlikte Yaratma Davranışını Etkileyen Faktörler*. Doktora tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Örgev, C. (2010). Hastanelerin Acil Servis Çalışma Koşullarının Hizmet Kalitesine Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. H. Kırılmaz (Ed.). *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* 476-495. Ankara.
- Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. 5. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özel Hastane Yönetmeliği. (2002). T.C. Resmi Gazete, 24708, 27 Mart 2002.
- Öztürk, M. (2000). *Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar*. MTM Yayın, İstanbul.
- Öztürk, S. A. (2010). *Hizmet pazarlaması: kuram, uygulama ve örnekler*. Ekin Yayınevi.
- Öztürk, S. A. (2013). *Hizmet pazarlaması: kuram, uygulama ve örnekler*. Ekin Yayınevi.
- Pai, Y. ve Chary, S. (2013). Assessing Healthscapes—a comparison among inpatients and outpatients. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 2(1), 521-527.

- Pai, Y. P. ve Chary, S. T. (2014). The impact of healthscape on service quality and behavioral intentions. *International Journal of conceptions on management and social sciences*, 2(2), 18-22.
- Pakdil, F. (2007). *Sağlık sektöründe kurumsal performans yönetimi, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, ed: Ateş H, Kırılmaz H, ve Aydın S, (ss. 114- 150), Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Pamuk, E. (Ed.). (1999). *Health United States 1998: With Socioeconomic Status and Health Chart Book*. DIANE Publishing.
- Parasuraman A, Berry LA ve Zeithaml VA.(1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retailing*, 67(4):420-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Moss-Morris, R. ve Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445.
- Reimer, A. ve Kuehn, R. (2005), “The impact of servicescape on quality perception”, *European Journal of Marketing*, 39(8), 785-808.
- Reiso, H., Nygård, J. F., Jørgensen, G. S., Holanger, R., Soldal, D. ve Bruusgaard, D. (2003). Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine*, 28(13), 1468-1473.
- Reynold, N., A. Diamantopoulos ve B. Schlegelmilc (1993). “Pretsting in questionnaire desingn: A review of the literature and suggestions for furter reserach”, *Journal of the Market Research Sociaety*, 35(2), 171-182.
- Rideout, E., & Montemuro, M. (1986). Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. *Journal of advanced nursing*, 11(4), 429-438.

- Rosenbaum, M. S. (2005). The symbolic servicescape: Your kind is welcomed here. *Journal of Consumer Behaviour*, 4(4), 257-267.
- Rosenbaum, M. S. ve Massiah, C. (2011). An expanded servicescape perspective. *Journal of Service Management*, 22(4), 471-490.
- Rubin, H. R., Owens, A. J. ve Golden, G. (1998). *Status report (1998): An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes*. Martinez, CA: Center for Health Design.
- Sağlık, (2016). 12 Şubat 2016 tarihinde <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> adresinden erişildi.
- Sarı, Kerem, (2018) “Hangi Yaş Aralıklarında Ergen, Genç, Yetişkin ve Yaşlıyız”, 23 Ağustos 2018. <https://keremsari.com/hangi-yas-araliklarinda-ergen-genc-yetiskin-ve-yasliyiz/> (Erişim tarihi: 18.10.2018).
- Sag, I., Zengul, F. D., ve Landry, A. Y. (2018). Patient Perceptions of Servicescape in Healthcare: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Healthcare Management*, 63(2), 94-104.
- Sağlık Bakanlığı Hastanelerin Sektörlere Göre Dağılım Raporu, (2015). Erişim adresi: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>
- Sağlık Bakanlığı Yıllığı, (2016). Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J. C., Martínez, J. M., ve Benavides, F. G. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1), 15-26.
- Sarioğlu, E. (2016). Sağlıkta kalite yönetiminin kurum kimliğine etkisi üzerine bir alan araştırması. D.Ünal (Ed.), VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi bildiriler kitabı içinde (ss. 37-59). Antalya
- Satorra, A. ve Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent*

- variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Schmenner, R. W. (1986). How can service businesses survive and prosper?. *Sloan Management Review* (1986-1998), 27(3), 21.
- Schultz, I., Crook, J., Meloche, G., Berkowitz, J., Milner, R., Zuberbier, O. ve Meloche, W. (2004). Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*, 107(1), 77-85.
- Schulz, R. ve Johnson, A. C. (2003). *Management of hospitals and health services: strategic issues and performance*. Beard Books.
- Sevta, Ü. N. A. L., Akkuş, G. ve Akkuş, Ç. (2014). Yiyece İçecek İşletmelerinde Atmosfer, Duygu, Memnuniyet ve Davranışsal Sadakat İlişkisi. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 1(1), 23-49.
- SHGM. (2011). Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. *Baskı. Bakanlık Yayın*, (814), 10.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*, New York: Jhonn Wiley ve Sons Inc.
- Siu, N. Y.-M., Wan, P. Y. K. ve Dong, P. (2012). The impact of the servicescape on the desire to stay in convention and exhibition centers: The case of Macao. *International Journal of Hospitality Management*, 31(1), 236-246.
- Stevens J. (1992). *Applied Multivariate Statistics for Social Sciences*. 2nd. ed. New-Jersey:Lawrance Erlbaum Associates Publishers. pp. 247-248.
- Straub, D., Boudreau, M.C ve Gefen, D. (2004). Validation guidelines for IS positivist research, *Communications of the Association for Information Systems*, 13, 380-427.
- Şahin, B., Çelik, Y. ve Tengillimoğlu, D., (2013). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, Ankara, Ekinoks Yayıncılık.

- Tarım, M. (2009). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi” Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi (Ed. A. Coşkun – A. Akın), Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- MEGEP (2008). Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri), Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi, Ankara.
http://ismek.ist/files/ismekOrg/file/2013_hbo_program_modulleri/tedavihizmetleritibbiterimler.pdf , Erişim tarihi:10.05.2016.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tombs, A. ve McColl-Kennedy, J. R. (2003). Social-servicescape conceptual model. *Marketing theory*, 3(4), 447-475.
- TÜRKÇE SÖZLÜK (2011). Türk Dil Kurumu Yayınları, 11. bs. Ankara.
- Ulrich, R. S. (2000). Evidence based environmental design for improving medical outcomes. In *Proceedings of the Healing by Design: Building for Health Care in the 21st Century Conference, Montreal, Quebec, Canada*.
- Ulrich, R., Zimring, C., Quan, X., Joseph, A., ve Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century. *The Center for Health Design*.
- Uz, M. H. (1995). Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri. 1. *Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, ss, 49-56.
- Van den Berg, A. E. (2005). *Health impacts of healing environments; a review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*. UMCG.
- Wakefield, K.L. ve Blodgett, J.G. (1996). "The effect of servicescapes on customers’ behavioural intentions in leisure service settings", *Journal of Services Marketing*, Vol. 10, No. 6, pp. 45-61.

- Wakefield, K. L. ve Blodgett, J. G. (1999). Customer response to intangible and tangible service factors. *Psychology & Marketing*, 16(1), 51-68.
- Wilson, A., Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. ve Gremler, D. D. (2012). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*(No. 2nd Eu). McGraw Hill.
- World Health Organization, (1948). Constitution of the World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Erişim tarihi: 22.04.2015.
- WHO, (2018). http://www.who.int/topics/health_services/en/ Erişim Tarihi: 10.04.2016
- Yang, C. C. (2003). Establishment and applications of the integrated model of service quality measurement. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), 310-324.
- Yaşa, E. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık lişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. *Çukurova Üniversitesi*.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983). Resmi Gazete, T. 13.01. 1983. <http://www.who.int/topics/hospitals/en/> ErişimTarihi: 02.05.2017
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldırım, K. ve Muslu, M. S. (2006). Poliklinik Bekleme Alanlarında Çevresel Faktörlerin Kullanıcıların Fonksiyonel ve Algı-Davranışsal Performansına Etkisi: Gazi Hastanesi Çocuk Polikliniği. *Politeknik Dergisi*, 9(1), 39-52.
- Yılmaz, V. ve Çelik, H. E. (2009). *Lisrel ile Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Ankara: I. Pegem Akademi.
- Yükçü, S.,ve Yüksel, İ. (2015). Hastane İşletmelerinde Kısıtlar Teorisi Yaklaşımı ve Örnek Bir Uğlama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 29(3).
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2006). Integrating customer focus across the firm. *Services marketing, New York, Mc-Graw-Hill/Irwin*.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., ve Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the academy of Marketing Science*, 21(1), 1-12.

Zeithaml, V. A. ve Bitner, M. J. (1996). *Services Marketing* . New York: McGrawHill.

Zengin, E.,ve Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Journal of Qafqaz University*, 3(1), 43-56.



EKLER LİSTESİ

EK-1. Pilot Uygulamada Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

EK-2. Pilot Uygulamada Faktör Analizi Sonuçları (Hastanede Fiziksel Ortam Algı Ölçeği)

EK-3. Etik Kurul İzni

EK-4. Uygulama İzin Belgeleri

EK-5. Anket Örneği



EK 1. Pilot Uygulamada Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alfa	N
Hastanenin Fiziksel Ortam Algısı Ölçeği	0,949	24
Algılanan Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçeği	0,940	15
Hastaların İyileşme Beklentisi Ölçeği	0,739	5

EK 2. Pilot Uygulamada Faktör Analizi Sonuçları (Hastanede Fiziksel Ortam Algı Ölçeği)

Faktör	Eigen Değeri			Döndürülmüş Kareler Toplamı Yükleri (Varimax)		
	Toplam	Açıklanan Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Açıklanan Varyans %	Kümülatif %
1	11,642	48,506	48,506	4,932	20,550	20,550
2	1,908	7,951	56,458	4,316	17,984	38,534
3	1,552	6,466	62,924	3,591	14,961	53,495
4	1,216	5,066	67,990	2,893	12,054	65,549
5	1,016	4,233	72,223	1,602	6,674	72,223
6	0,959	3,994	76,217			
7	0,817	3,404	79,621			
8	0,602	2,510	82,131			
9	0,568	2,365	84,496			
10	0,509	2,120	86,616			
11	0,487	2,029	88,645			
12	0,419	1,745	90,391			
13	0,371	1,547	91,937			
14	0,346	1,442	93,379			
15	0,285	1,189	94,569			
16	0,263	1,094	95,663			
17	0,213	0,888	96,551			
18	0,189	0,787	97,337			
19	0,163	0,678	98,016			
20	0,139	0,580	98,596			
21	0,120	0,500	99,096			
22	0,088	0,365	99,461			
23	0,077	0,320	99,781			
24	0,053	0,219	100,000			

EK 3. Etik Kurul İzni

1- Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik kurul kararı üst yazısı

Ana. Üni. Evrak Tarih ve Sayısı: 23/06/2017-E.51113



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 66166206-050.99
Konu : Etik Kurulu Kararı hk.

Sayın İlhan SAĞ

Dilekçeniz ile istenilen, "Hastanelerde Fiziksel Ortamın (Servicescape) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasına ilişkin talebiniz Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup konuya ilişkin karar yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Kemal YILDIRIM
Müdür

Ek:Etik Kurulu Kararı

Evrak Doğrulamak İçin: <http://belgedogrulama.anadolu.edu.tr/enVision-Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEKV4MM33> Pin Kodu: 94391
Yunus Emre Kampüsü Tepebaşı/Eskişehir
Telefon No: +90 222 335 08 95/3243/1261 Faks No: +90 222 335 05 95
E-Posta: sosens@anadolu.edu.tr İnternet Adresi: www.sosbilens.anadolu.edu.tr

Bilgi İçin: Gülsu YÜCEL
Unvan: Büro Personeli



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

2- Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik kurul karar belgesi

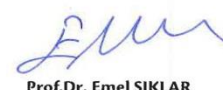
Evrak Kayıt Tarihi: 02.06.2017

Protokol No: 65446

Tarih: 21.06.2017



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERÎ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Doktora Tez Çalışması
KONU:	Sosyal Bilimler
BAŞLIK:	Hastanelerde Fiziksel Ortam'ın (Servicescape) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Prof. Dr. Gülfidan BARIŞ
TEZ YAZARI:	İlhan SAĞ
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu
 Prof. Dr. Coşkun BAYRAK (Başkan-Eğitim Fak.)	
 Prof. Dr. T. Volkan YÜZER (Başkan Yardımcısı-Açıköğretim Fak.)	 Prof. Dr. Esra CEYHAN (Eğitim Fak.)
 Prof. Dr. Münevver ÇAKI (Güzel Sanatlar Fak.)	 Prof. Dr. M. Erkan ÜYÜMEZ (İkt. ve İdari Bil. Fak.)
 Prof. Dr. Handan DEVECİ (Eğitim Fak.)	 Prof. Dr. Emel ŞIKLAR (İkt. ve İdari Bil. Fak.)

EK 4.Uygulama İzin Belgeleri

1- Uygulama izin talebi üst yazısı

Ana. Üni. Evrak Tarih ve Sayısı: 10/07/2017-E.38733



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 88553808-774.99
Konu : İlhan SAĞ'ın Doktora Tezi Uygulama
İzin Talebi

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik
Yazı İşleri Müdürlüğüne

İlgi : 28/06/2017 tarihli ve 69124690-51586 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sosyal Birimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi İlhan SAĞ, Prof. Dr. Gülfidan BARIŞ'ın danışmanlığında "Hastanelerde Fiziksel ortamın (Servicescape) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi" başlıklı çalışmanın birliğimize bağlı Çekirge Devlet Hastanesi ve SBÜ Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinde anket sorularını uygulaması için Genel Sekreterliğimiz Makamının 04.07.2017 tarih ve 155065 sayılı Oluru Ek'te gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

EK: Makam Oluru (1 sayfa).

Ali ERMİSTEKİN
Bursa KHB Genel Sekreterliği
05 Temmuz 2017

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nüfus/BURSA

Faks No:02246003398

e-Posta: fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224 6003300-1152

E-Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0abbe657-6153-4dbe-81ae-23b0da93dc82 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Fatma DOĞAN

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0224 600 33 00 / 1153

2- Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Uygulama İzni Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 88553808-774.99
Konu : İlhan SAĞ'ın Doktora Tezi
Uygulama İzin Talebi

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Anadolu Üniversitesi Sosyal Birimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi İlhan SAĞ, Prof.Dr. Gülfidan BARIŞ'ın danışmanlığında "Hastanelerde Fiziksel Ortamın (Servicescape) Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastaların İyileşme Beklentilerine Etkisi " başlıklı doktora tezi çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Çekirge Devlet Hastanesi ve SBÜ Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinde uygulama isteği Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;

Olur'larınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../07/2017
e-imzalıdır.
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

AR ERMIŞTEKİN
V.H.K.I.
BURSA KHB Genel Sekreterliği
BELEDİYE KASLI ELEKTRONİK İMZALARDIR
05 Temmuz 2017

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Faks No:02246003398
e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224
6003300-1152 E-Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Bilgi için:Fatma DOĞAN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0224 600 33 00 / 1153

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4f4440f9-2441-4a56-b6dc-035599eeb045 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5. Anket Örneği

Açıklama; Değerli kalıtlımcı aşağıda “Hastanelerde Fiziksel ortam (servicescape) hastaların sağlık hizmet kalitesi ve iyileşme beklentileri arasındaki ilişkiyi” ölçmek için yapılan çalışmaya ait sorular vardır. Katılımlınız için teşekkürler. İlhan SAĞ

ANKET SORULARI

1-) Aşağıda Bu hastanenin fiziksel ortamı ile ilgili cümleler vardır. Size uygun olanı (x) işareti ile belirtiniz. Bu Ölçekte: (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum(4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum seçeneğini temsil etmektedir.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Hastanenin kokusu güzel	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin ortam sıcaklığı uygun	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin müziği hoş	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin Çalışanları tertipli düzenli	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin aydınlatması yeterli	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin gürültü seviyesi normal	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin park yerinde yeterli alan var	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin otopark alanına ulaşmak kolay	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin içinde her yere gidilmesi kolay	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin iç düzenlenmesi hoş	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Hastanenin yerleşim planında her yere ulaşmam kolay	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin tuvaletlerine ulaşmak kolay	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanede cihazlar yeni ve güncel	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanede İhtiyaç duyulan cihazlar ihtiyaç duymam halinde hastane tarafından bana temin edilebilir	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin sunduğu tıbbi cihazlar teknolojik olarak ileri seviyedeydi.	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin mimari yapısı çekiciydi.	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanede yeterince yön tabelası var	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanedeki tabelalar yeterince görülebilir seviyede	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanedeki tabelalar yeterince anlaşılır	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanedeki tabelalar yönümü bulmayı kolaylaştırır	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane temiz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanede hizmetler yeterli hijyenikte	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanede çalışanların kıyafetleri temiz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin temiz yürüyüş yolları ve bahçeleri var.	☐	☐	☐	☐	☐

2-) Aşağıda Bu hastanenin kalitesiyle ilgili cümleler vardır. **Aldığınız tedavi ve hastane tarafından verilen diğer hizmetleri düşündüğünüzde** Size uygun olanı (x) işareti ile belirtiniz. Bu Ölçekte: (1) **Hiç Katılmıyorum**, (2) **Katılmıyorum**, (3), **Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**(4) **Katılıyorum**, (5) **Tamamen Katılıyorum**

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Hastane hastaları için elinden gelenin en iyisini yapıyordu	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi gösteriyordu	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alıyordu	☐	☐	☐	☐	☐
Bu hastane hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirdi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güvenilirildi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane hastalarının faturalama işlemlerini doğru yapmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söyledi.	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda verdi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye istekliydi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissediyordu	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları bilgiliydi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane çalışanları kibardı	☐	☐	☐	☐	☐
Hastane modern araç- gereç ve donanıma sahipti	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin fiziksel imkânları görsel açıdan çekiciydi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünümliydi	☐	☐	☐	☐	☐

3-) Aşağıda İyileşme beklentileriniz ile ilgili cümleler vardır. Size uygun olan ifadeyi, yakınlık derecesine göre (x) işareti ile belirtiniz.

1.Genel olarak sağlığım şuanda beklediğimden;

Çok Daha	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Çok Daha
Kötüye Gidiyor						Kötüye Gidiyor

2.Normal yaşamsal faaliyetlerime dönmem;

Çok Uzun	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Çok Kısa
Zaman Alır						Zaman Alır

3.Hastalığım hakkında sağlıkçıların ve çevremdeki insanların söylediklerini hesaba katarak;

Kötüleşmekteyim	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	İyileşmekteyim
-----------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------

4.Gelecek ay içinde işe dönme ihtimalim;

Yüzde Sıfır	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Yüzde Yüz
-------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

5. Hastalık Öncesi işime;

Kesinlikle Geri Dönmem	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Kesinlikle Geri Dönerim
------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

4-) Bu bölümdeki soruların amacı, anket sorularını yanıtlayanların demografik yapısını tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır.

1.Yaşınız? :

2.Cinsiyetiniz?

☐

Erkek

☐

Kadın

3. Eğitim Durumu?

☐

İlkokul-Ortaokul

☐

LiseYüksek Okul (Önlisans)

☐

Üniversite (Lisans)

☐

Yüksek Lisans/Doktora

4. Hanenizin toplam aylık geliri Kaç liradır (YTL)? :

5.Hastane ücretlerini sigorta şirketiniz mi yoksa siz mi ödeyeceksiniz?

☐

Sigortam Ödeyecek

☐

Ben Ödeyeceğim

6. Yatarak tedavi oluyorsanız kaç gündür hastanede yatıyorsunuz? :

7. Tedavi aldığınız servis / poliklinik hangisidir? :

Anket uygulaması tamamlanmıştır. Katıldığınız için Teşekkür Ederi

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: İlhan SAĞ

Yabancı Dil: İngilizce

Doğum Yeri ve Yılı: Keles / 1981

E-Posta: ilhansag@anadolu.edu.tr

Eğitim Geçmişi:

2012, Fatih Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans

2006, Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, Lisans

2004, Uludağ Üniversitesi Teknik Bilimler MYO, Bilgisayar Programcılığı

1999, Bursa AOS. Anadolu Teknik Lisesi

Mesleki Geçmişi:

2001, SSK. Bursa Bölge Hastanesi, Teknisyen

2017, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizimi Daire Başkanlığı Ankara, Uzman.

Yayınları ve Bilimsel/Sanatsal Faaliyetleri:

Sag, I., ve Zengul, F. D. (2018). Why medical tourists choose Turkey as a medical tourism destination?. Journal of Hospitality and Tourism Insights. <https://doi.org/10.1108/JHTI-05-2018-0031>

Sag, I., Zengul, F. D., ve Landry, A. Y. (2018). Patient Perceptions of Servicescape in Healthcare: A Systematic Review of the Literature. Journal of Healthcare Management, 63(2), 94-104.

Sag, I., Zengul, F. D. ve Avcı, K. (2019). Determining Public's Attitude toward Medical Tourism Development in Turkey: A Scale Proposal, The Marketing and Marketing Research Association MMRA Marketing Congress, May 1-4, 2019, Kuşadası. Full text.

Sag, I., ve Zengul, F. D. (2018). Competition in Health Tourism and Healthcare Tourists' expenditure characteristics' in Turkey, The 11th Tourism Outlook Conference, October 3-5, 2018, Eskişehir. Abstract Paper

Sag, I., Zengul, F. D. ve Avcı, K. (2018). Turkish People's Attitude Towards the Development Health Tourism: The Case of Ankara, AcademyHealth 2018 Annual Research Meeting, June 24-26, 2018, Seattle, Washington. Poster Session

Sag, I., Otuzoğlu, M., Diktas, H. ve Aydın, M.A. (2017). Sağlık Turistleri Sağlık Turizm Destinasyonu Olarak Neden Türkiye'yi Tercih Ediyor? International Applied Social Sciences Congress (IASOS), 21-23 Eylül 2017, Uşak, Özet Bildiri

Öztürk, SA, İşlek, MS, Pala, U ve Sağ, İ (2014). Helal Gıda Tüketimine Yönelik Tutumların Satın Alma Niyeti Üzerindeki Etkisi, 19. Ulusal Pazarlama Kongresi, 18-22 Haziran 2014, Gaziantep. Özet Bildiri