T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE ATMOSFERİ İLE HASTA TARAFINDAN ALGILANAN BEKLEME SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Sümeyra GÜNDEM

DANIŞMAN
Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Programı

Haziran, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Sümeyra GÜNDEM tarafından, **Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN** danışmanlığında hazırlanan **" Hastane Atmosferi ile Hasta Tarafından Algılanan Bekleme Süresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma "** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **27/06/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Canser BOZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Suat PEKER İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret

Tüm sevdiklerime ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HASTANE ATMOSFERİ İLE HASTA TARAFINDAN ALGILANAN BEKLEME SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana yol gösteren, çoğu zaman yolumu çizen, büyüleyici etkisini her zaman hissedeceğim danışmanım Sayın Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN'e,

Bu sürecin ve iş yaşamımın engebeli döneminde bana elini uzatmaktan çekinmeyen Sayın Dr. Öğretim Üyesi Suat PEKER'e,

Motive olabilmem için ellerindeki tüm kaynakları seferber eden sevgili mesai arkadaşlarım Öğr. Gör. Sevde Betül YİĞİT'e, Arş. Gör.Merve Köse'ye, Arş. Gör. Erdem ÇELİK'e, Arş. Gör. Cansu FURUNCU KARABIYIK'a, Arş. Gör. Rabia KUM'a, Arş. Gör. Fatma AKBULUT ATAKOL'a ve Dr. Öğretim Üyesi Cem ERÇALIK'a,

Bana ben olmam için gerekli alanı tanıyan ve saygıyla elimden tutan annem Saltanat EFE'ye, babam Fahamettin EFE'ye ve kardeşlerim Bedrettin, Faik ve Nadir'e,

Ve son olarak hayatımı yaşanabilir kılan sevgili eşim Sinan GÜNDEM'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran 2022 Sümeyra GÜNDEM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER ..... **vi**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **viii**
TABLO LİSTESİ ..... **ix**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xi**
ÖZET ..... **xii**
ABSTRACT ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **3**
2.1. HİZMET PAZARLAMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ 3
2.1.1. Hizmet Kavramı 3
2.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması ve Özellikleri 4
2.1.3. Hizmet Pazarlaması ve Önemi 7
2.1.4. Sağlık Hizmetleri 10
2.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 11
2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 12
2.2. ATMOSFER, ATMOSFERİN UNSURLARI ve HASTANE ATMOSFERİ KAVRAMI 14
2.2.1. İnsan ve Çevresi 14
2.2.2. Çevresel Sosyoloji 17
2.2.3. Çevresel Psikoloji 19
2.2.4. Mekân Kavramı 22
2.2.4.1. Mekânsal Algılama 22
2.2.4.2. Mekânsal Davranış 23
2.2.5. Atmosfer Kavramı 27
2.2.5.1. Atmosferin Etkileri 29
2.2.5.2. Atmosferin Unsurları 31
2.2.6. Hastane Atmosferi 37
2.3. BEKLEME SÜRESİ VE ETKİLERİ 44

2.3.1. Bekleme Süresi Kavramı 44
2.3.2. Hastanelerde Bekleme Süresi ve Etkileri 47
2.3.3. Bekleme Süresini Azaltma Stratejileri 53
3. YÖNTEM 55
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ 55
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 55
3.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ 56
3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 57
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SÜRECİ 57
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 59
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI 59
3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ 60
4. BULGULAR 61
4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER 61
4.2. NORMALLİK ANALİZİ 74
4.3. KARŞILAŞTIRMA TESTLERİ 75
4.4. KORELASYON ANALİZİ 84
5. TARTIŞMA 88
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 92
6.1. SONUÇ 92
6.2. ÖNERİLER 95
KAYNAKLAR 96
EKLER 123
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 127
ETİK KURUL İZİN YAZISI 128
KURUM İZNİ YAZILARI 129
ÖZGEÇMİŞ ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Ortam Kokusunun Tüketici Davranışı Üzerindeki Etkileri 34

Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli 56

Şekil 3.2. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2020, Tüm Sektörler 57

Şekil 4.1. Hastane Dış Mekânı Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı 66

Şekil 4.2. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı 70

Şekil 4.3. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı 73

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 61

Tablo 4.2. Bekleme Süresi Soruları Dağılımı 62

Tablo 4.3. Hastane Dış Mekânı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....63

Tablo 4.4. Hastane Dış Mekânı Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 65

Tablo 4.5. Hastane Dış Mekânı Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri.....65

Tablo 4.6. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları 67

Tablo 4.7. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 68

Tablo 4.8. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri 69

Tablo 4.9. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları 71

Tablo 4.10. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri 72

Tablo 4.11. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri ..72

Tablo 4.12. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları 74

Tablo 4.13. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri 74

Tablo 4.14. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Bekleme Algısı Ölçeğine Göre Hastane Dış Mekânı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 75

Tablo 4.15. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 78

Tablo 4.16. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....82

Tablo 4.17. Ölçekler ve Boyutlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....84

Tablo 4.18. Bekleme Süreleri İle Ölçek Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi.....87

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
AMA	American Marketing Association
PHEQIs	Perceived Hospital Environment Quality Indicators

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE ATMOSFERİ İLE HASTA TARAFINDAN ALGILANAN BEKLEME SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Sümeyra GÜNDEM

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Programı

Danışman : Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN

Günümüzde hastaneler rekabet için hizmet sunumuna yönelmektedirler. Hizmet sunumu kişilerin hastaneye randevu alabilmek için veya aldığı hizmetten faydalanabilmesi için giriş yapmasından itibaren başlamaktadır. Bulunduğu çevreden, mekânların atmosferinden etkilenmeye açık olan kişiler hastaneyi, hekimi ve tedaviyi değerlendirmeye hizmeti almadan önce birçok unsur ile başlamaktadırlar. Bekleme süresi kavramı sağlık hizmetlerinin sorunlarındandır ve hastaneyi, tedaviyi ve hizmeti değerlendirmeyi sağlayan unsurlardan biridir. Bu çalışmada hastane atmosferini oluşturan unsurların bekleme süresi algısını etkileme durumunu ölçmek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda daha fazla kişiden veri toplayabilmek için çevrimiçi anket metodu kullanılmıştır. Değerlendirilebilir 394 anket formu elde edilmiştir. Araştırmada ölçeklere ilişkin değerler "Ortalama" ve "Standart Sapma" değerleri ile demografik değişkenlere ilişkin veriler ise "Frekans Dağılımları" aracılığıyla verilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için "Alfa Katsayısı (Cronbach's Alpha)"ndan faydalanılmıştır. Ölçeğin geçerliliğini test etmek ve ölçekte yer alan değişkenleri özet bir şekle getirmek için "Faktör

Analizi"nden, değişkenlerin ortalamalarını almak için "Faktör Ortalaması"ndan; değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için "Normallik Testi"nden ve elde edilen faktörler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını ölçmek için ikili gruplarda "Bağımsız T Testi"nden ve ikiden çok grup karşılaştırmalarında "Varyans Analizi'nden" yararlanılmıştır. Hastane atmosferi unsurları olarak bakım, yönlendirme, yeşil alan, bina estetiği, mekânsal-fiziksel konfor, yön bulma, sessizlik, manzara ve aydınlatma, sosyal ve örgütsel ilişkiye özen göstermek ile mahremiyetten oluşmaktadır. Çalışma sonucunda hastane atmosferi unsurları ile bekleme süresi arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Haziran 2022 , 148 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hastane atmosferi, Bekleme süresi, PHEQIs

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

A RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN THE HOSPITAL ATMOSPHERE AND THE WAITING TIME PERCEIVED BY THE PATIENT

Sümeyra GÜNDEM

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Health Management

Health Management Program

Doç. Dr. Eda YILMAZ ALARÇİN

Today, hospitals are turning to service provision for competition. Service delivery begins when people enter the hospital in order to make an appointment or to benefit from the service they receive. People who are open to being affected by the environment and the atmosphere of the places start to evaluate the hospital, doctor and treatment with many factors before receiving the service. The concept of waiting time is one of the problems of health services and it is one of the elements that provide evaluation of the hospital, treatment and service. In this study, it is aimed to measure the effect of the factors that make up the hospital atmosphere on the perception of waiting time.

For this purpose, an online survey method was used to collect data from more people. 394 evaluable questionnaires were obtained. Values related to the scales in the study were presented with the values of the mean and standard deviation environments and the data on the demographic variables Standart Frequency Distributions. In order to measure the reliability of the scale, Scale Alpha Coefficient (Cronbach's Alpha) was used. In order to test the validity of

the scale and to summarize the variables in the scale, Factor Analysis Scale was used to obtain the averages of the variables. Normality test was used for the suitability of factors to the normal distribution and Independent Groups T test and One Way Anova test was used to measure the difference between the normality test and the obtained factors. Hospital atmosphere consists of care, orientation, green space, building aesthetics, spatial-physical comfort, wayfinding, silence, scenery and lighting, paying attention to social and organizational relations, and privacy. As a result of the study, it was concluded that there is a significant negative relationship between hospital atmosphere elements and waiting time.

June 2022, 148 pages.

Keywords: Hospital Atmosphere, Waiting time, PHEQIs

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, mal ve hizmetler olarak ayrılan ürünlerin hizmet kategorisi adı altında incelenmektedir. Hizmetler ürünlerden farklı olarak gözle görülemez dokunulamazlar ve duyu organlarıyla hissedilemezler başka bir deyişle soyutturlar. Ürün kullanıcıları sahip oldukları ürünlere soyut anlamlar yüklemeye meyilli iken hizmet kullanıcıları belirsizliği azaltmak için ek unsurlar yardımıyla hizmetleri somutlaştırmaktadırlar. Mekân, insanlar, ekipmanlar ve çalışmada üzerinde durulacak olan hastane atmosferi kavramı da hizmeti somutlaştırma sürecinde araç görevi görmektedir. Kişinin zihninde somut bir hal alan bu deneyim, kişinin hizmet kalitesini ve duyduğu memnuniyeti değerlendirebilmesinde ve hizmeti algılamasında kişiye yardımcı olmaktadır. Günümüze kadar yapılan psikolojik ve sosyolojik çalışmalar göstermiştir ki insanlar çevrelerinden ve bulundukları yerlerden etkilenmeye açık varlıklardır.

Bekleme süresinin, acilen giderilme ve ertelenemez oluşu gibi özelliği bulunan sağlık hizmetlerinde, problem teşkil ettiği ve tahammül açısından kişilerin gerek sahip oldukları hastalık gerekse hasta yakını olarak içinde bulundukları durum gereği hassas bir dönemde olmaları nedeniyle bu sürenin kısa tutulması gerekmektedir. Hastanenin kapısından girildiği andan itibaren kişiyi saran atmosferin olumlu etkiler bırakması gerektiğine inanılmaktadır ki aksi halde deneyimlediği bu hizmetten olumsuz olarak etkilenen hasta ve hasta yakınları kurumdan olumlu etkilere maruz kalanlar kadar pozitif bir biçimde ayrılmayabilmektedirler. Bu durum da hizmet kullanıcısının deneyimi değerlendirirken, tercih ederken ve önerirken negatif bir biçimde hizmeti yansıtmasına ve bunlarla birlikte zihninde olumsuz bir biçimde canlandırmasına sebebiyet verebilmektedir.

İnsan zihni genellikle beklediği süreyi gerçek bekleme süresinden uzun algılama eğilimindedir. Hastane ortamının, bekleme süresini azaltıcı ve kişilerin algılarıyla oynayıcı bir şekilde dışarıdan müdahaleler ile düzenlenmesi hastaların ve hasta yakınlarının bekleme süresini kısa algılamasına katkı sağlamaktadır. Bu algı da hem hizmetten faydalananlar için hem de sağlık hizmeti sunan kurum için uzun vadeli bir yatırım aracı olarak görülmelidir.

Hastane atmosferinin algılanan bekleme süresi ile ilişkisini araştıran bu çalışmada yapılan literatür taraması sonucunda konu ile alakalı çalışmaların azlığı sebebiyle bu çalışmanın

yapılmasına gerek duyulmuştur. Kavramsal çerçeve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetlerini ve alt başlıkları açıklanmaktadır. İkinci bölümde atmosfer kavramı ve alt başlıkları olan çevre, mekân ve atmosferi oluşturan unsurlar üzerinde durulmaktadır. Üçüncü bölümde bekleme süresi kavramı ve alt başlıkları olan hastanelerde bekleme süresi ve bekleme süresini azaltma stratejileri üzerinde durulmaktadır. Yöntem ve bulgular kısmında araştırma, kapsamlı olarak ele alınmaktadır.

Analizler sonucu ulaşılan veriler ankette kullanılan PHEQIs ölçeğinin hastane atmosferini ölçme konusunda mükemmel derecede uyumlu bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ölçek sorularının algılanan beklemeyi gösteren sorular ile ilişkisini açıklamak ve bu ilişki neticesinde sağlık hizmetlerine katkı sağlayacak sonuçlara ulaşmak hedeflenmektedir..

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. HİZMET PAZARLAMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde önce hizmet kavramı ve hizmetin özelliklerine yer verilecek, ardından hizmet pazarlaması ve hizmet pazarlamasının önemi açıklanacak, sonrasında ise sağlık hizmetleri konusu ele alınacaktır.

2.1.1. Hizmet Kavramı

Hizmetler ülke ekonomilerini etkilediklerinden, rekabet fırsatı yarattıklarından ve birçok mesleğin hizmet temelli olmasından ötürü önemli hale gelmiştir (Wirtz ve Lovelock 2021). Hizmet, kavramsal açıdan birçok şekilde tanımlanmaktadır. Bu kavramsal çeşitliliğe farklı alanlarda kullanılıyor oluşu etkili olmaktadır. Hizmet kavramının kesin bir tanımının yapılmasının zor olduğu belirtilmekte; sürekli yaşanan değişimlerden ötürü hizmeti tanımlayacak ve şekillendirecek sektörlerin, yöntemlerin, algıların değiştikleri ve her dönemde geçerli bir hizmet tanımlamasının yapılmasının mümkün olmadığı ifade edilmektedir (Karahan, 2006; Boksberger ve Melsen, 2011). Sektörler arasında farklı şekillerde yorumlanmasının yanında aynı sektörün farklı sunucularında dahi hizmet kavramı farklı tanımlanabilmektedir. Kotler'e göre hizmet "üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olan ve olmayan, bir tarafın diğer bir tarafa sunduğu, bir mülkiyet ile sonuçlanmayan, tamamen soyut faaliyet ve faydalar bütünüdür" (Kotler ve diğ., 2020). Bankacılık, otel hizmetleri, havayolu hizmetleri ve satış sonrası servis ve onarım, müzik yapımcılığı, fotoğrafçılık ve film yapımcılığı hizmetlere örnek olarak sayılabilmektedir (Kotler ve diğ., 2018; Fotiadis ve diğ., 2022).

Son yıllarda değer kavramı ile hizmet kavramlarının birbirinden ayrılmaz bir bütünlük oluşturduğu görülmekte ve hizmetlerin hem alıcı hem de sunucu için bir değer yaratma süreci olduğunun altı çizilmektedir (Grönroos ve Ravald, 2011; Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2020). Değer anlam olarak "bir şeyin hak ettiğine, önemine, değerine veya kullanışlılığına saygı duyulması, onun hakkının verilmesi" anlamına gelmektedir (Oxford English Dictionary, 2013) ve çağdaş pazarlama yaklaşımında hizmetin "kiracısı" olarak nitelendirilmektedir (AMA, 2013; French ve Gordon, 2019). Değer ve maliyet karşılaştırması yapıldığında ise çoğu zaman elde

edilen değerin harcanan maliyetten daha ağır basması gerektiği sonucuna varılmıştır (Zainuddin ve diğ., 2016).

Hizmet kavramının kesin bir tanımının yapılmasının zor olduğu belirtilmekte; sürekli yaşanan değişimlerden ötürü hizmeti tanımlayacak ve şekillendirecek sektörlerin, yöntemlerin, algıların değiştikleri ve her dönemde geçerli bir hizmet tanımlamasının yapılmasının mümkün olmadığı ifade edilmektedir (Karahan, 2006; Boksberger ve Melsen, 2011).

Hizmet ürünsüz ürün de hizmetsiz düşünülememektedir. Bir malın üretimi sırasında hizmetlerin varlığı göz ardı edilemez iken; bir hizmet de ürünün varlığı yokken anlamlı hale gelmemektedir. Soyut bir kavram olmasından ötürü fiziksel ürünlerin varlığı hizmeti daha etkili kılmaktadır (Kotler ve diğ., 2018).

Amerikan Pazarlama Derneği (American Marketing Association- AMA) hizmeti "Hizmetler soyut mallardır. Tamamen soyut hizmetler üreticiden tüketiciye direkt geçiş sağlandığından ötürü depolanamaz, taşınamaz ve dayanıksızlardır. Hizmet şeklindeki malların tanımlanması üretim ve tüketimin eş zamanlı olmasından ötürü zordur. Aynı zamanda üretim ve tüketiminin eş zamanlı olmasından ötürü bir başkasına devredilmesi mümkün değildir" şeklinde tanımlamaktadır (Mucuk, 2017).

Hizmetlerin kavramsal çerçevesini özetlerken zamana dayalı performanslar, ulaşılmak istenen çözümler, alıcı ve satıcı arasındaki ekonomik faaliyetler ve bu faaliyetler sonucunda elde edilen değerler olarak tanımlandığı görülmektedir. Ekonomik faaliyetler kısmı alıcıların zaman, emek ve maddi varlıkları olarak tanımlanmakta, değer kısmı ise mülkiyet devrinden ziyade sunulan değerlere erişim olarak ifade edilmektedir (Wirtz ve Lovelock, 2018).

2.1.2. Hizmetlerin Sınıflandırılması ve Özellikleri

Hizmetler çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadır (Wirtz ve Lovelock, 2016, 2018; Haksever & Render, 2013). Kim tarafından sunulduğuna bağlı olarak hizmetlerin büyük bir bölümü kamu kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Yerel düzeyde belediyeler gibi kamu kuruluşlarının yol, su gibi hizmetleri ve ulusal düzeyde devlet yönetiminin sunduğu eğitim, sağlık, savunma ve adaleti sağlamak gibi hizmetler kamu hizmetlerinden sayılmaktadır. Diğer bir ayrım hizmetlerin kâr amacıyla veya kâr amacı gütmeksizin sunulmasıyla ilgilidir. Kamu tarafından sunulan ürünler kar amacı gütmeden sunulurken; özel sektör tarafından üretilen hizmetler genel anlamıyla kar amacıyla sunulmaktadır.

Aynı zamanda hizmetler tedarik zinciri içerisindeki durumlarına göre de sınıflandırılabilmektedirler. Ölçek olarak büyük bir temizlik hizmeti sunucusu, küçük ölçekli bir şirkete hizmet sunabilmekte veya meteoroloji hizmeti veren bir şirket, havayollarına kendi hizmetlerini sunabilmektedir. Bir başka ifadeyle alıcılar hizmetin son kullanıcısı olabildiği gibi hizmet sunumunda çalışan rolünde de olabilmektedirler.

Hizmetler temas durumlarına göre yüksek temas ve düşük temas olarak da sınıflandırılabilmektedirler. Hizmet sunan insanların hizmetten faydalanan insanlar ile yüz yüze temas halinde olması yüksek temas olarak adlandırılırken; internet, elektrik, bilgisayar ve teknoloji hizmeti sunan insanların hizmet alıcılarıyla ilişkisi düşük temas olarak adlandırılmaktadır (Wirtz ve Lovelock, 2016, 2018; Haksever ve Render, 2013).

Hizmetler maddi olan veya olmayan hizmetler olarak da adlandırılabilmektedirler. Bir güzellik salonundan alınan hizmetin insanları fiziksel olarak etkilemesi, araç bakım hizmetlerinin bir sonucunun olması hizmetin maddesel etkisini gösterirken; bir eğitim hizmetinden veya sanatsal bir aktiviteden faydalanılması maddi olarak insanı etkilememekte ve fiziksel etkiye göre daha soyut kalmaktadır (Fotiadis ve diğ., 2022).

Hizmetleri fiziksel mallardan ayıran özellikleri bulunmaktadır. Hizmetlerin, fiziksel çıktıları olmadığı için ölçülmeleri ve değerlendirilmeleri kolay olmamaktadır. Üretildikleri an tüketilmeleri gerekmekte ve bu sebeple hizmetler stok yapılamamaktadırlar, bir performans oldukları için kişiye bağlıdırlar ve hizmet sunumunda her zaman aynı sonucu almak mümkün olamamaktadır. Bir başka ifadeyle homojen bir hizmet sunumu her zaman mümkün değildir. Bu çerçevede hizmetin dört karakteristik özelliğinden bahsedilmektedir. Bunlar; **“dokunulmazlık (soyutluk)”**, **“heterojenlik”**, **“ayrılmazlık”** ve **“dayanıksızlık”**tır (Mucuk, 2017; Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2021; Wirtz ve Lovelock, 2021; Sayım ve Aydın, 2011; Çiçek ve Doğan, Son yıllarda değer kavramı ile hizmet kavramlarının birbirinden ayrılmaz bir bütünlük oluşturduğu görülmekte ve hizmetlerin hem alıcı hem de sunucu için bir değer yaratma süreci olduğunun altı çizilmektedir 2009).

- **Dokunulmazlık (Soyutluk):** Hizmetlerin en öne çıkan özelliği soyutluklarıdır. Duyu organlarıyla algılanmayan, bir dizi faaliyet sonucu ortaya çıkan soyut performanslardır (Filiz ve diğ., 2010). Fiziksel boyutları olmamasından dolayı kayıt altına alınamamakta, depolanamamakta, standardizasyonu kolay sağlanamamakta ve özel mülk olarak adlandırılamamaktadırlar. Soyut olan hizmetleri değerlendirmek ve kalıcılığını sağlamak için

hizmet sunucuları somutlaştırma yoluna gitmekte ve fiziksel ürünlerle hizmeti zenginleştirmektedirler. İnsan, renk, eşya gibi girdilerle hizmet algısını değiştirip kalıcılığını artırmakta ve aynı zamanda algıdaki belirsizliği de azaltmaktadırlar (Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2021).

- **Heterojenlik:** Hizmet sunumu, içerisinde belirsizliğin ortadan kaldırılamayacağı insan faktörüyle yoğrulmaktadır. Hem sunumu yapan hem de hizmetten faydalananın insan oluşu, zaman faktörü gibi girdiler sebebiyle her zaman aynı seviyede bir hizmet alabilmek, alınsa dahi onu aynı yorumlayabilmek mümkün değildir (Sayım ve Aydın, 2011). Hizmetin heterojen yapısı bir bakıma çeşitlenebilir, kişiye uyarlanabilir oluşunu göstermekte; bu da hizmet sunumunda başarılı olunmasını sağlamaktadır (Üner, 1994; Fotiadis ve diğ., 2022). Hizmetlerin heterojen olmasının kaynağı hizmet sunucusunun ruh hali, alıcının algısı, üretici-tüketici arasındaki ilişki, zaman faktörü ve çevre faktörü gibi unsurlardır (Doğan, 2000; Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2021

- **Ayrılmazlık:** Hizmetler üreticiyle tüketiciyi bir araya getirip sunucu tarafından ortaya çıkarılan faaliyetler bütünüdür. İki tarafın da bir arada bulunması gereken durumda hizmet üretilirken aynı zamanda tüketilmektedir (Gümüşoğlu ve diğ., 2007; Fotiadis ve diğ., 2022). Fiziksel ürünlerin seyri üretilme, depolanma, satılma ve tüketilme şeklinde ilerlerken; hizmetler önce satılmakta sonra üretilmekte ve aynı zamanda tüketilmektedir (Kotler ve diğ., 2021). Bu da hizmeti sunan kişiyi ve alıcıyı hizmetin birer parçası haline getirmektedir (Sayım ve Aydın, 2011; Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2021). Bir masaj salonunda masaj yapan kişi hizmeti üretiyorken masajı yaptıran kişi de aynı anda masaj hizmetini tüketmektedir.

- **Dayanıksızlık:** Hizmetler soyutluk özelliklerinden ötürü fiziksel ürünler gibi gelecek zamanda kullanım için stoklanamamaktadırlar. Dayanıksızlık özelliği hizmetlerin, ürünler gibi depolanamamasını açıklamaktadır. Kullanılabilecek iken faydalanılmayan hizmetler için bir geri dönüş mümkün değildir ve bu durum kayıp olarak nitelendirilmektedir (Hoffman ve Douglas, 1997; Fotiadis ve diğ., 2022; Kotler ve diğ., 2021). Başka bir bakış açısıyla da hizmetler istek duyulduğu an tüketilmelidirler. Beslenme, sağlık, eğlence gibi isteklerin ertelenmesi hizmetten duyulacak zevki azaltacağı gibi hizmet sunucusunun performansındaki dalgalanmalar ile de hizmet değişiklik gösterecektir. Homojen bir ürün ortaya koymak her ne kadar istense de hizmetlerin soyutluğu sebebiyle depolama mümkün olamamaktadır (Zeithaml, 1996; Fotiadis ve diğ., 2022).

2.1.3. Hizmet Pazarlaması ve Önemi

Pazarlama kavramı sanayileşme, gelişme, dijitalleşme ve internet çağı ile birlikte gelişip değişmiştir. Eski zamanlarda satış çabaları olarak hafızalarda yer edinen pazarlama kavramı yerini satıştan ziyade satış öncesi çabalarla tanımlanmaya bırakmıştır. Pazarlama sürecinde alıcıların ihtiyaçlarının anlaşılması ve karşılanması hedeflenmektedir. Peter Drucker pazarlamayı satışın gereksiz kılınması olarak tanımlamaktadır. Satış öncesi alıcıyı tanımak ve onun isteklerine cevap verebilir olmak, çaba sarf etmeksizin ürünün tanınması ve satışını beraberinde getirmektedir. Değer kavramı açısından değerlendirildiğinde ise pazarlama, şirketlerin müşteriler ve toplum için değer ürettikleri, bu değer karşılığında müşterilerden ve toplumdan değer elde ettikleri ve sonucunda hem potansiyel müşterilere ulaşılmasını hem de mevcut müşteriler ile sağlam ilişkiler geliştirilmesini sağlayan bir süreçtir (Fotiadis, 2022; Harker ve diğ., 2015).

Müşteri değeri yaratma süreci beş adımlı bir süreç şeklinde açıklanmaktadır. İlk dört adım müşterileri anlamayı ve sağlam ilişkiler kurmayı gerektirirken sonuncu adım değer yaratmanın sonuçlarının elde edildiği kısımdır. İlk adım, müşterilerin bulunduğu pazarın, müşteri istek ve ihtiyaçlarının, piyasanın, piyasadaki ilişkilerin ve memnuniyet düzeyinin ölçülmesidir. İkinci adım hangi müşteri kitlesine ve nasıl bir değer yaratarak hitap edileceğinin belirlenmesidir. Üçüncü adım söz konusu değer önermesine ulaşabilmek için bütünleşik pazarlama iletişimi programının planlanmasını içermektedir. Dördüncü adım müşteriler ile iyi ilişkiler kurulması ve müşteri memnuniyeti yaratılması faaliyetlerini kapsamaktadır. Son adım olan beşinci adımda ise işletme, ilk dört adımın sonucu olarak müşterilerle ilişkilerini sağlamlaştırmakta ve bu sayede kendi bünyesine sadık müşterilere sahip olma değeri katmaktadır (Kotler ve diğ., 2020).

Hizmet pazarlaması kavramının teori ve çerçevesinin oluşturulması için iki farklı yol izlenmiştir. Bunlardan ilki hizmetlerin ürünler gibi pazarlanması temeline dayandırılarak hizmetlerin ürünlere benzetilmesi üzerine kurulmuşken diğeri ise hizmetlerin ürünlerden tamamen farklı olması fikriyle pazarlama kavramının hizmet temelli geliştirilmesi üzerine kurulmuştur (Grönroos, 1982; Wilson ve diğ., 2016). Hole ve diğ. (2018) hizmetlerin kendine has olan ayrılmazlık, bozulabilirlik, soyutluk, heterojenlik gibi özellikleri temelinde daha etkili hizmet pazarlaması programları oluşturulmaktadır görüşünü savunmaktadırlar.

AMA hizmet pazarlaması kavramını müşterilere fayda ve memnuniyet sağlayan satış öncesi ve sonrası performans ve ek çaba olarak tanımlamaktadır. Hizmet pazarlaması, ürünün satışı olsun olmasın müşteri memnuniyetini hedef almaktadır (Bloom ve diğ., 2001; Wilson ve diğ., 2016).

Hizmet pazarlaması kavramını hizmet kavramından yola çıkarak müşteriyi memnun etme ve müşteri için fayda sağlama işlemleri olarak tanımlamak mümkündür. Hizmet pazarlaması sürecinin iyi yürütülmesi müşteri sadakatini oluşturmakta; bu da işletmenin hayatını sürdürmesine yardımcı olmaktadır. (Yücel ve diğ., 2012; Wilson ve diğ., 2016).

Hizmetlerin pazarlaması sürecini sistematik olarak anlamak, hizmet pazarlama karmasını anlamak ile mümkün olmaktadır. Pazarlama karması, "4P" olarak adlandırılan "ürün (**p**roduct)", "dağıtım (**p**lace)", "fiyat (**p**rice)" ve "tutundurma (**p**romotion)" unsurlarıyla pazarı anlama ve pazara etki etme olarak tanımlanmaktadır. Hizmetlerin kendine has özellikleri sebebiyle eksik kalan pazarlama karması unsurları "hizmet pazarlaması karması" adı altında "katılımcılar (people)", "fiziksel ortam (physical evidance)" ve "süreç (process)" adı altında üç unsur daha eklenerek "7P" adını almıştır (Johann, 2015; Kotler ve diğ., 2020; Wirtz ve Lovelock, 2016; Wilson ve diğ., 2016).

- **Hizmet:** Geleneksel pazarlama karmasında ürün olarak adlandırılan unsur burada hizmet adını almaktadır (Kotler ve diğ., 2021). Hizmetler, insan ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bir çaba sonucunda elde edilen fiziksel veya fiziksel olmayan performanslardır (Wirtz ve Lovelock, 2016).

- **Fiyat:** Fiyat bileşeni geleneksel pazarlamaya ek olarak eş zamanlı üretim sebebiyle harcanan zaman, fiziksel çaba ve deneyimler gibi unsurların da hesaba katıldığı bir fiyatlandırma sürecini içermektedir (Wirtz ve Lovelock, 2001, 2016). Müşteriler için fiyat, kazanılacak değer veya fayda karşılığında harcayacakları maddi ve manevi giderlerdir. Karşılaştırmalar sonucunda çabanın değere karşılık gelip gelmediği belirlenmekte ve satın alma veya faydalanma işlemi gerçekleşmektedir (Kotler ve diğ., 2014; Kotler ve diğ., 2020; Wirtz ve Lovelock, 2016; Wilson ve diğ., 2016).

- **Tutundurma:** Hizmetlerin somut olmama özelliğinden ötürü hizmetin memnun etme derecesi ön plana çıkarılarak tutundurma yoluna gidilmektedir (İslamoğlu, 2011; Wirtz ve Lovelock, 2016). Hizmetlerin tutundurulmasında müşterilerle olumlu ilişkiler kurmak ve onlara

karşı dürüst olmak ağızdan ağıza pazarlamayı sağlamaktadır (Altunışık, 2015; Wilson ve diğ., 2016). Rekabet ortamında hizmetin tutundurulması halkla ilişkiler, reklam, bire bir pazarlama, kişisel satış gibi yöntemlerle de yapılabilmektedir (Yükselen, 2019; Wirtz ve Lovelock, 2016).

- **Dağıtım:** Hizmetlerin sunulması memnuniyet ve ihtiyaçların karşılanması amacıyla yapılmaktadır. Hizmet sunumunun doğru yer ve zamanda bulunması, hizmetin dağıtım unsuru olarak adlandırılmaktadır. Yüz yüze yapılan hizmet sunumlarında sunumu gerçekleştiren kişi ve lokasyon önem kazanmaktadır (Altunışık, 2015; Wirtz ve Lovelock, 2016; Wilson ve diğ., 2016).

- **İnsan:** Hizmet sunumu esnasında hizmeti etkileyen tüm bireyler katılımcı unsur olarak adlandırılmaktadır (Kotler ve diğ., 2020). Katılımcı unsurların tümü hizmeti kişilikleri, kıyafetleri, ses tonları gibi özellikleriyle etkilemektedirler. Bir müşteri açısından bakıldığında kendisi dahi hizmetin sunumunu doğrudan ve dolaylı yoldan etkilemektedir. Sağlık hizmeti alan bir hastanın hekimin talimatlarına uyarak hizmet kalitesini artırması ve tiyatro, konser gibi bireysel olmayan etkinlik hizmetlerini müşterilerin olumlu veya olumsuz etkilemeleri, insan faktörünün hizmet sunumundaki rolüne örnek olarak gösterilebilmektedir (Wilson ve diğ., 2016).

- **Fiziksel Ortam:** Soyut olan hizmetin insanların aklında yer etmesi, tekrar tercih edilmesi ve aktarılabilmesi için somut kavramlar gerekmektedir. Fiziksel ortam da somut aktarım için bir araç görevi görmektedir. Aynı zamanda fiziksel ortamın insanları etkilediği yönündeki bilgilerle birlikte, bilgi sahibi olunmayan hizmetlere ilişkin fiziksel ortam sayesinde ön fikir sahibi olunabilmektedir (Wirtz ve Lovelock, 2001;2016; Wilson ve diğ., 2016).

- **Süreç:** Hizmetlerin mallardan ayrılan dayanıksızlık ve heterojenlik özelliklerinden kaynaklanan problemleri aza indirmek için gösterilen çabaların tümü süreç unsuru altında ele alınmaktadır. Hizmet sunumu esnasında hem hizmetin kendisi hem de alt bileşenlerinin bir ahenk içinde ilerlemesi, süreç yönetimiyle mümkün olabilmektedir (Wirtz ve Lovelock, 2016; Wilson ve diğ., 2016).

Hizmet pazarlaması üretim ve tüketimin aynı anda gerçekleştiği ve bu sebeple hata toleransının olmadığı hizmet sunumları sırasında çıkabilecek problemleri aza indirgemek ve çözüm odaklı olmak konusunda hizmet sunucularına fayda sağlamaktadır. Kaynakların etkili

kullanımına da katkı sağlamakla birlikte işletmenin pazardaki yerini de yukarıya doğru taşımaya yardımcı olmaktadır (Mucuk, 2017).

2.1.4. Sağlık Hizmetleri

Bireysel ve toplumsal yönden sağlığı korumak, korunamadığında, hastalık halinde tedavisini yapmak, tedavinin eksik kaldığı noktada rehabilite etmek ve sağlığı geliştirme çalışmaları "sağlık hizmetleri" olarak adlandırılmaktadır (Öztek ve Eren, 1996; Kotler ve diğ., 2008). Doğa olayları, savaşlar, insan faktörü gibi unsurlara rağmen doğum ve ölüm arasındaki sürecin daha uzun ve kaliteli olması için çaba sarf eden sağlık hizmetleri temel haklardan biri olduğundan ötürü hizmet sektörleri içerisinde vazgeçilmez bir konumdadır (Erdem ve Pirinççi, 2009). Vazgeçilmez bir konumda olması ve bir hak olarak herkesin faydalanması gereken bu hizmet türünün nihai hedefi, gerekli görüldüğü yerde, zamanda ve kalitede hizmet sunumunu gerçekleştirmek ve ertelenemez olan bu hizmeti sağlamaktır. Günümüzde özel sektörün de bu hizmeti sunuyor oluşu, teknolojinin gün geçtikçe gelişmesi ve insanların isteklerindeki artış ile birlikte rekabet ortamı oluşmaya başlamış ve bu da sağlık hizmetlerinin çehresini değiştirmeye ve geliştirmeye başlamıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Sağlık hizmetleri, özelde kişilerin genelde ise toplumun sağlık seviyesini yükseltmeyi amaçlayan, hastalıkların teşhisinden başlayıp tedavi edilmesine kadar tüm süreçleri içeren faaliyetler bütünüdür. Bu hizmetlerin amacı hastalıkları tedavi etmekle sınırlı kalmayıp kişilerin sağlıklı kalma sürelerini uzatmak, onları hastalıklardan korumak olarak da açıklanmaktadır (Karaçor ve Arıkan 2014). Sağlık sektörü yoğun bilgi ve yeniliklere yakın olma gerekliliğinden dolayı teknolojik gelişmelere ve yeniliklere açık sürekli değişen bir yapıdadır (Şengün, 2016; Tanrıverdi ve Erdem 2010).

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi hastalar üzerinde değer yaratmaktır (Kim ve diğ., 2013). Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmeti alan kişilerin hedeflerini ortak bir paydada buluşturan ve böylece güven ve verimliliği artıran değer temelli bir yaklaşımı benimsemek ekonomik olarak da sürdürülebilir bir sistem sunmaktadır (Porter, 2010; Kim ve diğ., 2013). Hasta bakış açısıyla hastalığı önleyen her bir girişim değer yaratırken sağlık hizmetleri için ödenen bedelin verilen hizmetin kalitesi ile ilişkisi değer kavramını tanımlamaktadır (Kim ve diğ., 2013; Kandemir ve diğ., 2013; Kaplan ve Porter, 2011). Bu tanımlamalar neticesinde değerlerin çıktılarla ölçülmesinin daha net sonuçlar vermesi beklenirken tedaviler bireysel

nitelik taşıdığından ötürü süreçler hem hastalar hem de hizmet sunucuları tarafından değerlendirilmektedir (Edgom ve diğ., 2019; Weiler,2019).

2.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2017). Bu özelliklerin başlıcaları aşağıda sıralanmaktadır:

- **Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.** Ürün veya hizmet satın alırken kriterlere uymadığında veya fiyat konusunda tatmin olunmadığında insanlar alternatif ürün veya hizmetlere yönelmektedirler. Sağlık hizmetlerinin yerine geçebilecek başka bir hizmet türü olmadığı için bu hizmet ikame edilememektedir.

- **Sağlık hizmetinin giderilmesi ertelenemez.** Sağlık hizmeti dışında faydalanmak istenilen hizmet ve ürünler birçok sebepten ötürü başka bir zamana ertelenebiliyor iken; sağlık hizmetlerinin giderilmesi mecburidir. İnsan, can kaybı ve acı çekmesi gibi bir durumla karşı karşıya kaldığında veya erken tedavi gibi bir fırsata sahip olduğunda ertelemek gibi bir düşünceye kapılamamaktadır (Sayım, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

- **Sağlık hizmetleri rastlantısaldır.** Sağlık hizmetlerinin talebinin ve arzının ne zaman, nerede ve hangi ölçüde gerçekleşeceği belli değildir. Hem psikolojik olarak hem de ekonomik olarak buna hazır olunmamasına karşı devlet sağlık hizmetleri konusunda tedbirli davranmaktadır (Tengilimoğlu, 2017; Odabaşı, 2001).

- **Sağlık hizmetinin sunumunda bilgi asimetrisi mevcuttur.** Tıp bilimi içerisindeki sözcükler, kavramlar ve yöntemler sebebiyle yoğun bilgi gerektiren bir bilim dalıdır. Hizmetten faydalanmak isteyen insanlar ile bu hizmeti sunan sağlık hizmeti sunucuları arasında tıp bilgisi yönünden bir bilgi asimetrisi oluşmaktadır. Talep edenin arz edenden daha az bilgiye sahip olması birçok hizmet ve ürün alımında görünse dahi, sağlık hizmetlerindeki farkın diğerlerinden daha fazla olmasından ötürü ayırıcı bir özelliği vardır.

- **Sağlık hizmetlerinde hem talep eden hem de arz eden hekimdir.** Bilgi asimetrisinin de etkisiyle bilgisiz olan hastalar sağlıklarına kavuşabilmek için danıştıkları hekimlerin yönlendirmelerine ve tavsiyelerine uymaktadırlar. Sunacakları hizmete hekimler kendileri karar vermekte ve talep edilen hizmeti sunmaktadırlar (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

- **Sağlık hizmetlerinde hizmeti talep edenler irrasyonel davranışlar sergilerler.** Alınan hizmet konusundaki bilgisizlik, sürecin bilinmemesi ve insanın biricikliğinden kaynaklanan sonuçların değişkenliği, insanın akılcı davranış sergilemesini engellemektedir (Demirci, 2020; Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

- **Sağlık hizmetlerinin çıktıları bilinmediğinden dolayı kaliteyi ve doyum noktasını belirlemek zordur.** Hizmetle ilgili bilgisizlik ve sonuçların hastalık yerine hasta düzeyinde belirlenmesi çıktıları standardize edememekte ve karşılaştırma olanağını ortadan kaldırmaktadır (Odabaşı, 2001; Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015).

- **Sağlık hizmetlerinin bir bölümü kamusallık özelliği taşımaktadır.** Kişinin sağlık hizmetlerinden faydalanması kadar faydalanmaması da toplumu etkilemektedir. Toplumdaki bulaşıcı hastalıklar gibi her bir bireyi etkileyecek durumlarda aşı gibi koruyucu tedbirler almak yalnızca kişinin kendisini değil toplumdaki diğer bireylerin de hastalıktan korunmasını sağlamaktadır. Bu gibi hizmetlerin birey bazında giderilmesindense devletin müdahalesiyle herkese sunulması gerekmektedir.

- **Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilememektedir.** Sağlık hizmetleri parasal açıdan esnekliğe sahip değildir. Faydalanılması gereken hizmetin veya ürünün temini esnasında fiyat belirleyici bir unsurken sağlık hizmetleri konusunda fiyat belirleyiciliğini kaybetmektedir. Kişi gereksinim duyduğu hizmete ulaşmak için, sağlığını tekrar kazanmak için, elinden geleni yapmaya çalışmaktadır. Ulaşılan sonuç sağlığa kavuşmak, sakat kalmak veya ölüm olabileceğinden bir parasal değeri bulunmamaktadır (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; "koruyucu sağlık hizmetleri", "tedavi edici sağlık hizmetleri", "rehabilite edici sağlık hizmetleri" ve "sağlığın geliştirilmesi hizmetleri" olarak dört ana gruba ayrılmaktadır.

- **Koruyucu sağlık hizmetleri:** Koruyucu sağlık hizmetleri henüz hastalık veya sakatlık oluşmadan önce riskleri ortadan kaldırmak için girişimde bulunma hizmetleridir. Herkesin sağlığa erişme hakkı bulunduğundan ve sağlık toplumsal bir hizmet olduğundan ötürü koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri

çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Biyolojik, fiziksel, sosyolojik ve ekonomik faktörlerin insan üzerindeki negatif etkisinin kaldırılması işlemlerine çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri denmektedir. Su kaynaklarının düzenlenmesi, atıkların denetlenmesi, gürültü ve hava kirliliğinin kontrol edilmesi, konutların denetlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği gibi hizmetler çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindendir (Kavuncubaşı, 2018).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Hastalık veya sakatlık durumu ortaya çıkmadan önce sağlığı iyileştirme, erken tanıyla hasarı aza indirme hizmetleri de kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Aşılama, sağlık eğitimi, aile planlaması, anne çocuk sağlığı gibi hizmetler kişiye yönelik sağlık hizmetlerindendir (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015; Sur ve Palteki, 2013).

- **Tedavi edici sağlık hizmetleri:** Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin eksik kaldığı, kişilerin sakatlandığı, sağlıklarını kaybettikleri noktada kişileri sağlıklı hale getirmek için gösterilen tüm çabalardır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumsal nitelik taşırken; tedavi edici sağlık hizmetleri kişiye yönelik bir hizmettir ve üç basamak altında incelenmektedir (Kavuncubaşı, 2018; Sur ve Palteki, 2013).

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri kişilerin hizmete kolayca ulaşabilecekleri düşük maliyetli hizmetlerini içermektedir (Akdağ, 2011). Aile hekimliği gibi ayaktan hizmet sunulan kurumlar birinci basamak tedavi hizmetlerindendir. Toplum sağlığı merkezleri (TSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), 112 Acil Sağlık Hizmetleri örnek verilebilecek birinci basamak tedavi hizmeti sunan kuruluşlardandır (URL 1).

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu ayaktan ve yatan hasta kabul eden kurumlar ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar olarak adlandırılmaktadırlar (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015). Ağız ve diş sağlığı hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal hastaneleri ikinci basamak tedavi hizmetlerindendir (URL 1)

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel tedavi ve teşhis gerektiren hastalıkların tedavisi ve bakımı için başvurulan sağlık hizmeti kuruluşları üçüncü basamak sağlık hizmeti

sunan kuruluşlardandır (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015). Üniversite hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, obezite merkezleri ve geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulama merkezleri üçüncü basamak tedavi hizmeti sunan kuruluşlar kapsamındadır (URL1)

- **Rehabilite edici sağlık hizmetleri:** Sakatlık, iş gücü kaybı ve hastalık sonrası süreçte bedensel ve zihinsel yönden çevreye uyum sağlamak, hayatı tek başına idame ettirebilmek ve kişiyi sosyal ve kültürel açıdan güçlendirmek amacıyla kişiye yönelik verilen hizmetler rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu, 2017; Sayım, 2015). Rehabilite edici sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

Tıbbi rehabilitasyon: Kişide bedensel hasar kalmaması amacıyla medikal malzemeler veya fizik tedavi yardımıyla sunulan rehabilite hizmetlerine tıbbi rehabilitasyon denmektedir.

Sosyal rehabilitasyon: Sosyal hizmet kurumlarınca engelli kişilerin toplumdan dışlanmasının önüne geçmek ve onları topluma kazandırmak amacıyla iş öğretme, iş bulma ve uyum sağlama hizmetleri sosyal rehabilitasyon adı altında sunulmaktadır (Hayran ve Sur, 1997; Sur ve Palteki, 2013).

- **Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri:** Sağlığı geliştirme süreci kişilerin kendi sağlığı üzerinde kontrollerinin arttırılması ve sağlık durumlarının iyileştirilmesini içeren davranışlar bütünüdür. Hastalığın varlığı ortaya çıkmadan önce kişilerin bilinçli ve sorumlu bir şekilde hayatlarını kontrol altına almalarıyla sağlıklarını geliştirebilmeleri mümkündür (The Ottawa Charter For Health Promotion, 1986; Bahar, 2014; Sur ve Palteki, 2013).

2.2. ATMOSFER, ATMOSFERİN UNSURLARI ve HASTANE ATMOSFERİ KAVRAMI

Bu bölümde önce insan ve çevre ilişkisinden bahsedilecek, çevresel sosyoloji ve psikoloji konularına yer verilecek, sonrasında mekân kavramı açıklanacak, en son olarak atmosfer ve hastane atmosferi konuları ele alınacaktır.

2.2.1. İnsan ve Çevresi

Dünya yüzyıllık dönüşüm sonucunda bugünkü halini almıştır. Kendi döngüsünün tamamlanma sürecinde insanın varlığı ortaya çıkmış ve bu süreçte insanın çevresiyle olan ilişkisi de dönüşümlerden geçmiştir. İnsanlığın tarihine bakıldığında insan, çevresine karşı pasif bir durumdayken zamanla çevreye karşı güçlenmiştir. İnsan doğduğu ortamda yaşamını

sürdürebilmek için öncelikle çevreye uyum sağlamaya çalışmış ve onun etkisi altında kalmıştır. Kısıtlı bilgiler dâhilinde yaşamını sürdürürken eklenerek büyüyen bilgi ve becerisiyle çevresini anlamlandırmaya ve kontrol altına almaya başlamıştır (Keleş ve Hamamcı, 1993; Özel, 2007; Arıbaş ve Yürüdür, 2015).

Çevre sözcüğüne yüklenen çeşitli anlamlarla karşılaşmak mümkündür. Çevre, insani ilişkileri, bu ilişkilerdeki etkileşimi ve fiziksel olarak su, toprak ve iklim ile karşılıklı ilişkiyi anlatmaktadır (Keleş ve Hamamcı, 1993; Özel, 2007; Tang, 2015; Gifford, 2016; Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Çevre, fiziksel çevre ve toplumsal çevre olarak iki unsurdan oluşmaktadır. Fiziksel çevre; insanı fiziksel olarak saran yapay veya doğal olabilen ortamlardır. Toplumsal çevre; fiziksel çevre içerisindeki insanların birbirleriyle kurdukları ilişkilerdir (Keleş ve Hamamcı, 1993; Özel, 2007; İncekara ve Tuna, 2013; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Sosyologlar da çevre terimini bu tanımlamalar dışında başka bir bakış açısıyla incelemektedirler. Onlara göre çevre biyolojik veya fiziki çevreden daha geniş bir tanımlamayla hayat bulmakta ve insan varlığı üzerindeki toplumsal ve kültürel katmanı belirtmek için kullanılmaktadır (Catton ve Dunlap, 1978; Özel, 2007; Özerkmen, 2017). Başka bir deyişle; insanın çevresi ait olduğu sosyo-ekonomik, kültürel veya başka grupları ifade ederken sosyologlar için çevre insanın içinde bulunduğu grubun, yaşadığı coğrafyanın ve biyolojik ortamının karakteristik özelliklerini de içermektedir (Arıbaş ve Yürüdür, 2015; Özerkmen, 2017).

İnsanın kişiliğinin oluşmasında, davranış kalıplarının şekillenmesinde ve öğrenmesinde onun genetik kalıtımı ve bununla birlikte içerisinde yaşadığı çevre büyük rol oynamaktadır. Davranış bilimleri ise, insan davranışlarını içerisinde bulunduğu çevre ve toplum çerçevesinde incelemeye çalışmaktadır. Bu davranışlar içerisinde kişilerin eğilimlerini, etkileşimlerini insanın çevreyi ve çevrenin de insanı etkilediği gerçeğini göz önüne alarak değerlendirmektedir (Cassidy, 1997; Tang, 2015; Gifford, 2016).

İnsan-çevre ile ilgili çalışmalar temelinde çevrenin algılanma sürecinin "çevresel algılama", "bilişsel davranışlar" ve "değerlendirme" aşamalarından oluştuğu belirtilmektedir. Çevrenin duyular yardımıyla algılanması çevresel algılama sürecini; algılanan çevrenin zihinde var olması, gruplanması ve öğrenilmesi çevresel biliş sürecini; çevrenin beyin süzgecinden geçirilmek üzere nitelikleriyle bilindikten sonra karar vermeyle sonlanması da değerlendirme

sürecini tanımlamaktadır (Rapoport, 1977; Özel, 2007; Gifford, 2016; Çalışkan, 2017; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Çevresel algılama dış çevredeki uyaranlarda bulunan fiziksel enerjileri alarak bu enerjilerin sinir sistemimizde anlaşılabilecek enerjiye çevrilmesiyle duyular oluşmaktadır. Bu sinirsel enerjinin insan beyninde işlenmesi sürecine algılama, algılama sürecinden sonra ortaya çıkan ürüne de algı denmektedir. İnsanların içinde yaşadığı, geçmişinden getirdiği bilgilerden bağımsız düşünülemeyen algı kavramı bellekte bulunan bilgiler ışığında oluşmaktadır (Özel, 2007; Cüceloğlu, 2013).

Fiziksel dünya ile insan beyninde algılanan dünya arasındaki fark kişiler arası kültürel ve kişisel gelişim evresindeki fark ile doğru orantılıdır. Kültür sayesinde de her insanın algılayışı farklı olacağından dolayı algılama çeşitliliği oluşmaktadır (Rapoport, 1977; Lang, 1987; Steg ve diğ., 2013; Gifford, 2016; Çalışkan, 2017).

Çevresel biliş, insan ile çevresi arasındaki etkileşimler sırasında dışsal uyaranlara karşı insan beyninin verdiği tepkiler sonucunda insanın çevreyi anlamlandırma sürecidir. Bu süreç, algılamayı, algılanan bilginin zihinde toplanmasını ve anlamlı hale gelebilmesi için kodlanıp sınıflanmasını, tercihler yapmayı ve hatırlanmayı barındırmaktadır. İnsan çevresindeki her ögeyi algılamakta ve deneyimleri sayesinde zihnindeki yönlendirmelerle bu ögeleri sınıflamakta ve aralarında ilişki kurmaktadır. Zamanla bir şemaya dönüşen bu süreç de her insan için öznel bir hal almaktadır. Değişime açık olan bu şema geçmişten etkilendiği gibi gelecek beklentisinden de etkilenmektedir (Türksoy, 1986; Gifford, 2016; Steg ve diğ., 2013).

İnsan davranışları belirli bir bağlamda ortaya çıkmakta ve sınırlılıkları ve olumlu geri dönüşleri bu bağlam çevresinde gerçekleşmektedir. Buna örnek olarak “A Tree Grows in Brooklyn (Bir Genç Kız Yetişiyor)” kitabında kentsel ortamda yetişen çocukların ağaca tırmanma konusunda kırsal kesime göre sınırlı bir deneyime sahip olacağı belirtilmektedir. Davranışlar ve hareketler mekânsal olarak uygun olduğu ölçüde gerçekleştirilmektedir ve mekânsal olarak bu kısıtlamaların ortadan kaldırılması ve belirli bir amaca ulaşılabilmesi için psikologlara ihtiyaç duyulduğu gibi mimarlara duyulan ihtiyacın da altı çizilmektedir. Uzaya giden astronotun şartlara uygun biçimde giyinmesi veya bir itfaiyecinin zararı aza indirmek için koruyucu kıyafeti tercih etmesi onu çevresel etkenlerden korumaktadır. Ne yazık ki bu durum insanlar için pek mümkün görünmemektedir. İnsanlar uzun süre maruz kaldıkları durumlara uyum sağlama eğiliminde olmaktadırlar (Wohlwill, 1970).

Eski zamanlarda daha az uyaran olmasından ötürü daha sade bir hayat yaşayan insanlar modern topluma geçişle birlikte daha fazla uyarana ve karmaşık bir hayata maruz kalmaya başlamışlardır. Bu değişikliklerle aynı doğrultuda karmaşıklaşan insan ruhunu anlamak için psikolojiye ve disiplinler arasındaki bilgi alışverişi sebebiyle sosyolojiye, mimariye ihtiyaç artmıştır. Bu disiplinlerin birbirleriyle ilişkisi doğrultusunda da sosyal psikoloji, çevresel psikoloji, mimari psikoloji gibi alanlar ortaya çıkmıştır. 1950 yıllarında insanı ve insanın düşünce sistemi ile çevresi arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalar yapılmıştır. 1970 ve sonrasında ise psikologlar, sosyologlar ve diğer bilim insanları fiziksel çevrenin insan düşüncesi ve davranışı üzerindeki etkisini konu alan çalışmalara yönelmişlerdir. Çift yönlü olarak incelenen insan-çevre etkileşimi çevresel psikologlar, sosyologlar ve mimarlar tarafından farklı açılarla ele alınmakta, çevreye duyulan ihtiyaçlar açıklanmaya çalışılmakta ve tüm bu bilgi birikimleri sistematik bir biçimde yönetilmektedir (Aydınlı, 1993; Özel, 2007; Gifford, 2016; Steg ve diğ., 2013; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

2.2.2. Çevresel Sosyoloji

William R. Catton ve Riley E. Dunlap (Catton ve Dunlap, 1978; Dunlap ve Catton, 1979) toplumu çevreden ayrı düşünen sosyoloji bilimine farklı bir bakış açısıyla yaklaşarak "çevre sosyolojisi" kavramını sosyolojinin bir alt dalı olarak literatüre kazandırmışlardır. "Environmental Sociology: A New Paradigm (Çevresel Sosyoloji: Yeni Bir Paradigma)" adıyla Amerikan Sosyoloji dergisinde yayımladıkları makaleyle birlikte çevre sosyolojisi alanını açıkça tanımlamışlar ve sosyoloji bilimini çevre etkenini göz ardı etmesinden ötürü eleştirmişlerdir. Aynı zamanda çevre sosyolojisini bir bilim dalı olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlamayı desteklemek adına insan-çevre ilişkisinin insan üzerindeki etkisini belirtmek amacıyla örnekler vererek konuyu açıklamışlardır (Konak, 2010; Çalışkan, 2017).

İnsanın doğadan ayrı ve ondan daha üstün olduğu düşüncesini savunan sosyal bilimler ve bu düşünceyle birlikte sosyolojinin gelişme döneminde dünyanın ekolojik olarak bolluk döneminden geçiyor olması insan merkezli düşünce yapısının gelişmesine yol açmıştır. Bu düşünceyle insan tamamen çevreden soyutlanmış ve kendi varlığı dışındaki her şeyden ayrı düşünülmüştür (Dunlap,1980; Özel, 2007). İnsan istisnalığı paradigması olarak adlandırılan ve insana özgü olan dil, bilim, teknoloji geliştirme gibi özelliklerin yalnızca insanda bulunması ve insanın çevresel tehditlerden kendini koruyabileceğini düşünmesi bu düşünceyi destekler niteliktedir (Konak, 2010; Steg ve diğ., 2013).

Klasik sosyolojinin düşünce yapısına bakıldığı zaman fiziki çevreyi, tamamen olmasa da saf dışı bıraktıkları görülmektedir. Klasik sosyoloji için en önemli üç isim olan Marx, Weber ve Durkheim için sosyolojiyi coğrafya, ekonomi, psikoloji gibi bilim alanlarından ayrı tutmak gerekmektedir. Diğer bir yandan Engels ve Marx'a göre insan evrimsel sürecini doğa yoluyla sağlamıştır. Başka bir deyişle bu inanca göre insan kendini tamamlamak için doğayı araç olarak kullanmış ve doğaüstü bir mücadeleyle kendi tarihini ve doğasını ortaya koymuştur (Kökalan Çımrın, 2014).

20. yüzyıla gelindiği zaman sosyolojik açıklamalar biyoloji biliminden yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Parsons, kalıtımsal olarak nesilden nesile geçen biyolojik kodumuzun yaşadığımız ortama nasıl ayak uydurduğunu ve aynı zamanda onu nasıl değiştirdiğini açıklayan bir teori geliştirmiştir. Toplumu canlı organizmalara benzeten Parsons, her iki sistemin ortak noktasının bir çevre içinde bulunmaları olduğunu ve çevreleriyle çift taraflı alışveriş içinde olarak birbirlerini etkiledikleri görüşünü savunmuştur (Parsons, 2010; Konak, 2010; Çalışkan, 2017).

Modernleşme kavramının batılı bilim insanları tarafından ortaya çıkışıyla birlikte tüm toplumların batılı toplumlarla aynı yollardan geçecekleri görüşü savunulmuştur. Batılılaşmak da denilen bu kavramın felsefesi insanı üstün görmesinden kaynaklı insanın mutluluğu için her yolun refah olduğudur. Doğal kaynakların sınırsız olduğu düşüncesiyle tüketilmesi, tahrip edilmesi gibi sonuçlarının ölümcül olduğu davranışlar dahi insan refahı amacına hizmet ettiğinde normal karşılanmaktadır (Kökalan Çımrın, 2014).

1980 sonrası sosyolojik açıdan çevre, önceki dönemlere göre daha fazla anlam kazanmaya başlamıştır. Modernizme tepki olarak ortaya çıkan postmodernizm kavramı ekolojik sürdürülebilirlik temelinde kurulmuştur. Aynı zamanda doğanın tahrip edilmesi, kentleşme ve bunlara ek olarak insanın doğaya hükmetme isteği doğal dengenin bozulmasına yol açmıştır. Tüketim toplumu kavramının çevresel problemlerin fitilini ateşlemesi ve insanların çevresel felaketlerden etkilenmemek adına önlemler alıyor olması ve bu döngünün kendi içinde kısır döngüye girmiş olması insan-çevre etkileşiminin çift taraflı olduğunun altını çizmektedir (Adak, 2010; Çalışkan, 2017).

Sosyal bilimciler ile fiziksel çevre arasındaki duvarların kırıldığı 1980 sonrası dönemde çevre kuramları da ortaya çıkmıştır. Bu çevre kuramlarından Yeni Ekolojik Paradigma, Catton ve Dunlap tarafından geliştirilmiştir. Bu kuram, temelinde insanın mutluluğu için doğanın

sınırlı kaynaklarının sınırsız gibi düşünülüp tahrip edilmesine karşı çıkmaktadır. Kuramın temelleri endüstri dönemine denk gelmektedir. Endüstrileşme, temelinde insanın mutluluğunu esas almış olsa da uzun vadede çevreye verdiği zararla insanın doğal çevresine zarar vermekte ve kendi içinde çelişmektedir (Kökalan Çımrın, 2014; Catton ve Dunlap, 1978; Çalışkan, 2017).

Toplum ve çevre üzerinde yoğunlaşan bu kuramın dört temel dünya görüşü üzerine kurulduğunu söylemek mümkündür. Bunlardan ilki insanın tüm varlıklardan üstün ve ayrı tutulması görüşünün, insanın ayrıcalıklı olması ve aynı zamanda parçası olduğu çevreden etkilenmesi olarak değiştirilmesidir. Başka bir deyişle canlılar arasında üstünlük düşüncesinin yerini karşılıklı etkileşim almıştır. İkinci görüş insanın kültürel ve sosyal yaşantısının onu farklı kıldığı görüşüdür ve bu farklılığın kaynağının hem fiziksel hem de biyolojik çevre olduğu gerçeğidir. Diğer temel görüş de insan davranışlarının temelinin biyolojik ve fiziksel çevrenin üzerine kurulu olmasıdır. Dördüncü ve son olan temel düşünce ise modernizm temeline dayanan kalkınma, büyüme ve doğanın sınırsızlığı görüşüne karşı çıkarak büyümenin de sınırlı olması gerektiğini savunmaktadır (Tuna, 2006; Kökalan Çımrın, 2014; Çalışkan, 2017).

Özetle çevresel sorunların artmasıyla çevreyi merkeze alan düşünce yapısı gelişmeye başlamıştır. İnsan merkezlilikten doğa merkezli düşünceye ve hatta yeşillendirme politikasına kadar değişen bu düşünce sistemi tüm dünya genelinde ortak bir paydada birleşerek devam etmemektedir. Doğaya karşı hassas olan toplumların yanında insan refahını üst seviyede tutup doğanın tahrip edilmesine göz yuman toplumlar da yaşamını sürdürmektedir. Çevre sosyolojisi neden sonuç çerçevesinde insan-çevre etkileşimini ve olası sonuçlarını araştırmalar ile gözler önüne sererken modernleşme veya bir diğer adıyla batılılaşmanın etkisiyle bazı toplumlar için ekonomik kalkınma doğanın sürdürülebilir olmasından daha önemli olmaktadır.

2.2.3. Çevresel Psikoloji

Çevrenin insan psikolojisi üzerindeki etkisini araştırmak psikoloji bilimi için her zaman bir merak konusu olmuştur. 1940 ve 1950'lerin sonlarında literatüre kazandırılan doğal ortamlardaki çocuk davranışları, evlerin aydınlatılması, günlük fiziksel ortamlar gibi çalışmalar sayesinde insan davranışlarının etkileşimleri araştırılmaya başlanmıştır. Dönemin çalışmaları farklı ortamların insan davranışları üzerindeki etkisini incelemeye yönelik olduğundan bu çalışmalar mimari psikoloji çalışmaları olarak da bilinmektedir (Steg ve diğ., 2013; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

1960'larda insanların dünyayı anlamlandırması ve açıklama girişimleri o zamana kadarki alışılagelmiş kelimeler ve normlarla açıklanamaz hale gelmiştir. Çevre psikoloji kavramının büyümesinde ikinci dönem olarak da sayılan 1960'ların sonunda insanlar çevresel sorunların farkına varmışlardır. Gürültü, kirlilik gibi insan kaynaklı sorunlar ve bu sorunların insanlar üzerindeki etkileri, hava kirliliği, çevresel kalite gibi çalışmalar bu dönemin ürünüdür. Çalışmalar neticesinde yaşanılan zamanın tekrarı olmayan ve laboratuvar ortamında gerçekleştirilemeyen bir olgu olduğunun altı çizilmiştir. Bu olgu da insanlara çevreyi kontrol etme gücünün kısıtlı olduğunu göstermiştir (Gifford, 2013).

Çevresel psikoloji kavramı ilk olarak ekolojik psikoloji olarak ortaya çıkmış daha sonraları çevresel psikoloji olarak adlandırılmıştır. Çevre psikolojisine en genel tanımlamayla insan davranışıyla insanın bulunduğu çevre arasındaki karşılıklı ilişki demek mümkündür (Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Bu tanımlamanın temel varsayımı, çevre psikolojisinin öncülerinden olan Kurt Lewin'in davranışın insanın çevresiyle ilişkisi sonucu ortaya çıktığı düşüncesidir. Bu düşünceye göre insan davranışlarını anlamlandırmak insanın içinde bulunduğu bağlam bilindiği ölçüde mümkündür (Türksoy, 1986; Keleş ve Hamamcı 1993; Göregenli, 2018; Işıkpınar, 2012).

Günümüzde çevresel psikoloji, insanın geri döndürülemez tahribatlarından iklim değişikliği, orman yangınları gibi sorunlara çözüm arayan, insanın davranışlarını değiştirmeyi hedefleyen ve bu hedefle birlikte insan yaşamını daha kaliteli sürdürmenin yollarını bulmayı amaçlayan bir hal almıştır (Steg ve diğ., 2013; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Geleneksek psikolojide insan stabil bir varlıkken ve davranışları kendi çevresinden uzak laboratuvar ortamında incelenirken çevresel psikoloji bakış açısında insan çevresini etkileyen ve çevresinden etkilenen bir varlık olarak görüldüğü için günlük ortamında ve kendi doğal çevresinde incelenmektedir (Türksoy, 1986; Keleş ve Hamamcı 1993; Göregenli, 2018; Işıkpınar, 2012).

İnsan etkileşim içinde olduğu çevresi içerisinde onun için anlam ifade eden varlıkları algılar. Bu algılamayla birlikte zihninde var olan deneyimler ve düşünce yapısıyla birlikte algıladığı bu varlıkları kümeler, sınıflandırır ve zihninde bu varlıkları ilişkilendirmeye başlar. Bu ilişkilendirmeler zaman içinde genişleyerek bir şema haline gelir. Şema kişisel düşünceler ve deneyimler neticesinde kişilerin, yerlerin, mekânların insan beyninde özelleştirilmesidir. Bu şemalar genişlemeye ve gelişmeye açık olgulardır (Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Çevresel psikolojinin kendine has dört özelliği bulunmaktadır. Bunlar; "insan-çevre etkileşimini konu alma", "alana disiplinler arası yaklaşma", "uygulamaya önem verme" ve "yöntemlerin çeşitliliğidir". İnsan-çevre etkileşimi, çevrenin insanı insanın da çevreyi etkilemesi üzerine kurulmuştur. Doğayla iç içe büyüyen bir çocuğun doğaya karşı daha koruyucu ve onu tahrip etmeye daha az yatkın olması buna örnek olarak verilebilmektedir. İkinci özellik çevresel psikolojinin disiplinler arası bir alan olmasıdır. Her alan farklı disiplinlerin bakış açısıyla çeşitlenirken tüm bakış açılarının toplamı daha kapsamlı bir görüş sağlamaktadır. Çevresel psikolojinin iş birliği içinde olduğu üç disiplin bulunmaktadır. İlk olarak insan-çevre ilişkisini daha iyi anlayabilmek adına hem doğal hem de yapay çevreyi tanımlamasına yardımcı olacak coğrafya ve mimari biliminden yararlanılmıştır. İkinci olarak sosyal psikolojinin onun bir alt dalı olmasından ötürü metodolojik ve teorik olarak psikoloji biliminden yararlanılmıştır. Son olarak da çevreden etkilenerek gerçekleştirilen davranışları değerlendirebilmek adına çevre bilimden yararlanılmıştır (Keleş ve Hamamcı 1993; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Çevresel psikolojinin üçüncü özelliği olan uygulamaya önem verme kısmı çevre psikologlarının bilimsel merakına ortak olan hayatı iyileştirme ve hayat kalitesini artırma inancına dayanmaktadır. Şöyle ki çevre psikologları insan-çevre etkileşimini anlamlandırmak için teorik bilgilerden yararlanıyor olsa da insanları kategorize etmek mümkün değildir. Yaşanılan coğrafya, ekonomik durum, eğitim düzeyi, yaşanılan muhit gibi birçok etkeni bulunan insanı anlamanın yolu teorideki bilgilerin uygulamalı olarak test edilmesinden geçmektedir. Yaşamın problemlerine çare arama ilkesini benimseyen bu alanda problem çeşitleri bölgesel ve ulusal olarak çeşitlilik göstermektedir. Yerelde geri dönüşüm gibi sorunlarla ilgilenilirken; ulusal olarak değerlendirildiğinde ekolojik çeşitlilik, iklim değişikliği gibi konulara değinilmektedir. Dördüncü özellik olan yöntemlerin çeşitliliği de kullanılan yöntemlerin zayıf yönlerinin güçlü yöntemlerle dengelenmesini sağlamaktadır. Araştırmalar sonucu ulaşılan bulgular bazı yöntemler ile yorumlandığında eksik kalabilmektedir. Bu sorunun önüne geçmek için yöntemleri çeşitlendirerek sağlama yapılmaktadır (Cassidy, 2013; Steg ve diğ., 2013; Göregenli, 2018).

Sonuç olarak çevre ve insan davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen her alanın çevresel psikoloji ile ilişkisi bulunmaktadır. Mimari gibi çevre tasarımıyla ilgilenen alanların önemi insanların fiziksel çevreden etkilenmeye açık olmasından ötürü artmıştır. Çevresel algı, çevreye karşı tutumlar, davranışlar, edinilen bilgiler, gizlilik gibi kavramların ortak noktasının çevre

tasarımı olması da fiziki çevreyi değiştiren ve dönüştüren bu tasarım alanının öneminin altını çizmektedir (Dunlap ve diğ., 2002; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

2.2.4. Mekân Kavramı

Mekân kelimesi Arapça bir sözcük olan "kevn"den türetilmiştir. Kevn kelime anlamı olarak var olmak, mevcudiyet, alem anlamlarına gelmektedir. Hasol'a göre mekân, kişileri çevreden soyutlayan ve içerisinde faaliyetlerini sürdürmesine olanak tanıyan boşluktur (Hasol, 1979; Schmarsow ve Fiedler, 2017; Usta, 2020).

Mekân kavramı bütün duyu organlarıyla algılanmaktadır ve bu kavramın zihinde canlanabilmesi için çevrelenmiş ve sınırlandırılmış bir hissi uyandırması gerekmektedir. Mekânlar sınırlandırma durumlarına göre doğal çevre, yapay çevre ve karma çevre olarak ayrılmakla birlikte yatay olarak tavan ve dikey olarak duvar gibi ortamı çevreden ayıran unsurlarla birlikte iç mekân ve dış mekân olarak ayrılmaktadır (Altan, 1993; Fleury-Bahi ve diğ., 2017; Usta, 2020).

Mekânlar, insanların bir süreliğine değil onlara kendilerini evlerinde hissettirecek kadar yaşanılabilir kılmak için oluşturulmaktadırlar. Bu hissi oluşturabilmek için tasarım aşamasında mekânın, tüm duyulara hitap ettiği göz önünde bulundurulmalıdır (Rasmussen, 2010). Bu çerçevede mekânın zihindeki yeri öncelikle duyularla hissedilmekte; ardından anılar ve duygularla belirlenmektedir (Gezer, 2008; Usta, 2020). Duygusal olarak bağ kurulan bu mekânlar insanların hatırlayabilecekleri, özleyecekleri, ilişki kurabilecekleri ve aidiyet duygusunu hissettirebilecek mekânlardır (Mazumdar, 2007).

Mekânlar insan zihninde hem fizyolojik hem de psikolojik olarak var olmaktadır. Zihindeki bu iki mekân bir arada ortaya çıkmakta ve mekânın psikolojik etkisinin olumsuz olması fiziksel etkisinin de olumsuz algılanmasına yol açmaktadır (Evans, 2003; Usta, 2020; Ulubay ve Önal, 2020). İnsanların gündelik hayatı doğal çevrede geliştiği gibi yapılı çevrede de gelişmekte ve yaşanmaktadır. Bu hayatın büyük bir bölümünün gerçekleştiği yapay çevreler, insanların psikolojik olarak etkilendiği, algıladığı ve yaşadıkları deneyimler sonucunda hafızalarında yer edinen mekânlardır.

2.2.4.1. Mekânsal Algılama

İnsanın çevresinde ve içinde gerçekleşen durumları veya ortaya çıkan somut şeyleri duyuları ve hisleri yardımıyla anlamlandırma sürecine algı denilmektedir (Köktürk, 2010;

İnceoğlu, 2011). Duyular ve hislerin yanında algılamayı etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır. İnsanların deneyimleri, geçmiş tecrübeleri, gereksinimleri, kişisel özellikleri gibi faktörler de algılamayı etkilemektedir. Her durumu ve her olayı ortak bir şekilde yorumlamak mümkün değildir. Böyle bir durumu mümkün kılmayan şey de zamanla biriken tecrübeler, beklentiler, eğitimler, gereksinimler ve bu sayede zihinde oluşan algılardır (İnceoğlu, 2011).

Algılamayı etkileyen faktörleri üç başlık altında toplamak mümkündür. Bu faktörler; algılananın özellikleri, algılayan insanın özellikleri ve hem insanın hem de algılanan şeyin içerisinde bulunduğu çevrenin özellikleridir. Algılanan şeyin farklı zamanlarda farklı şekilde algılanabilmesinin mümkün olması gibi, görsel olarak değişse de aynı şekilde algılanması da mümkündür. Bir nesnenin ışık faktörüyle rengi değişse dahi bu değişim gerçek rengin zihindeki halini değiştirmemektedir. Diğer bir yandan açlık ve tokluk gibi fizyolojik olarak farklı durumlar içerisinde de yemek, su gibi ögeleri farklı algılamak mümkündür. Çevre faktörünün algıyı değiştirmesini ise alışılagelmiş çevrelere karşı duyulan hissizlik ve yeni bir çevrenin incelenirken tüm detayların algılanması ile açıklamak mümkündür (Edgü, 2021).

Algılama süreci insanın yaşamı boyunca edindiği bilgilerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kültürel, duygusal, eğitimsel ve sosyal yönden insanı yansıtan bir süreçtir. İnsan yaşamının yapılı çevrelerde geçmesinden ötürü, insanın çevresiyle etkileşim halinde kalması algılama süreciyle aktif bir şekilde ilerlemektedir. İnsanın çevresini algılamasındaki temel, mekânsal algılama ile başlamaktadır. Mekânsal algı kişinin söz konusu mekânda veya çevresinde deneyim kazanması ve bu deneyimlerin zihinde yer etmesiyle oluşmaktadır (Özen, 2006; Ulubay ve Önal, 2020).

Mekânsal algı çevre ile insan arasındaki etkileşimin temel ögesidir. Mekânsal algının kişilerin çevresinde bulunan fiziki çevreyi değerlendirmesinde ve algısını ölçmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Kişilerin fiziki mekânı değerlendirmesi değerlendirilen fiziki mekân içerisinde gösterilen davranışları şekillendirmektedir. Başka bir ifadeyle fiziki mekân kişilerin zihninde ve duyularında ve bu süreç sonucunda davranışlarında oluşan tüm değişimlerdir. (Özen, 2006; Ulubay ve Önal, 2020).

2.2.4.2. Mekânsal Davranış

Mekânsal davranış, insanın mekânı algılaması ve çevresiyle kurduğu mecburi iletişimin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşamını ve gereksinimlerini bir çevre ve çoğunlukla yapılı

mekânlarda geçirdiğinden insan anlama ihtiyacı duymaktadır. Mekânı algılama süreci, fiziksel olarak mekânı anlamayla başlayıp insan zihnindeki ekonomik, kültürel, siyasi temelli soyut kavramlarla tamamlanmaktadır. İnsanlar yapılar inşa ederken kendi benliklerinden bir şeyler de mekânın ruhuna katmaktadırlar ve aynı zamanda mekândan da etkilenerek kendi ruhlarına başka anlamlar yüklemektedirler (Roth ve Akça, 2004; Ulubay ve Önal, 2020).

İnsanlar yaşamlarını sürdürdükleri, zaman geçirdikleri çevrelerle sürekli bir etkileşim halindedirler. Bu etkileşimler sonucunda mekâna karşı gösterdikleri davranışlar oluşmaktadır ve bu davranışlara mekânsal davranış denmektedir. Mekânsal davranışa yön veren ve bu davranışı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. İnsanlar doğup büyüdükleri toplum, mensubu oldukları din, dünya görüşleri gibi kültür boyutları gereğince mekânsal davranışlar geliştirmektedirler. Mekân-insan etkileşiminde insan davranışlarını etkileyen unsurlar; kişiselleştirme, mahremiyet, kişisel alan, egemenlik alanı ve aidiyettir (Eyüboğlu ve Zorlu, 2021).

- **Kişiselleştirme:** Kişiselleştirme, insanın bir şeyin sahibi olması, bir şeyi kendine tahsis edip kullanması anlamına gelmektedir. Mekânsal boyutuyla kişiselleştirme ise yapılı çevrenin düzenleyicinin istek ve arzularına göre düzenlenmesi, kendinden iz bırakması ve mekânı diğerlerinden farklı kılmasıdır (Bilgin, 2005).

- **Mahremiyet:** Sözlük anlamı gizlilik olan mahremiyet, bireylerin belirledikleri sınırlar içinde özgürce hareket ettiği alanlardır. Toplumun ortak kullanımı dışında kalan bu alanlar kişisel yargı ve istekler doğrultusunda şekillenmektedir. Bu sebeple mahremiyetin sınırı kişi bazında değişim göstermektedir (Akar ve Akar, 2021).

- **Kişisel alan:** İnsanların kişisel alan ihtiyacını gidermek mahremiyetlerini sağlamanın ilk adımıdır. Kişisel alan "bir kişinin vücudunu çevreleyen, davetsiz misafirlerin giremeyeceği, görünmez sınırları olan" bir alanı ifade eder. Schopenhauer'un masalındaki kirpiler gibi, insanlar sıcaklık ve yoldaşlık elde edecek kadar yakın, ancak birbirlerini iğnelemekten kaçınacak kadar uzak olmayı severler. Kişisel alan, küre şeklinde olmak zorunda değildir ve her yöne eşit şekilde uzanmaz. İnsanlar bir yabancının yanında bulunduğu yakınlık ile önünde bulunduğu yakınlığa aynı tepkiyi göstermezler. Kişisel alan bir salyangoz kabuğuna, bir sabun köpüğüne, bir auraya ve nefes odasına benzemektedir" (Sommer, 1969). Söz konusu kavram insanı çepeçevre saran, sınırları belli, insanın kendisi dışındaki herkese yabancı olan ve içerisinde zihinsel ve fiziksel olarak özgür olduğu alanı ifade etmektedir (Bilgin, 2003).

- **Egemenlik alanı:** Bireysel, bir grup ile veya toplum ile birlikte bir mekân veya alanın korunup savunulmasına egemenlik alanı denmektedir. Egemenlik alanı, kişiselleştirme sonucunda ortaya çıkan bir savunma mekânizması olarak da adlandırılmaktadır. Kişiselleştirilen mekân veya alanın denetim altında olması ve müdahale ile karşılaştığında gösterilen tepkiler bu mekânın egemenlik alanı olduğunu göstermektedir (Aktaş, 2020). Kişisel alan ile karşılaştırıldığı zaman egemenlik alanının belirli bir konumu vardır. Kişisel alan ise insanı çepeçevre saran görünmez bir kalkandır (Bechtel ve Churchman, 2002).

- **Aidiyet:** Kavramsal olarak aidiyet bir insana, topluma ait olmak şeklinde açıklanıyor olsa da insana, yaşadığı topluma, toplumun geleneklerine, kültüre, mekâna bağlı olarak tanımlanabilen geniş bir sözcüktür (Sözer, 2019). Mekânsal olarak aidiyet insanın bulunduğu mekânda kendini evinde gibi hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Duygusal bir bağ kurulan bu mekânlarda kişi kendini rahat ve güvende hissederken, yabancı hissetmemektedir (Antonsich, 2010).

İnsanların ihtiyaçları doğrultusunda planlanan ve hayata geçirilen mekânların bileşenlerini fizyolojik ve psiko-sosyal olarak sınıflandırmak mümkündür. Mekânlar beslenme, uyuma gibi fizyolojik ihtiyaçlarda olduğu gibi sosyal olma, güvenlik, ait olma gibi hem sosyal hem de ruhsal yönden insanı tamamlayan psiko-sosyal ihtiyaçları da karşılamaktadır. Aynı zamanda fiziksel boyut altında karşılaşılan görsel, işitsel, ısıyla alakalı faktörler insanı fiziksel olarak etkilediği gibi bu uyarıcılar insanı psikolojik olarak da etkilemektedir ve bu sebeple psiko-sosyal olarak da incelenmektedir (Dunlap ve diğ., 2002; Ulubay ve Önal, 2020).

İhtiyaçlara göre şekillenen mekânlar, insanların tüm isteklerini karşılamak, onları bu yapılı çevrenin bir parçası haline getirmek ve sosyalleşmelerine destek olmak gibi özellikleri barındırdıklarında bu mekânlara iyi tasarlanmış demek mümkün olmaktadır (Gifford ve diğ., 2011). Başka bir bakış açısıyla iyi tasarlanmış mekânlar insanları mutluluğa, sahip olmak istedikleri duygulara, rahatlığa hem somut hem soyut amaçlara götüren bir yoldur (Augustin ve diğ., 2009).

Mekân; insanın rastlantısal veya istem dışı katıldığı bir ortam iken tasarımcılar açısından bilinçli ve bir amaç çevresinde oluşturulan yapılardır (Göregenli, 2018). Yaşamlarının çoğunu yapılı çevrelerde, mekânlarda geçiren insanlar bulundukları mekânın tasarımlarından etkilenmektedirler. Her insanın deneyimleri, düşünceleri farklı olduğu gibi tasarım ve mekândan etkilenen insanların tepkileri değişiklik göstermektedir.

İnsan davranışlarını olumlu etkileyecek şekilde iyi tasarlanan mekânların temel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Mekânın, oluşturulma amacıyla uyumlu olması gerekmektedir. İnsanı, o mekân içerisinde gerçekleştirmesi gereken davranış kalıplarına götürecek yol haritası olmalıdır.

Mekân, hayatı planlanan biçimde yaşama konusunda kişiye yardımcı olmalıdır.

Mekân, insan ile birebir iletişim halinde olmalıdır. İnsanlar diğer insanlarla iletişim kurmak, sosyalleşmek konusuna önem vermektedirler. İnsanların birbirleriyle iletişim kurmaları için destek olmanın yanında bu iletişime engel olan yapılı çevreler de bulunmaktadır. İnsanın sosyalleşmek istediği zaman sosyalleşmesine olanak sağlayan, yalnız kalmak istediğinde ise bu isteği yerine getiren bir ortamı olmalıdır.

Mekânlar insanların kişilik özelliklerini yansıtmalıdır. İnsanların kullandıkları, sahip oldukları fiziksel ürünlerle kişiliklerini yansıttıkları bilinmektedir. Bu bilgi doğrultusunda mekânların da insanların kişilik özelliklerini yansıttıkları ileri sürülebilir. İnsanlar, kendilerinden bir parça bulamadıkları mekânlarda kendilerini rahat hissetmemektedirler. Bu kapsamda mekânlar insanlara hitap etmelidirler.

İyi tasarlanmış mekânların rahatlatma, mahremiyet, kontrol, güvenlik gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir. İnsanın kendini gerçekleştirebilmesi için mekânın psikolojik gereksinimleri de bulunmaktadır. Rahatlatma özeliği insanın stres ile baş başa kaldığı zamanlarda ona canlandırıcı etkiyi vermelidir. Çevresinde bulunan uyarıcıları kontrol edemeyen insanlar rahatsız ve baskı altında hissederler. İnsan için kontrol etme arzusu da onu rahatlatan ve kendini gerçekleştirmesine olanak sağlayan bir etkiye sahiptir. Mahremiyet insanlar için önemli bir unsurdur. Hem bireysel hayatlarında hem de geniş gruplarla birlikte insanın mekânlarda mahremiyet alanı bulması önem arz etmektedir. Bu unsurlara ek olarak güven ortamının bulunduğu mekânlar insanları olumlu duygulara itebilmektedir. Olumlu duyguları artırmaya yönelik tasarımlara ağırlık verilmelidir.

Mekân, değişimlere uyum sağlayabilmelidir. İnsanın gelişimiyle birlikte değişimi de kaçınılmaz olmaktadır. Zaman içindeki bu değişikliklere ayak uyduran, esneklik ilkesini benimseyen mekânlar iyi tasarlanmış mekânlar olarak adlandırılabilirler.

İnsan davranışlarının temelinde, duyular ve duyular sayesinde edinilen duygusal birikim yatmaktadır. Mekân tasarımındaki başarılı adımlarla insanlar belirli davranış kalıplarına doğru yönlendirilebilmektedirler. Bu amaçla tasarımın hangi amacı hedefleyeceği bilinmeli ve mekânın atmosferi bu temel üzerinde oluşturulmalıdır (Augustin ve diğ., 2009; Ulubay ve Önal, 2020; Fettahlıoğlu, 2014).

2.2.5. Atmosfer Kavramı

Atmosfer, ürün veya hizmet satın alacağımız kurum veya mağazanın iç ve dış görüntüsü, kokusu, sesi gibi fiziksel unsurların insan üzerindeki etkilerinin toplamıdır. İç unsurların insanı satın alma, memnuniyet, imaj oluşturma vb. konularda olumlu ve olumsuz etkilediği gibi, dış unsurların da tercih edilebilirliği artırdığı bilinmektedir (Fettahlıoğlu, 2014; Bozpolat, 2017).

Kotler'e göre atmosfer, bilinçli bir şekilde tüketici üzerinde etki bırakmaya yönelik çabalar bütünüdür. İnsanları satın almaya yönlendirmek için ortamın tasarlanması şeklinde de aktarılmaktadır (Kotler, 2021). Daha geniş tanımıyla atmosfer beş duyuya hitap edecek şekilde, insan, renk, koku, müzik, doku, havalandırma, ışıklandırma ve görsel aktiviteler gibi unsurlar yardımıyla çevrenin tasarlanmasıdır (Levy ve Weitz 2011; Turley ve Miliman, 2000). Atmosfer, satın alma ortamının tasarlanarak satın alma isteğini artırma çabaları olup; atmosferin satın almayla doğrudan ilişkisi bulunmaktadır (Johnson ve diğ., 2004; Dursun ve diğ., 2013; Demir ve Demir, 2019).

Atmosfer, somut unsurların yanında soyut unsurlar ile deneyimi olumlu hale getirmeyi; bundan dolayı da memnuniyeti artırmayı sağlamaktadır (Puccinelli ve diğ., 2009). İnsanlar üzerindeki olumlu etkisinden ötürü "görünmeyen satış elemanı" olarak adlandırılan atmosfer unsuru, belirlenen amaçlar doğrultusunda düzenlenen fiziksel değişimler olarak tanımlanmıştır (Buttle, 1984; Demir ve Demir, 2019).

Atmosfer, dolaylı bir iletişim aracı, verilmek istenen mesaj, tüketiciyi uyaran unsurların tasarımı gibi bileşenlerin bütünü şeklinde ifade edilmekte; tüketici memnuniyeti sağlama amacına hizmet etmektedir (Kaltcheva ve Weitz, 2006). Atmosfer, ışık gibi dokunulamayan, yer işgal etmeksizin tüm alanı kaplayan, davranış ve fikir değişikliği oluşturan unsurları içermektedir (Feder, 1965; Bozpolat, 2017).

Üretim sektörü ürün temelli yaklaşımı geride bırakıp insan/müşteri temelli bir yaklaşım benimsediğinden bu yana pazarlama dünyası da müşteri temelli pazarlama anlayışını benimsemektedir. Hizmetler söz konusu olduğunda hizmetin veriliş şekli ve hizmet ortamı, benimsenmeye başlayan bu yeni anlayışın temelini oluşturmaya başlamıştır. Hizmet ortamının tüketiciyi uyarması ve tüketicinin davranışsal tepkiler vermesi atmosferin etkisiyle olmaktadır (Mehrabian ve Russel, 1982; Bozpolat, 2017; Arslan ve Acar, 2020). Tüketicilerin davranışsal tepkileri tekrar tercih etme, hizmet veya mağaza ortamında zaman geçirme, planlanmayan harcamalar yapma gibi olumlu olabilirken, olumsuz bir şekilde atmosferden etkilenmeyerek veya negatif bir şekilde etkilenerek ortamdan uzaklaşmayla sonuçlanabilmektedir (Turley ve Milliman, 2000; Baker ve diğ., 2002; Babür, 2003; Odabaşı ve Oyman, 2010; Arslan ve Acar, 2020).

Atmosferi oluşturan renk, koku, görüntü gibi fiziksel unsurlar mağaza/kurum/marka imajı oluşturarak içinde bulunulan mekânın zihinde yer edinmesini sağlamaktadır (Berman ve diğ., 2018). Geleneksel pazarlama uygulamaları yalnızca ürün üzerinden ilerlerken hizmetlerin pazarlaması söz konusu olduğunda geleneksel pazarlama uygulamaları yeterli olmamaktadır. Bir deneyim paylaşımı olan hizmet satın alma sürecinde ürün temelinde süreci yönetmek yerini deneyimler temelinde pazarlamaya bırakmıştır (Morgan, 2016).

Dış unsurlar, bir hizmetten faydalanmak veya bir ürün satın almak için bir mağazadan, bir kurumdan içeri girmeden önce satın alınacak hizmet veya ürün ile ilgili izlenim oluşmasına katkı sağlamaktadır (Berman ve diğ., 2018). İzlenimin oluşması ardından iç unsurlar karar verme aşamasında tüketiciyi etkilemektedir (Hammond, 2017). Ürün veya hizmetle karşılaşmadan dahi zihinsel bir altyapı hazırlayan atmosfer unsuru pazarlama açısından büyük bir öneme sahiptir (Custers ve diğ., 2010).

Bir pazarlama aracı olarak görülen atmosfer, aynı ürün veya hizmet sunucularının tüketiciler gözünde farklılaşmasını ve bu farklılaşmayla birlikte pozitif bir şekilde fiyat esnekliğinin oluşmasını sağlayabilmektedir (Varinli, 2012). Yalnızca tüketici üzerinde etkisi olmayan, çalışanları da etkileyen atmosfer çalışanların tüketicilerle iletişimini olumlu yönde etkilediği gibi güven ilişkisi oluşmasına da yardımcı olmaktadır (Sharma ve Stafford, 2000; Demir ve Demir, 2019).

2.2.5.1. Atmosferin Etkileri

Atmosferin etkisi, bir hizmetten faydalanmadan ya da bir ürünü satın almadan önce dahi insanları etkisi altına alan, insanların fikirlerine yön veren itici bir güçtür. Her insanda farklı şekillerde oluşan bu etkiler bir tüketiciyi olumlu etkilerken diğer tüketiciyi olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeple atmosfer tasarlamak karmaşık işlemler bütünüdür (Milotic, 2003; Tuncel, 2017).

Atmosferin tüketicilerin memnuniyetini artırmak, satışları olumlu etkilemek, tercih edilebilirliği artırmak ve çalışanları olumlu etkilemek gibi etkileri bulunmaktadır (Odabaşı ve Oyman, 2005; Bozpolat, 2017).

- **İmaja etkisi:** Ortam tüketicinin markayı tanımlamasında büyük bir rol oynamaktadır. Tüketicinin gözünde bir imaj oluşturma karmaşık bir süreçtir ve bu imajın etkili sunulması atmosfer ile mümkün olabilmektedir. Tüketiciye verilmek istenen mesaj, tüketici zihninde oluşturulmak istenen imaj, atmosfer ile somutlaştırılarak tüketiciye aktarılmaktadır. Doğru süreçlerden geçirilerek oluşturulan atmosfer sayesinde marka imajı oluşmakta bu da satış, memnuniyet, tercih edilebilirlik gibi unsurları olumlu etkilemekte ve istenen davranışların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Arslan, 2011; Ustaahmetoğlu, 2010; Turley ve Chebat, 2002; Demir ve Demir, 2019; Demir ve Öztürk, 2019; Arslan ve Acar, 2020).

Atmosfer oluşturulurken birçok unsurdan faydalanılmaktadır. Aydınlatma, ısı, renk, müzik gibi unsurların oluşturduğu atmosfer, tüketicinin isteklerine göre şekillenmekte ve bir bakıma atmosfer tüketici ile birlikte dönüşmektedir. Hizmet sunucular veya ürün satıcıların tekdüze bir profil sergilediği sırada, atmosfer bir markayı veya hizmet sunucusunu rakiplerinden farklılaştırmaktadır (Arslan 2011; Levy ve Weitz, 2011; Demir ve Öztürk, 2019).

Rekabeti etkileyen fiyat unsuru tüketiciyi etkilemek amacıyla kullanılıyorken; artık tüketiciler maruz kaldıkları deneyimlere göre hizmet sunum ortamını tanımlamaktadır. Bu sebeple tüketici zihninde istenilen etkiyi bırakmak ve bu amaçla atmosfer oluşturmak zorunlu bir yönelim haline gelmektedir (Arslan, 2011; Arslan ve Acar, 2020).

- **Tüketiciye olan etkisi:** Atmosfer unsuru tüketici davranışlarını dolaylı yoldan etkilemektedir. Olumlu etki olarak tüketiciyi memnun ederek satın alma ve faydalanma sağlamasının yanında, olumsuz etkileyerek satın alma veya hizmetten faydalanmayı bırakma, memnun olmama ve atmosferi rahatsız edici olarak nitelendirme gibi sonuçlara da yol

açabilmektedir (Turley ve Milliman, 2000; Bozpolat, 2017; Arslan ve Acar, 2020). Yapılan araştırmalarda atmosfer ile tüketici davranışı arasındaki etki incelenmiş ve bazı sonuçlar elde edilmiştir. Tüketiciyi atmosfer unsuruyla memnun etmek ve bu memnuniyet doğrultusunda satın alma davranışında artış sağlamak, alışveriş sürecini uzatmak, kurumu tercih etmesini sağlamak vb. bu araştırmalar sayesinde ulaşılan sonuçlardır (Yıldırım, 2005; Çağlar ve Kılıç, 2005; Demir ve Öztürk, 2019).

Mehrabian ve Russel'ın (1974) geliştirdiği SOR modelinde çevre, kişide birçok tepkiye yol açan uyarıcılar bütünü olarak adlandırılmaktadır. Üç unsurdan oluşan SOR modelinde S (stimulus) çevresel uyarıcıyı, O (organism) duygusal tepkileri, R (response) ise sonuç olan davranışsal tepkileri temsil etmektedir ve bu davranışsal tepkiler atmosferden dolayı ortamdan ayrılma veya kalma, atmosferden etkilenmeyerek hareketsiz kalma, iletişim kurma veya iletişimden kaçınma, memnuniyeti etkileme şeklinde meydana gelmektedir (Turley ve Milliman, 2000; Hetharie ve diğ., 2019; Mehrabian ve Russell, 1974).

Atmosferin tüketiciyi en az üç şekilde etkilediği belirtilmektedir. İlk etki renkler, sesler gibi unsurlar ile tüketicinin dikkatini çekmektir. İkinci etki tüketicilere atmosfer yardımıyla vermek istenilen bilgiyi vermektir. Üçüncü etki ise tüketicide doğrudan tepki oluşturacak atmosfer unsurları oluşturmaktır (Varinli, 2012).

- **Çalışanlar üzerindeki etkisi:** Atmosfer kavramı tüketicileri etkileyen bir unsur olmakla beraber atmosfer ortam içerisinde bulunan çalışanları da etkilemektedir. Tüketici ile çalışanlar arasındaki doğrudan veya dolaylı iletişimden ötürü çalışanların tutumu da tüketiciyi etkilemektedir. Sözlü iletişim dışında davranışlar, kurum kıyafetleri gibi unsurlar da tüketicileri etkisinde bırakan unsurlardandır (Arslan, 2011; Demir ve Öztürk, 2019; Arslan ve Acar, 2020; Bozpolat, 2017).

Çalışanların satış üzerindeki etkisi atmosfer tarafından etkilenebilmekte ve atmosfer çalışanların ikna, konuşma becerileri gibi yetilerini geliştirebilmekte, aynı zamanda tüketicilerin de güven düzeyini yükseltebilmektedir (Sharma ve Stafford, 2000). Çalışanların performansını da etkileyen atmosfer doğru bir şekilde planlandığında çalışan performansını artırdığı gibi olumsuz atmosfer ortamdaki çalışanları ve tüketiciyi olumsuz etkilemektedir (Turley ve Milliman, 2000; Sharma ve Stafford, 2000; Demir ve Öztürk, 2019).

- **Satışlar üzerindeki etkisi:** Atmosferin satış üzerindeki etkisi literatür tarafından en çok ele alınan konulardan biridir. Araştırmalar sonucu tüketicinin atmosferden etkilenerek satın alma işlemi gerçekleştirmesinin yanında atmosferdeki değişimin tüketiciler tarafından fark edilmesi ve bunun sonucunda satışları artırdığı kanıtlanmıştır. Müşterilerin etkilenmesi sonucu oluşan imaj, etkilenme durumuna göre satışları olumlu veya olumsuz biçimde etkilemektedir (Arslan 2011; Turley ve Chebat, 2002; Demir ve Öztürk, 2019).

Tüketim esnasında gördüğümüz, duyduğumuz, hissettiğimiz her şey zihnimize işlenmekte ve satın alma deneyiminin şekillenmesini sağlamaktadır (Kotler ve Armstrong, 2017). Başarılı bir biçimde oluşturulan atmosfer, davranış değişikliği oluşturma etkisinden ötürü önemli bir pazarlama unsuru haline gelmiştir (Turley ve Milliman, 2000; Arslan ve Acar, 2020; Bozpolat, 2017).

2.2.5.2. Atmosferin Unsurları

Sunulan ürün veya hizmeti görünür kılan, mesajı oluşturan ve ileten, duygu oluşturan ve ürün veya hizmeti çeşitli şekillerde öne çıkaran işaretler bütünü olarak atmosfer, hizmet alıcıları üzerinde birçok etkisi olan soyut ve somut unsurlardan oluşmaktadır. Bu unsurların başlıcaları aşağıda sıralanmaktadır (Milliman, 1982; Renaghan, 1981; Hoffman ve Turley, 2002; Bozpolat, 2017):

- Bitki unsuru

Şehirleşme ile birlikte doğadan uzaklaşma artmış ve betonlaşma yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu yaygınlaşma ile birlikte insanların psikolojik ve fiziksel olarak doğa ile kurdukları bağ azalmış ve bu durum problemler silsilesini beraberinde getirmiştir (Burchett ve diğ., 2008).

Hem iş hem de sosyal yaşamını yapılı mekânlarda geçiren insanlar, iç mekânı ekolojik olarak bitkilerin yaşamasına elverişli bir hale getirerek bitkileri yaşamın bir parçası kılmaktadırlar (Ulus, 2006). Fotosentez ve terleme ile iç mekânın hava kalitesine ve görsel olarak doğada olma hissi vermesine katkıda bulunan bitkiler insan sağlığını, hava kalitesini ve verimliliği olumlu bir şekilde etkilemektedir (Bringslimark ve diğ., 2009; Sezen ve diğ., 2017; Osimani ve diğ., 2016).

Son yıllarda yürütülen birçok araştırma iç mekânda doğa unsurlarından ve özellikle bitkilerden faydalanmanın çalışanlar için performans artırıcı, stres azaltıcı etkiler gösterdiğini

kanıtlar nitelikte sonuçlar ortaya çıkarmıştır (Bringslimark ve diğ., 2007; Bringslimark ve diğ., 2009; Burchett ve diğ., 2019; Dijkstra ve diğ., 2009). Bir başka araştırmada bitkilerin insanları konforlu hissettirdiği ve bu sebeple insanların bitki bulunan ortamları tercih ettiği sonucu ortaya çıkmıştır (Qin ve diğ., 2014).

- Malzeme unsuru

İnsan, mekânın hacimsel olarak var olmasını sağlayan malzemeler ile mekânı algılama yolculuğuna başlayabilmektedir (Seçkin ve Yıldız, 2019). Mekân içerisindeki malzemeler insanı duygusal olarak etkileyerek mekânı insan zihninde bir yer kavramına dönüştürmektedir. Algılama süreci kişisel bir süreç olmasından ve kişisel özelliklerin yanında deneyim gibi birçok faktörden etkilenmesinden ötürü atmosfer oluşturma süreci karmaşık bir süreçtir. Malzeme ile karşılaşma sonucu oluşan atmosfer algısı insan zihninde rahatsız edici, sakinleştirici, yapay, doğal, pahalı, ucuz, kaliteli, soğuk, karmaşık gibi kavramlarla nitelendirilmektedir (Yağlı, 2019; Güzel, 2006).

- Renk unsuru

Renk unsuru mimariden tekstile birçok alanda kullanılmakta ve insanı her alanda etkisi altına almaktadır. Görsel olarak etkilemeye başlayan renk unsuru insanı psikolojik olarak yönlendirme etkisine sahiptir. Renklerin insanlar üzerindeki etkisi incelendiğinde, renk unsurunun beyinde bazı bölgeleri etkilediği ve bu etkileşim sonucunda beyinde bazı salgılar salgılandığı ortaya çıkmıştır. Sıcak renkler olarak adlandırılan kırmızı, turuncu, sarı renklerinin insanda canlandırıcı, sıcak ve heyecan verici hisler uyandırdığı; soğuk renkler olan mor, mavi, yeşil renklerinin insanları sakinleştirici, rahatlatıcı, uyuşturucu etkisi olduğu bulunmuştur (Özer, 2012; Altınçekiç, 2000; Manav, 2015).

Mekân tasarımı ve düzenlemesi esnasında renk kullanımına birçok açıdan dikkat edilmesi gerekmektedir. Mekânın algılanılması renkler rehberliğinde başlamaktadır (Göker Paktaş, 2018; Demir ve Öztürk, 2019). Renkler mekânın boyutsal olarak farklı algılanmasında fayda sağlamaktadır. Doğru planlama olmasının yanında yanlış renkler mekânı ve algılanılması gereken mesajı yanlış aktarabilmektedir. Sakinlik sağlanması gereken ortamda canlı renklerin kullanımı, çalışma ortamlarında melankolik renk unsurlarının kullanımı kaçınılması gereken noktalardandır. Hacimsel olarak soğuk renklerin kullanımı mekânın daha geniş algılanmasını sağlarken; sıcak renkler mekânı olduğundan küçük algılamaya sebebiyet vermektedir. Bu

sebeple mekânı boyutsal olarak da göz önüne alarak renk açısından olumlu bir tasarım gerçekleştirmek gerekmektedir (Özsavaş, 2016).

Mekânın insanlar üzerinde bırakmak istediği mesajlar bulunmaktadır. Mesajın doğru belirlenmesi ve mekânın bu mesaj çerçevesinde tasarlanması gerekmektedir. Aynı zamanda insanı yormamak ve ahengi bozmamak adına renk armonisinin aynı tutarlılıkta ve uyumda olması gerekmektedir (Özdemir Canbolat, 2017; Manav, 2015).

Geçirilen süreyi uzatma veya kısaltma, yemek yeme isteği artırma, rahatlatıcı hisler uyandırma gibi etkileri insanlara aktarmak için renk unsuruna başvurulmaktadır. Her insan her renge karşı farklı tecrübelere sahip olduğundan verilecek tepkilerin standart olması mümkün değildir. Evrensellik düşünülemeyen renk unsurunda bir atmosfer oluşturmak ve ortak bir düşünce oluşmasını sağlamak algılamanın zaman ve yere göre değişiklik göstermesi sebebiyle karmaşıktır (Özçalık ve Eskisarılı, 2019).

- Havalandırma ve Isı Unsuru

Bir mekân kişiyi duyusal olarak etkileyebilmekte ve ortamın havalandırma ve ısı durumu bu duyusal faktörlerden sayılmaktadır. Mekân içerisindeki havanın, hava durumu dikkate alınarak ayarlanması gerekmektedir. Olumlu bir şekilde düzenlenen ortam ısısı mekân içerisindeki insanlar üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır. Duyusal olarak kişiyi etkilemeye ve mekân algısı oluşturmaya fayda sağlamaktadır. Havanın temiz ve doğru ısıda, mekânın her alanında aynı şekilde etki etmesi için klima türevi yapay havalandırma sistemleri kullanılmaktadır. Bu sistemlerin kişi sayısı sirkülasyonu ve değişebilen hava durumlarına ayak uydurabilecek bir biçimde düzenlenmesi gerekmektedir (Hulten ve diğ., 2009; Akgün, 2005; Cox ve Brittain, 2004; Cox, 1970; Bozpolat, 2017).

- Aydınlatma Unsuru

Işık, gözün görme olayını gerçekleştirmesi ve algılaması için gerekli olan fiziksel bir enerjidir. Öznel bir algılama süreci olan ışığın algılanması görme organı ve kişisel durumlardan kaynaklı olarak değişim gösterebilmektedir. Bir mekâna renk, malzeme, ışık gibi unsurlarla istenilen anlamın yüklenmesi ve bu anlamların görünür kılınması ışık ile mümkündür (Göker, 2010). Mekân tasarımı gerçekleştirilirken malzeme, renk gibi faktörler ışık çevresinde

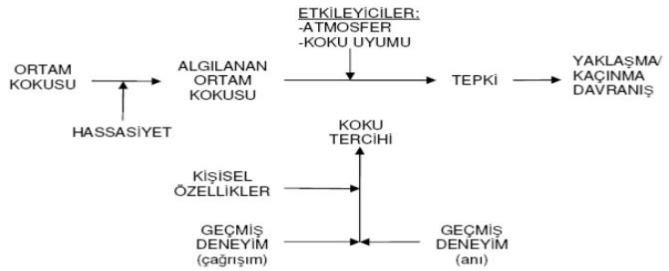
düzenlenmekte ve beraber bir bütünü oluşturmaktadır (Aslan ve diğ., 2015; Levy ve Weitz, 2018).

Aydınlatma, mekân içerisindeki kişileri etkileyerek zihinde imge oluşturmaya yardımcı olabilmektedir. Algı ve zaman yönetimi, dikkat oluşturma gibi süreçlerde yardımcı eleman olan aydınlatma unsuru satın alma davranışına da doğrudan etki etmektedir (Kumar ve diğ., 2010). Aydınlatma; ön plana çıkarılması gereken şeyi ortaya çıkarmakta, satın alma konusunda teşvik etmekte, odaklanmayı artırmakta, mekân içerisindeki yoğunluğu dengelemekte ve motivasyonu artırmaktadır (Levy ve Weitz, 2018).

- Koku Unsuru

Atmosfer insanları yalnızca görsel faktörler ile etkilememekte koku unsuru da önemli bir faktör olarak yerini almaktadır. Mekândaki kokular fark etmek için çaba gerektirmese dahi otomatik bir algılamayla fark edilmekte ve kokulara tepki verilmektedir (Arslan ve Bayçu, 2006). Kokular insanları ruhen etkisi altına almakta ve mekânda kalma, imaj oluşturma, satın alma süreçlerinde doğrudan etki yaratmaktadır. Mekândaki koku mekânın ruhunu doğru yansıtıyorsa olumlu etkiler sağlamaktadır (Varinli, 2008).

Şekil 2.1'de anlatılmak istenen kokudan hoşlanan insanların ortamda kalma davranışı sergilediği; kokudan hoşlanmayan insanların ise kaçınma davranışı sergileyerek ortamdan uzaklaşma isteği duyduklarıdır. Kokular insanlara geçmiş deneyimlerini hatırlatabilmekte ve yeni deneyimlerin olumlu bir biçimde zihne kaydedilmesine yardımcı olmaktadır (Arslan ve Bayçu, 2006).



Şekil 2.1.Ortam Kokusunun Tüketici Davranışı Üzerindeki Etkileri[1]

[1] Gulas, C. S. ve Peter H. B., 1995, Right Under Our Noses: Ambient Scent and Consemer Responses. *Journel of Business Psychology*, 10, 1, s.90.

Milotic (2003) tarafından yapılan çalışmada kokular ile ilgili elde edilen bilgiler şu şekilde sıralanmaktadır;

Kokular duyguları dolaylı veya doğrudan olumlu veya olumsuz bir biçimde etkilemektedir. Mekân ile uyumlu ve olumlu etki sağlayan kokular mekânda geçirilen zamanı uzatmaktadır.

Kokuların insan zihninde canlanan anlamları vardır; bu sebeple koku seçiminde verilmek istenen mesajın ne olduğu belli olmalıdır.

Kokuya bir süre sonra duyarsızlaşmaya başlandığından kokuyla ilk karşılaşma önemlidir. Bu sebeple koku ayarının doğru ve her zaman ferah bir şekilde mekânda dağıtılması gerekmektedir.

Koku hatıralara çağrışım yaparak insanların zihninde bir imaj oluşturmaktadır. İnsanlar üzerinde olumlu etki bırakan kokuların ruh halini %40 oranında iyileştirdiği tespit edilmiştir (Lindstorm, 2007). Mekânda edinilen deneyimi pozitif bir şekilde etkileyen kokular davranışları da olumlu bir şekilde etkilemektedir (Bone ve Ellen, 1999). Müzik ile kokunun birleşimi insanları heyecanlandırırken aynı zamanda geçirilen sürenin sıkıcı olmaktan uzak ve hızlı geçmesini sağlamaktadır (Levy ve diğ., 2012)

- Ses, Gürültü ve Müzik Unsuru

İşitsel konfor, atmosferin unsurları arasında değerlendirilmektedir ve mekânın anlam kazanmasında görsel unsurlara yardım etmektedir. Yalnızca psikolojik olarak etkilememekle birlikte gürültü olarak adlandırılan ses ve müzikler insanı fiziksel anlamda da etkilemektedir. İşitme kayıplarından kan basıncını artırması, refleks zayıflığından hormonal olarak etkilenmeye kadar uzanan fizyolojik etkileri yorgunluk, saldırganlık, dikkat dağınıklığı, verimliliğin azalması, hafızada meydana gelen zayıflamalar gibi psikolojik etkiler izlemektedir (Ittelson ve diğ., 1970; Morrison ve diğ., 2011; Başdeğirmen ve Tunca, 2018).

Pazarlamada müzik, olumlu ruh hali yaratmak, satın alma ihtimalini artırmak, deneyimden zevk alınmasını sağlamak, mekânı algılamayı yönetmek ve mekân içerisindeki objeler ile duygular arasında bağ oluşturmak başta olmak üzere bir çok amaçla

kullanılmaktadır. Mekân içerisinde arka plan müziği kullanımı insanların gerginlik seviyelerini azaltmakta ve onları rahatlatıp amaçlanan davranışı sergilemelerini sağlamaktadır. Mekân içerisinde edinilen deneyimin zevkli bir hal almasını sağlayan müzik unsuru, mekânın tercih edilebilirliğini, önerilmesini artıran bir araç olarak kullanılmaktadır. Müziğin mekân içerisindeki düzen, eşya gibi cansız ve çalışan, ürün/hizmet alan kişiler gibi canlı faktörlerin insan zihnindeki algısını değiştirme gücü bulunmaktadır. Algıyı yönetirken kalabalık ortamı sakin, karamsar ortamı neşeli algılatma gibi etkileriyle de hem mekâna hem de insanlara fayda sağlamakta, duyguları yönlendirerek ne hissedilmesi gerektiğini belirlemektedir (Robert, 1999; Beckett, 1990; Hui ve diğ., 1997; Copeland ve Frank, 1991;Morrison ve diğ., 2011; Başdeğirmen ve Tunca, 2018).

Müzik ile ilgili yapılan birçok araştırma göstermiştir ki tercih edilen müzik türü kişilerin para harcamasını etkilemektedir. Klasik müziklerin çalındığı restoranlarda tercihler pahalı yiyecek ve içeceklerden yana olurken, pop müzik olan yerlerde daha hesaplı menüler tercih edilmektedir (Morrison ve diğ., 2011).

Mağaza içerisinde hızlı ve yavaş müzik kullanan Milliman (1982), yavaş müziğe nazaran hızlı müziğin mekân içerisindeki trafiği azalttığı, bunun da karı artırdığı sonucuna ulaşmıştır. Kullanılacak alana göre hızlı ve yavaş müzik kombinasyonlarının kullanımı mekânda kalma süresini, tercih etmeyi, deneyimlemeden fikir sahibi olmayı ve satın almayı etkilemektedir (Milliman, 1982)

Gerçek ile algılanan arasında illüzyon etkisi yaratan atmosfer, mekânda geçirilen gerçek zamanın algılanan zamandan farklı olduğunu düşündürmeye de etki etmektedir. Zaman algısıyla ilgili kayda geçirilen ilk çalışma Gulliksen tarafından 1927 yılında gerçekleştirilmiş ve salt bekleme esnasında algılanan süre ile o esnada beynin meşgul olmasından ötürü algılanan süre arasında farklılık olduğu ortaya konmuştur. Başka bir ifadeyle eğlence duygusu olmaksızın meşguliyet sayesinde zaman daha kısa algılanmaktadır (Gulliksen, 1927; Morrison ve diğ., 2011; Başdeğirmen ve Tunca, 2018). Müzik kullanımı ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda ise tanıdık parçaların mekân içerisinde daha uzun zaman geçirme isteği uyandırdığı ve yabancı şarkıların zamanın hızlı geçmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ha ve Lennon, 2010; Başdeğirmen ve Tunca, 2018).

2.2.6. Hastane Atmosferi

Tercihleri dışında da insanlar zamanlarını veya yaşamlarının bir kısmını yapılı çevrelerde geçirmektedirler. Sağlık yapıları da bu yapılar arasında sayılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan yapılarda birçok işlem aynı anda gerçekleştiğinden ve birçok hizmet bir arada sunulduğundan bu yapılar karmaşık yapıdadırlar. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar birçok ihtiyacı giderdiğinden ve birçok sağlık kolunda hizmet sunduklarından dolayı her yaş grubuna hitap etmektedirler. Bunun yanında sağlık kuruluşları insanlar üzerindeki olumsuz etkilerinden ötürü okul, kafe veya alışveriş mekânları gibi değerlendirilememekte, daha bütünsel bir biçimde tasarlanmaktadırlar (Lemprecht, 1996; Narang ve diğ., 2015; Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Sağlık hizmeti sunulan yapılarda "bekleme" kavramı süreç içerisinde ortaya çıkan bir olgudur. Beklenilen süre bekleme salonlarında, hastane girişlerinde ve koridorlarda geçirilirken; bu yapıların bireyler üzerindeki olumsuz etkisi daha da artmaktadır. Atmosferin doğru kullanımıyla birlikte olumsuz etkiler aza indirilebilmekte ve göz ardı edilebilmektedir.

Hastanenin yalnızca tedavinin gerçekleştiği bir yer olduğu inancı rafa kaldırılmakta olup; bunun yerine hastanenin tedaviyi hızlandırıcı etkisi üzerinde durulmaktadır (Bechtel ve Churchman, 2002; Kondasani ve Panda, 2015; Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Konforlu bir alan tasarlandığında bu düşünceyle birlikte faydası olan birçok nokta da tasarıma dahil edilmektedir. Hastane içerisinde bulunan yön göstergeleri işlemlerin kolayca ve tek başına halledilebilmesini sağlamaktadır. Mekân tasarımının mahremiyete uygun ve vakit geçirmeye, sosyalleşmeye imkân tanıyacak biçimde planlanması gerekmektedir. Böylelikle insanlar kendi kontrolünü sağlayarak stresi de aza indirebilmektedirler.

Sağlık hizmeti sunulan mekânların iyileştirici gücü fiziksel müdahalelerin iyileştirici gücünden ayrı bir yerde tutulmalıdır. Hasta sıfatının veya hastalık şüphesinin insanda oluşturacağı stres atmosfer yardımıyla aza indirgenirken; fiziksel anlamda da tedavi süreci insanlara fayda sağlamaktadır. Hem hizmetten yararlanmak isteyen hastayı hem de çalışanları olumsuz duygularla çevreleyen atmosfer beraberinde yanlış iletişim, memnuniyetsizlik, korku gibi olumsuz duyguları da peşinde sürüklemektedir. (Evans ve diğ., 2002; Narang ve diğ., 2015). Ulrich (1992), bu olumsuz duyguların fizyolojik ve psikolojik sonuçları olduğunu ve tedavi sürecini etkilediği gibi sağlık hizmeti sunan yapı hakkında olumsuz duygular beslenebileceğini de ortaya koymuştur. (Ulrich, 1992; Fleury-Bahi ve diğ., 2017)

Tedavinin kalitesini belirlerken iki başlıktan yararlanılmaktadır. Gerçek kalite ve algılanan kalite verilmek istenen ile alınan kalite arasındaki farkı ortaya çıkarmaktadır. Bir şeyi algılayış, bazen o şey ile karşılaşmadan önce de oluşabilmektedir. Bekleme salonlarında hastaların birbirleri ile iletişimi esnasında dahi zihinlerinde algı oluşmaya başlamaktadır. Bu sebeple bekleme salonlarının da algılamanın bir adımı olarak tasarlanması ve hizmetin algısını zenginleştirmesi gerekmektedir. (Omachonu, 1990; Arneill ve Devlin, 2002; Narang ve diğ., 2015; Kondasani ve Panda, 2015).

Hastane, yapısı gereği belirsizliklerin bulunduğu bir yer olmasından ötürü stres faktörü ile karşı karşıya kalınmaktadır. İyileşme sürecini hızlandırmak ve stres ile başa çıkmak için atmosferin düzenlenmesi gerekmektedir (Khan ve diğ., 2016). Atmosferin olumlu etkisine katkı sağlayan bitkilerin mekân içerisinde bulunan insanların ağrı, stres gibi duygularını azaltma ve kan basıncını kontrol etme gibi psikolojik ve fizyolojik etkileri bulunmaktadır. (Baldwin, 2012; Park ve Mattson, 2009; Mattson ve Park, 2009).

Hastanelerin mekânsal olarak iyileştirmeyi hızlandırıcı etkisi kullanılan malzemelerin birer tasarım ögesi olarak görülüp atmosfer oluşturmaya dahil edilmesiyle sağlanmaktadır. Türkiye'de hastane iç mekânları tasarlanırken kullanılacak malzemeler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu "Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu" baz alınarak tercih edilmektedir. Türkiye de dahil olmak üzere dünyanın birçok ülkesi tarafından faydalanılan Health Building Note General Design Guidance for Healthcare Buildings (HBN, NHS) klavuzunun belirlemiş olduğu bazı yaklaşımlar bulunmaktadır. İç mekânda kullanılacak malzemelerin yüzeyinin aşınmaya, antiseptik malzemelere, yangına ve suya karşı dayanıklı, kolay temizlenebilen, uygulanması sırasında ve yüzeyinde boşluk veya delikli yüzey oluşturmayacak biçimde tercih edilmesi gerektiği savunulmaktadır (Özgen, 2021). Hastane yapılarının kullanıcı odaklı tasarlanması ve bunun yanında hijyenik, düzenli ve fonksiyonel olma temelinde inşa edilmesi gerekmektedir. (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007).

Hastanın tedavisini bütüncül bir yaklaşımla planlamak gerekmektedir. Tedavinin bedensel olarak planlanmasının yanında tedavi süresince ve sonrasında insanı etkisinde bırakacak psikolojik etkileri de hesaba katmak gerekmektedir (Dalke ve diğ., 2007; Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007). Salderay (2018)'ın ifadesiyle insanın psiko-sosyal bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir.

Dalke ve Matheson'a (2007) göre sağlık hizmeti sunulan mekânlarda uygulanan renk unsuru ve tasarım faktörleri mekân içerisindeki insanları psikolojik olarak olumlu etkilemektedir. Aynı şekilde Salderay (2018) da iç ve dış mekânda kullanılan renk ve sanatsal ögeler gibi fiziki düzenlemelerin hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunucularını olumlu yönde etkilediğini savunmaktadır.

14. yüzyılın başlarında, kiliselerin hasta bakımı için kullanıldığı zamanlarda, sanat unsurlarının ölüme yakın olduğu düşünülen hastaların ruh hallerini iyileştirmek için kullanıldığı görülmüştür (Hathorn ve Nanda, 2008; Iyendo ve Alibaba, 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan hastanelerde 1970-1980 senelerinde sanatsal ögelerin kullanımının yaygınlaşmış olmasına karşın; bu düzenlemeler terapötik amaçlı olmaktan çok görsel amaçlı kullanılmıştır. 1990'lı yıllarda sanatsal ögelerin görsel bir güzellik anlamı katmasından çok iyileştiriciliği üzerinde durulmaya başlanmıştır (Hathorn ve Nanda, 2008; Iyendo ve Alibaba, 2014; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Florence Nightingale sağlık hizmeti sunulan yerlerdeki atmosferin önemini vurgulayan ve belgeleyen öncü insanlar arasında sayılmaktadır. Hastaların bulunduğu ortamların görsel açıdan olumlu düzenlenmesinin iyileşme süresine etki ettiğini ileri sürmüş ve doğal ışık, temizlik, havalandırma, ortamda bulunan renklerin çeşitliliği gibi unsurların önemini kanıtlayarak sağlık hizmeti sunumuna farklı bir kapı aralamıştır (Nightingale, 2012).

Sağlık hizmetlerinin estetik yönüne değinen Moss ve O'Neill (2014) de, hastalıkların tedavisinde sanatın ve estetik açıdan güzel olan atmosfer ögelerinin olumlu etkisinin yanında düzgün planlanmayan ortamların zararlı olabileceği üzerinde durmaktadırlar. Behrman (1997) bu konu ile ilgili "Fiziksel çevre sağlık hizmeti sunumu için bir zemin değil, hastane deneyiminin ayrılmaz bir parçasıdır." demektedir. Hastaların mecburi olarak sağlık hizmeti alacakları bu mekânlar ile hastanın günlük yaşamı arasında yer alan duvarların aşılması atmosferin yumuşatıcı etkisi ile mümkün kılınmaktadır.

Yıllar boyunca çevresel psikoloji alanında yapılan araştırmalar göstermiştir ki; çevresel uyaranlar insanlarda algıyı, ruh halini, düşünceyi ve dolaylı yönden davranışları etkilemekte ve yönlendirmektedir. İnsan davranışlarını etkilemek için fiziksel çevreyi araç olarak kullanma fikri ilk olarak pazarlama alanında baş göstermiştir. Kotler'in 1973 yılında yayımlanan "Atmospherics As A Marketing Tool" isimli çalışmasıyla atmosfer kavramının sessiz bir iletişim biçimi olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmayla birlikte fiziksel çevre ve insan davranışı

arasındaki ilişki ilk kez incelenmiştir (Kotler, 1973). Ulrich'e göre hastane tasarımı süresince tasarımcılar, insanların iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyecek mekânlar planlamalı, hastayı merkeze alan tasarımları desteklemeli ve en iyi sonucu ortaya koymalıdırlar (Purves, 2002; Ulrich, 2000; Hartig ve diğ., 2014; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Hastane mimarisi oluşturmak yerine sağlıklı olmak için mimari tasarım yapılmalıdır. Anlamca birbirine yakın olsa dahi sağlık mimarisi kavramı daha çok hasta bakımı için tasarlanan alanları ifade etmektedir. Sağlık için mimari tasarım ise daha çok zihinsel bir süreçtir ve bir tutumu ifade etmektedir. İlk terim olan sağlık mimarisi fiziksel hastalık ve iyileşmeyle ilgilenirken; sağlık için mimari stres, sağlık, sağlığı geliştirme ve refahı yükseltmeye odaklanmaktadır (Wilhelm ve Battisto, 2020).

Hastane koşullarında stres, huzursuzluk gibi olumsuz ruhsal durumlar insanları diğer mekânlarda olduğundan daha fazla rahatsız etmektedir. Bu sebeple hastane fiziksel ortamları, sakinleştirici ve insanlara olumlu duygular aşılayacakları şekilde tasarlanmalıdır. Hastanelerin yapılı bir çevre olarak insanlar üzerindeki etkisi diğer çevrelerdeki etkiye göre daha büyük bir öneme sahiptir. İnsanlar bulundukları çevreyi sevmediklerinde terk etme yoluna başvurabilmektedirler; lakin hastaneler için bu durum pek mümkün değildir (Dijkstra, 2009; Hartig ve diğ., 2014; Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Hastane ortamıyla ilk karşı karşıya gelişten sonra insanlar hizmet ve hizmet kalitesi hakkında fikir sahibi olabilmektedirler. Bu karşılaşmadan sonra insan sağlığı daha iyiye gidebildiği gibi olumsuz durumlarla da karşılaşmak mümkündür (Ulrich, 2000; Ulrich ve diğ., 2008; Zaltman ve Zaltman, 2008; Dijkstra, 2009; Haggard ve Hosking, 1999; Hartig ve diğ., 2014).

Ulrich, Stokholm'de düzenlenen II. Uluslararası Sağlık Konferansında sunduğu bildirisinde hastane tasarımı ve hastaların tıbbi sonuçları arasında bağlantı kurmuştur. Bildiride bu bağlantı üç ana başlık altında aktarılmıştır. Bunlar; "psikolojik", "fizyolojik" ve "davranışsal" belirtilerdir. Psikolojik belirtiler kişinin endişe duyması, saldırgan tavırlar sergilemesidir. Fizyolojik belirtiler bağışıklık sisteminin çökmesi ve kan basıncının ölçümler sonucunda yüksek çıkmasıdır. Davranışsal belirtiler ise kişinin uyku problemleri yaşaması, davranışlarının kontrol edilememesidir. Bu çerçevede kötü tasarlanan hastaneler, hasta olmaları sebebiyle o mekânda bulunan insanların sağlık durumlarını endişe ve korku duygularıyla harmanlayarak ve bağışıklık sistemini de dolaylı yoldan etkileyerek insanların hastalık ile savaşma potansiyelini azaltmaktadır (Ulrich, 2001; Ulrich ve diğ., 2008).

Ulrich'e göre stres ve hastaların iyileşme sonuçları arasında doğrusal olmayan bir ilişki vardır. Hastaların streslerindeki artışa bağlı olarak iyileşme sonuçları azalıyorken; stres seviyelerindeki düşüş hasta sonuçlarında iyileşmeye olanak sağlamaktadır. Stres faktörü hasta yatağındaki hastanın üzerindeki baskı olarak tanımlanmaktadır ve iki çeşidi vardır. Bunlardan ilki çevresel faktörlerden kaynaklanan stres diğeri ise hastanenin kurumsal kültüründen kaynaklanan strestir. Kurumsal özelliklerin iyileştirilmesiyle olduğu gibi çevresel faktörlerin de uygun hale getirilmesi ve iyileştirilmesiyle stres seviyesini azaltmak, hastanın üzerindeki baskıyı azaltmak mümkündür (Ulrich, 2001; Ulrich ve diğ., 2008; Purves,2002).

Hastanelerin dış mekânlarının da iç mekânlarda olduğu gibi insanlar üzerinde etkisi bulunmaktadır. Doğal ortamların, manzaraların hastane tasarımında kullanımı hastaların olumsuz duygulara kapılmalarını engellerken fizyolojik olarak da kalp atışını düzenlediği kanıtlanmıştır (Diette ve diğ., 2003; Tse ve diğ., 2002; Chung ve diğ., 2002; Katcher ve diğ., 1984; Fleury-Bahi ve diğ., 2017). Ulrich'in yürüttüğü bir araştırmada ameliyat sonrası hastaların durumları gözlemlenmiştir. Hastaların dosyalarına bakıldığında yatakları doğa manzarasına bakan hastaların, yatakları duvara bakan hastalarla iyileşme süreçleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda görülmüştür ki manzaraya bakan yataktaki hastaların iyileşme süreçleri diğer hastalara oranla daha hızlı ilerlemiştir. Aynı zamanda yeşil alan, bitkiler gibi doğal ortamlarla temasın hastaların fizyolojik olarak kolestrol seviyelerini normal seviyede tuttuğu, ağrı kontrolü sağladığı ve hastanede kalma sürelerini düşürdüğü kanıtlanmıştır (Frumkin, 2001; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Hastane yapıları geleneksel olarak sorumlu oldukları fonksiyonları yerine getirmek üzerine tasarlanmışlardır. Bu hastanelerin işlevsellik açısından etkili olmasına karşın psikolojik olarak eksiklikleri olduğunu söylemek mümkündür (Ulrich,1991; Kondasani ve Panda, 2015). Hastalık ve sağlık kavramlarının biyolojik olarak iyilik haline odaklanan hastaneler yalnızca işlevselliğe yoğunlaşarak çevresel nitelikleri göz ardı etmişlerdir. Bu da hastanenin stres etkenine maruz kalmasına sebebiyet vermiştir (Ulrich, 2000; Magalhães ve diğ., 2019).

Hastaneler verilen mesajların karmaşık olduğu ve çözümlenmesinin zaman aldığı yapılardır. Tıbbi sonuçların kalitesinin ölçülmesi zor iken; hastalar kaliteyi değerlendirirken çoğu zaman hastane tasarımını esas olarak almaktadırlar. Hastanın iyileşmesine olanak sağlayan ve psikolojik olarak destek niteliğindeki hastane çevreleri sayesinde hastalar, bakım kalitesi hakkında fikir edinmektedirler. Örneğin, hastanenin iç tasarımında, özellikle hasta

odalarında, otel tasarımlarından etkilenilmesi ve bu tasarımların hastanelere uygulanması hastaların memnuniyetlerini gözle görülür bir biçimde artırmış ve aynı zamanda bakım kalitesi hakkındaki düşünceleri de olumlu yönde etkilemiştir. (Augustin ve diğ., 2009; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Tasarımcılar hasta deneyimini ve görüşlerini göz önünde bulundurarak tasarımlarını icra etmelidirler (Augustin ve diğ., 2009). Hastaların saatlerini, günlerini, haftalarını belki de aylarını geçirdikleri hastane mekânlarının gereksinimleri bulunmaktadır. Hastanın, hastanede bulunduğu müddetçe rahat hissetme, kontrol etme, mahremiyet ve güvenlik gibi istekleri hastane tasarımı tarafından hastaya sunulmalıdır.

- Rahatlık

İyileşme süresince hastaların kendilerini rahat hissetmeleri gerekmektedir ve bu rahatlık için hastanelerin bu doğrultuda tasarlanması gerekmektedir. İnsanlar kendilerini rahat hissettikleri mekânları, çevreleri değerlendirirken memnuniyet duyduklarını belirtmektedirler. Strese duyarlı hale gelen hastalar için konforlu bir hastane süreci geçirmelerini sağlamak gerekmektedir. Bu da stresi azaltmaya ve bakım kalitesini yükseltmeye yardımcı olacaktır (Dijkstra, 2009; Magalhães ve diğ., 2019).

- Kontrol

Hayatın, zamanın, yaşanılanların kontrol altına alınmaması kişiyi strese açık hale getirmektedir. Stresli yaşam da insanın sağlığını tehdit eden bir unsurdur. Hasta bakış açısıyla değerlendirildiğinde kontrol altına alabildiği durumlar her ne kadar olumsuz olsa da insanı kontrol edemediği durumlar kadar etkilememektedir. Psikolojik olarak hastaya kontrol edebilme gücünü tasarım yardımıyla verebilmek mümkündür (Ulrich, 1991). Birçok araştırma insanın kendi durumuyla ilgili konularda kontrol gücüne sahip olmasını stres etkenini elimine eden bir güce sahip olduğunu göstermiştir. Kontrol edebilme gücü insanın kendisinde mevcut olsa dahi iyi tasarlanmamış, ses düzeyi yüksek, mahremiyetten yoksun hastane çevrelerinde kontrol gücü zayıflamaktadır (Ulrich, 2000; Fleury-Bahi ve diğ., 2017).

Kontrol edebilme gücü insanın bulunduğu ortamı benimsemesine olanak sağlamaktadır. Benimsedikleri mekânlarda kendini daha mutlu hisseden insanlar psikolojik olarak da olumlu tepkiler vermektedirler. Bu mekânların insana, hasta odasında ısı, ışık, televizyon gibi etmenleri

kontrol edebilme; bekleme alanlarında özgür davranabilme; hastane içerisinde yön bulabilme fırsatını vermesi kontrolü insana vermek için tasarımcıların kullandığı bir yöntemdir (Augustin ve diğ., 2009; Magalhães ve diğ., 2019).

- Mahremiyet

Mahremiyet kavramı insan için yaşamının vazgeçilmez bir unsurudur ve sağlık alanında da önem verilmesi gereken bir noktadır (Augustin ve diğ., 2009). Sağlık Bakanlığı mahremiyet kavramını "*Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir*" olarak belirtmektedir. Mahremiyet kavramı yalnızca insanın bedeniyle ilgili bir konu olmayıp bilgilerinin ve psikolojik unsurlarının da korunmasını içerir. Kişisel hak ve özgürlüğün bir parçası olarak ortaya çıkan mahremiyet; insanın istediği zaman yalnız kalabilmesi, kendiyle ilgili konularda karar verebilmesi olarak da tanımlanabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; Yüksel, 2015).

Erbil ve diğ. (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada, mahremiyete önem verilmediğini hisseden hastanın bu deneyim süresince olumsuz duygu ve düşüncelerle savaştığı ve bu süreçte de ağrıyı daha fazla hissettiği gözlemlenmiştir (Erbil ve diğ., 2008). Araştırmalar göstermektedir ki, hastalar mahremiyet konusunda endişe içine girdiklerinde bilgileri saklama hatta tedaviyi reddetme eğilimindedirler (Ilrich ve diğ., 2008). Mahremiyete önem verildiğini hisseden hastalar ise hastanedeki hizmet sunucularıyla iletişimlerini daha kolay sürdürebilmektedirler (Augustin ve diğ., 2009; Magalhães ve diğ., 2019).

Hastanenin acil servislerinde veya hasta katlarındaki odalarda tedavi süresince hastanın yalnız kalabileceği, kendini soyutlayabileceği alanlar da oluşturulmalıdır. Perde veya duvar yardımıyla hastaların teşhis veya tedavi süreçlerini gözlerden uzakta sürdürmek de mahremiyet artırıcı unsurlardandır (Dijkstra, 2009; Augustin ve diğ., 2009; Magalhães ve diğ., 2019).

- Güvenlik

Maslow'a göre insan, yaşamı boyunca birçok ihtiyaca gereksinim duyacak ve bu ihtiyaçları gidermeye çalışacaktır. Bu ihtiyaçlar Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde beş ayrı boyutta incelenmektedir. Bu hiyerarşide aşağıdan yukarıya doğru bir yükseliş söz konusudur ve en alttaki ihtiyaç karşılanmadan bir üst aşamaya geçmek söz konusu değildir. Bunların

yanında temel insani ihtiyaç olarak adlandırılan beslenme, barınma ve güvenlik ihtiyacının karşılanmaması durumunda bir üst basamaktaki ihtiyaçlar hissedilmemekte ve giderme gereksinimi ortaya çıkmamaktadır (Maslow, 1954). Hastanelerde güvenlik ihtiyacı stres etkenini azalttığı gibi yapay bir çevre ile doğal çevre arasında oluşan duvarları aşmaya da yardımcı olmaktadır. Hastaların olası problemler ile arasına set koymaya çalışan güvenlik kültürü kalite algısını da olumlu olarak etkilemektedir (Barbosa ve diğ., 2016; Magalhães ve diğ., 2019).

2.3. BEKLEME SÜRESİ VE ETKİLERİ

Bu bölümde önce bekleme süresi kavramından bahsedilecek, hastanelerde bekleme süresinin hizmet alıcıları üzerindeki etkisine yer verilecek, en son olarak bekleme süresini azaltma stratejileri konusu ele alınacaktır.

2.3.1. Bekleme Süresi Kavramı

Alıcıların hizmete ulaşmak için katlanması gereken bekleme durumu, hizmet faktörleri içerisinde olan insan bir diğer deyişle alıcı için kaçınılmaz bir faktördür (Van Riel ve diğ., 2012; Tom ve Lucey, 1995). Zamanın daha efektif kullanılacağının düşünüldüğü şartlarda bir hizmet alımı için bekleme durumunun oluşması, alıcılar üzerinde davranışsal ve duygusal olarak etkiler bırakmaktadır (Dubé-Rioux ve Schmitt, 1989). Hizmet sunumunda bekleme faktörü merkezi bir rol oynadığından ötürü zamanın nasıl geçirildiği, geçirilen sürenin nasıl değerlendirildiği ve nasıl bir maliyete yol açtığı konuları önem kazanmaktadır (Lovelock ve Gummesson, 2004).

Hizmetlerin yönetimi salt bir yönetim ile planlanmanın yanında pazarlama bakış açısını her daim içerisinde bulundurmalıdır. Bu bütünleşik bakış açısı hizmetin planlanması ve sunumu süreçlerinde tasarım, sunum, hız vb. gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması ve bu faktörler neticesinde hizmetin planlanmasında fayda sağlamaktadır. Bütünleşik bakış açısı alıcıların düşüncelerini temel aldığından ötürü bir durumun diğer tüm sektör veya işletmeler için genellenmesinin önüne geçmektedir. Örneğin alıcı memnuniyetini belirlemenin birçok faktörü bulunurken, bir faktörün tüm sektörün memnuniyetini etkilediği görüşü doğru kabul edilmemektedir. Aynı zamanda memnuniyeti belirleyen faktörler zaman içerisinde de farklı algılanıp değerlendirilmektedir. Bekleme faktörü incelendiğinde hafta sonu beklemenin hafta içi beklemekten daha kabul edilebilir bir durum olduğu, acil bir durum içerisinde beklemenin normal zamana göre daha az kabul edilebilir bir durum olduğu belirtilmiştir (Davis ve

Vollmann, 1990; Gordon ve Shirley, 2015). Banka hizmetleri açısından bakıldığında ise maaş çekiminin yoğun olduğu zamanlarda beklemeye karşı tahammül sınırının çok düşük olduğu belirtilmektedir (Demoulin ve Djelassi, 2013).

Bekleme süresi nesnel bekleme süresi, öznel bekleme süresi, bilişsel bekleme süresi ve duygusal bekleme süresi olarak dört boyutta incelenebilmektedir. Nesnel bekleme süresi kişinin dakika olarak gerçek bekleme süresini ifade etmektedir (Davis ve Vollman, 1990; Katz ve diğ., 1991; Taylor, 1994). Öznel bekleme süresi kişinin nesnel bekleme süresince geçen zamanı nasıl algıladığını yansıtmaktadır (Hui ve Tse, 1996; Pruyn ve Smidts, 1998; Hornick, 1984). Bilişsel bekleme süresi beklemenin tahammül edilebilir ve kabul edilebilir olarak değerlendirilmesidir. Duygusal bekleme süresi ise beklemeye karşı kişilerin mutluluk, can sıkıntısı, öfke ve hayal kırıklığı gibi reaksiyonlarından oluşmaktadır. Bilişsel ve duygusal bekleme süreleri kişilerin beklemeyi değerlendirmelerinde önemli bir rol oynamaktadır (Taylor, 1994; Hui ve Tse, 1996; Pruyn ve Smidts, 1998).

Bekleme durumuna karşı iki tepki bulunmaktadır (Taylor, 1994). İlki bekleme durumunun önceden bilinmemesi halinde ortaya çıkmakta ve bireylerin endişeli hissetmesine yol açmaktadır. Bekleme süresinin uzunluğuna bağlı olarak belirsizlik ve endişe hissi artmaktadır. Diğer tepki ise öfkedir ve beklemenin bir sonucu olarak ortaya sinir, hayal kırıklığı ve rahatsızlık hissi ile çıkmaktadır. Belirsizlik ile bağlantılı olan bu duygu, belirsizliğin artmasıyla birey üzerinde güçsüz hissetme duygusunu artırmaktadır. Bu döngü de bireyin öfkesini artırmaktadır (Maister, 1985).

Beklemeye karşı gösterilen tepkilere yol açan birçok faktör bulunmaktadır. Kişinin geçmiş deneyimleri, gecikme durumu, içerisinde bulunduğu fiziksel ortam, nesnel ve öznel bekleme süresi ve bu faktörler sonucunda oluşan bilişsel ve duygusal bekleme süresi faktörü kişinin geliştirdiği tepkileri şekillendirmektedir (Maister, 1985; Taylor, 1994). Konu hakkındaki araştırmalar göstermiştir ki nesnel zaman gösterilen tepkilerin temel kaynağı olmaktan çok algılanan zamanı etkileyen bir faktördür. Algılanan bekleme süresi ise memnuniyeti doğrudan etkilemektedir (Pruyn ve Smidts, 1998).

Bekleme süresinin değerlendirilmesi hizmeti değerlendirme esnasında ve memnuniyet derecesini belirtirken yardımcı bir eleman olmaktadır (Halbrook ve Hirschman, 1982; Houston ve diğ., 1998; Taylor, 1994). Bekleme süresinden duyulan memnuniyet hizmete ilişkin memnuniyeti ve hizmetin değerlendirilmesini hem olumlu hem de olumsuz bir şekilde

etkilemektedir (Zhou ve Soman, 2003; Houston ve diğ., 1998; Durrande-Moreau ve Usunier,1999; Pruyn ve Smidts, 1998). Birçok araştırma, bekleme süresi ile memnuniyet arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır (Hui ve Tse, 1996; Pruyn ve Smidts, 1998). Diğer birçok çalışma, müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati arasındaki bağlantıyı vurgulamaktadır (Anderson, 1994; Dick ve Basu, 1994; Fornell ve diğ., 1996; Selnes, 2001; Mittal ve Kamakura, 2001; Olsen, 2002).

Beklemenin kişiler üzerinde psikolojik etkileri vardır ve birçok durum içerisinde spesifik olarak beklemeyle ilgili olumsuz değerlendirmelere yol açan farklı faktörlerden bahsedilebilmektedir. Bunlar; boş zamanın yoğun zamana kıyasla daha uzun algılandığı, işleme veya hizmet alımına başlamadan önce geçirilen zamanın hizmet içerisinde beklenen zamandan daha uzun algılandığı, sabırsız kişilerin beklemeyi diğer insanlara göre daha uzun algıladığı, belirsiz beklemelerin planlı beklemelerden daha uzun algılandığı, bekleme içerisinde bilgi akışının olmaması ve beklemenin açıklama içermemesinin beklemeyi daha uzun algılamaya sebebiyet verdiği, beklemenin haklı gerekçeler dışında ortaya çıkmasının bekleme algısını olumsuz etkilediği, alınan hizmetin değersiz olduğu düşüncesinin kişilerin beklemesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve yalnız beklemenin bir grup ile beklemeye nazaran beklemeyi daha uzun algılamaya sebebiyet verdiğidir (Maister, 1985).

Bekleme süresi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi ve sürenin azaltılması ile ilgili girişimlerde bulunulması bekleme süresine karşı oluşabilecek olumsuz düşünceleri engelleyebilmektedir (Clemmer ve Schneider, 1993; Festinger, 1957). Buna karşın hizmet sunucusunun davranışlarının özensiz ve hizmet sunumunu aksatıcı şekilde sergilendiğinin görülmesi ise beklemeye ilişkin duyguları olumsuz etkilemektedir (Baker ve Cameron, 1996; Wonjae ve Carolyn, 2005).

Hizmetin ayrılmaz bir parçası haline gelen bekleme durumu hizmetin değerlendirilmesi esnasında ayrı tutulmamakta, hizmetin içerisinde onu etkileyerek değerlendirilmektedir. Hizmet sunucuları bekleme süresini azaltmak veya ortadan kaldırmak için girişimlerde bulunmaktadırlar. Bekleme faktörünü ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak için fiziki ve yönetsel değişikliklerin yapılmasının yanında bazı durumlarda bu durumlar mümkün olmamaktadır. Bu durumlarda ise müşteri algısını değiştirmek için değişiklikler gerçekleştirilmektedir. Bekleme süresini kısaltmak mümkün olmadığında beklenen zamanı

keyifli hale getirmek amaçlanmaktadır (Borges ve diğ., 2015; Katz ve diğ., 2003; Tom ve Lucey, 1995).

2.3.2. Hastanelerde Bekleme Süresi ve Etkileri

Sağlık hizmetleri için bekleme, sağlık hizmeti alımı için hizmet sunulan mekâna giriş ile çıkış arasındaki tüm beklemeyi ifade etmektedir. Arzın üzerinde bir talebin olması, tahlillerin tekrarlanması, hekime olan güvensizlik sebebiyle tekrar hastaneye başvurma, bilgi eksikliği gibi sebeplerle bekleme durumu ortaya çıkabilmektedir (Michael ve diğ., 2013). Dünya Sağlık Örgütü, hizmet sunumunu sağlık sisteminin işleyişinin en önemli göstergesi olarak kabul etmektedir (WHO). Sağlık hizmetleri sunumunun önemli özelliklerinden biri hastaya ve seçimlerine saygı göstermektir. Diğer bir özellik ise sunulan hizmetin eş zamanlı ve entegre bir biçimde hastaya sunulmasıdır (Lewis, 2009). Hizmet sunumunun değerlendirilmesi memnuniyet ve kalite ile doğrudan ilişkilidir (Gunal ve Pidd, 2007; Clifford ve diğ., 2014). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü Sağlık Kalite Komitesi'nin "Crossing the Quality Chasm" adlı raporunda sağlık sisteminin 21. yy için çehresi tanımlanmaya çalışılmıştır. Bekleme süresi esnasında hastaya zarar vermeyecek şekilde sürecin düzenlenmesinin ve zamanında hizmet sunma ilkesinin önemli olduğunun altı çizilmiştir (Institute of Medicine, 2001). Zaman ilerledikçe, hem nüfus hem de yaşlı nüfus arttıkça, yeni tür hastalıklar ortaya çıkmaya başladıkça küresel çapta bir probleme dönüşen bekleme süresi sağlık hizmetlerinin beklentileri karşılama derecesini gösteren bir ölçüttür (Hong ve diğ., 2013; Buckle ve Stuart, 1996). Hizmete ulaşımı ve memnuniyeti etkileyen birçok faktör bulunurken hastalar için bekleme süresi en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Canada S., 2005).

Hizmet sektörü içerisinde bulunan sağlık hizmetlerinde bekleme durumu sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Hizmet talebine anında karşılık verilememesi beklemeyi ortaya çıkaran unsurlardan biridir. Market kasasında ödeme yapmak için bekleme, bankamatikte işlem yapmak için sıra bekleme, yemek almak için bekleme ve hastanelerde muayene veya kayıt için sıra bekleme ve hatta sanal ortamda yapılan alışverişin kabul ve kargolanması gibi işleri bekleme günlük yaşantıda karşılaşılan bekleme durumlarına örneklerdir (Karahan, 2009). Bekleme, hizmet alımına karar verip almaya hazır hale gelme durumundan hizmet alımına kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Bekleme, zamanın israf edildiği, öfke gibi olumsuz duygular yaratan bir olgu olduğundan ve hizmetin değerlendirilmesiyle arasında doğrudan bir ilişki bulunduğundan yaşanması istenmeyen bir durumu ifade etmektedir (Çiçek ve Atılgan, 2012).

Sağlık hizmetlerinde bekleme birçok kaynakta, hizmet sunulan fiziki mekâna giriş ile hekimden hizmet almaya başlayana kadar geçen süreyi ifade ederken başka kaynaklarda sağlık hizmeti almak için harcanan toplam süreyi ifade etmektedir (Anderson ve diğ., 2007; Medway ve diğ., 2016; Xie ve Or, 2017). Sağlık hizmetleri ücretsiz olduğunda ve arz talebi karşılayacak kadar yeterli olmadığında talebin bir kısmı karşılanırken kalan kısmı bekleme ile karşı karşıya kalmaktadır. Halk sağlığı hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu birçok OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkesinde bekleme süresinin varlığı kaçınılmazdır (Siciliani ve Hurst, 2005). Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu OECD ülkelerinde bekleme sorunu önemli politik bir problem olarak nitelendirilmektedir (Siciliani ve Hurst, 2004; Siciliani ve Hurst, 2005).

Bekleme süresi hizmet algısını doğrudan etkilediğinden dolayı hastanelerde bekleme de sunulan sağlık hizmetinin eksik veya yanlış algılanmasına sebebiyet vermektedir (Prakash, 2010; Glogovac ve diğ., 2020; Chu ve diğ., 2019; McMullen ve Netland, 2013; Abbasi-Moghaddam ve diğ., 2019; Bleustein ve diğ., 2014; Kreitz ve diğ., 2016; Yu ve diğ., 2016). Hasta deneyimi algılanan zamandan doğrudan etkilenmektedir. Bu deneyim de tavsiye etme durumunu, edinilen bilgiye duyulan güveni ve genel tedavi algısını etkilemektedir (Bleustein ve diğ., 2014; Gibler ve diğ., 2011; Hawkins ve diğ., 2012; Jaklic ve diğ., 2018; Kabaroğlu ve diğ., 2013). Uzun bekleme süresi memnuniyeti etkilediğinden müşteri sadakatini de doğrudan etkilemektedir ve sadık müşteri profili oluşturma girişimlerinde negatif bir etki oluşturmaktadır (McCarthy, McGee ve O'Boyle, 2000; Mittal, 2016). Beklenen hizmetin iptali, vazgeçilmesi ve tekrar talep edilmesi ile birlikte maliyetin artmasında da negatif bir etkisi bulunmaktadır (Siciliani ve diğ., 2009). Bekleme süresi hastaları hizmetten vazgeçmeye ittiği gibi özel sağlık bakımı almaya da zorlayabilmektedir (Blundell ve Windmeijer, 2000).

Hasta memnuniyeti hekim ile geçirilen zamandan, hekimin hastaya karşı tavrından, tedaviye karşı beklentiden, fiziksel ve fiziksel olmayan atmosferden olumlu; bekleme süresinin uzunluğuna göre olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir (Leddy ve diğ., 2003; Brody ve diğ., 1989; Peck ve diğ., 2001; Anderson ve diğ., 2002; Anderson ve diğ., 2007; Dansky ve Miles, 1997).

Sağlık hizmetleri kişiselleştirilmiş tedaviler ile birlikte hasta temelli bir hale dönüşmüştür. Bu dönüşüm de kalite ile birlikte memnuniyeti de temel almaktadır (Institute of Medicine). Hasta memnuniyeti hasta-hizmet sunucuları arasındaki ilişki, hastanın bireysel özellikleri ve algılanan bekleme süresiyle ilişkili komplike bir unsurdur (Trout ve diğ., 2000).

Bekleme durumuna karşı geliştirilen duyguların olumsuz olduğu ve bekleme sürelerini azaltacak girişimlerde bulunmanın düşen memnuniyet oranlarını artırdığı kayda geçirilmiştir (Camacho ve diğ., 2006; Leddy ve diğ., 2003).

Beklemeye karşı kendini aciz ve endişe içinde hisseden hastalar, içerisinde bulundukları duruma göre beklemeye karşı farklı tepkiler verebilmektedirler. Örneğin yaşlı insanlar beklemeye karşı genç insanlara nazaran daha hassastırlar (Alarçin, 2019a). Sağlık hizmeti alma ihtiyacı şiddetli olan insanlar, ihtiyaç şiddeti düşük olan insanlara göre daha agresif tepkiler verebilmektedirler (Alarçin, 2019b). Beklemenin hizmetin hangi sürecinde gerçekleştiği de beklemeye karşı geliştirilen düşünceleri etkilemektedir. Hizmete başlamadan önce geçirilen zaman daha uzun algılanabilirken hizmet sonrası beklemeler hastalar tarafından daha kabul edilebilirdir (Alarçin, 2019a; Alarçin, 2019b). Bekleme süresi kavramına birçok anlam yüklenmeye çalışılsa da net bir tanımlama bulunmamaktadır. Bazı bekleme türleri gerekli olabilirken bazı bekleme türleri gereksiz, zaman kaybı veya rahatsız edici olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla hastanın bekleme süresi hizmetin türüne, hizmetin hangi aşamasında olduğuna, hastanın kişisel özelliklerine ve diğer durumlara göre farklı anlamlandırılabilmektedir (Siciliani ve diğ., 2013). Ayrıca birçok kaynakta bekleme yalnızca hizmet alımı öncesi veya hizmet sırasında tek bir bekleme durumu olarak aktarılmaktadır. Hastanın hastanede bekleme ve hizmet alımı sürelerini de kapsayan hastanede geçirdiği tüm süreyi açıklayan "akış süresi" kavramı göz ardı edilerek hizmete başlamadan önceki beklemeye odaklanmak kısıtlı bir tanımlama olmaktadır (Cayırlı ve veral, 2009; Leddy ve diğ., 2003).

Hizmet sunumuna başlamadan önce ortaya çıkan bekleme durumları hizmete, hizmet sunucusu olan hekimlere ve hizmetin sonuçlarına karşı önyargı geliştirmeye sebebiyet vermektedir. Memnuniyet değerlendirmelerine eksiden başlamamak açısından bekleme sürelerini kontrol altına almak önem taşımaktadır. Bekleme süresi ile ilgili girişimlerde bulunmak mümkün olmadığında ise algılanan süreyi etkileyecek girişimlerde bulunmak etkili olmaktadır (Holbrook ve diğ., 2016).

Tedavi içerisinde görünmez bir içerik olan bekleme durumu sağlık hizmetleri için ayrılmaz bir özelliktir (Kaarboe ve Carlsen, 2013). Tedaviler bekleme durumuna göre düzenlenmektedir ve hiçbir tedavi veya girişim için kesin bir bekleme süresinden bahsetmek mümkün değildir (Andrén ve Granlund, 2010; Abasolo ve diğ., 2014: 216).

Bekleme faktörü insan psikolojisini bozmakta dolayısıyla sağlığı dolaylı yoldan etkilemektedir (Andrén ve Granlund, 2015). Uzun bekleme sürelerine karşı yaşanan psikolojik dalgalanmalar hizmet alımından vazgeçişe de sebebiyet verebilmektedir. Bu gibi olumsuz etkileri azaltmak için hizmet alımından önce bekleme ile ilgili bilgi verilmesi önerilmektedir (Göransson ve Rosen, 2010). Uzun bekleme süresi sorunları ülkelerin sağlık sistemi için biçtiği role, sigorta sisteminin durumuna, ücretsiz veya geri ödemeli hizmetlerin kapsamı ve kapasitesine göre ortaya çıkan bir problemdir (Siciliani, Borowitz ve Moran, 2013; Carlsen ve Kaarboe, 2013). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar göstermiştir ki uzun bekleme sürelerine hekim sayısının azlığı, hasta yükünün fazla olması, hasta yoğunluğunun belirli saatler aralığında artması ve kayıt işlemlerindeki hatalar sebebiyet vermektedir (Oche ve Adamu, 2013; Tran ve diğ., 2017; Johnson ve diğ., 2014).

Grossman tarafından geliştirilen "insan sermayesi modeli" sağlık hizmetleri talebinin çevresini oluşturan bir modeldir. Bu modele göre sağlık, bireylerin sağlıklı bir yaşam için yatırım yaptıkları ve tükettikleri bir üründür ve hem tüketim için hem de yatırım için sağlık hizmeti talebi gerçekleşmektedir. Model sağlık kavramını dayanıklı bir sermaye olarak görmekte ve geleceğe yatırım amacıyla sağlık hizmeti talebini açıklamaktadır. Bu modele göre sağlık sigortası tıbbi bakım fiyatını düşürmekte veya sıfırlamaktadır. Ücretsiz bir hizmetin sonucu olarak da talep artmaktadır. Fiyatın etkisiz olduğu bu durumda talebi belirleyen kriter zaman olmaktadır. Tıbbi bakımın talebi bekleme sürelerine bağlı olarak değişmekte ve bekleme sürelerinin artışı talebi azaltmaktadır. Bu durumda da talep sıfır maliyet yerine alternatif olarak özel sektöre yönelmeyi beraberinde getirmektedir. Aksi durumlarda ise talep ortadan kalkabilmektedir. Gelir seviyesi yüksek bireylerin beklemeye karşı daha duyarlı olduğu, kamu hastanelerinde beklemenin özel hastanelere kıyasla daha olağan karşılandığı belirtilmiştir. Ücret ödenen hizmetten beklentiler ile ücretsiz bir hizmetten yararlanmanın beklentisi farklı olmaktadır (Grossman, 1972).

Hastaların hizmeti değerlendirmek için bekleme süresini kullanması tek başına yeterli bir kriter olmamakla birlikte, hastane içerisindeki bilgi alışverişinden, bekleme ortamından, beklerken yaşanan deneyimden ve tüm bu durumların algılanış biçiminden etkilenerek hizmetin değerlendirildiği aktarılmaktadır (Clifford ve diğ., 2014; Pacifico ve diğ., 2007; McKinnon ve diğ., 1998; Feddock ve diğ., 2005; Price ve diğ., 2014). Bekleme süresinin yalnızca hastalar üzerinde bir etkisinin olmadığı hizmet sunumunda görev alan herkesi etkilediği de bilinen bir gerçektir. Hizmetten vazgeçiş, arzın talebi karşılamaması üzerine yaşanan yoğunluk ve

ertelemeler ile birlikte kapasitenin üzerinde hizmet verilmesi, çalışan insanları da zorlayacak bir unsurdur. Bekleme sürelerinin azaltılması girişimleri de sadece hasta memnuniyetini artırmamaktadır. Bu girişimler hizmet sunucularının iş yükünü hafifletmekte ve medikal çıktıların iyileşmesini sağlamaktadır (Michael ve diğ., 2013; Stelfox ve diğ., 2005; Nelson ve diğ., 2007; Garman ve diğ., 2004). Bu bilgiler doğrultusunda bekleme sürelerini azaltıcı çalışmalar yapılmaktadır (Gijo ve Antony, 2014; Almomani ve AlSarheed, 2016; Montecinos ve diğ., 2018; Vandenberghe ve diğ., 2019).

Gerçekleştirilen çalışmalar kontrol edilebilen faktörler üzerinde planlanmıştır. Kontrol dışında gelişen yoğunluk, trafik gibi faktörleri ortadan kaldırmak mümkün olmamaktadır. Bu gibi durumlarda gerçeklik değiştirilemediğinden ortam içerisinde bulunan bireylerin algısını yönetmek gerekmektedir (Djelassi, Diallo, Zielke, 2018; Becker ve Douglass, 2008). Mekânda geçirilen zamanın bireyi meşgul edecek şekilde düzenlenmesi, atmosferinin algı dağıtıcı olması veya istenen mesajı veriyor olması, bekleme durumunun gerçekleştiği ortamın kişisel ihtiyaçları karşılayacak ve rahat hissettirecek şekilde düzenlenmesi birey algısını hedef alabilmektedir (Pruyn ve Smidts, 1998; Taylor, 1994; Hui ve diğ., 1998; Liang, 2016).

Bekleme sürelerinin uzunluğu birçok ülkede sağlığa erişim sorunu olmasının yanı sıra OECD ülkeleri için politik bir problemdir. Birinci basamak, acil bakım, ayakta tedavi ve acil olmayan bakım da dahil tüm sağlık hizmetleri için bekleme süresinin uzunluğu bir problem teşkil etmektedir (Siciliani ve diğ., 2013). Sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir etmeni olan bekleme süresi, tedavilerin planlanmasını etkilemektedir ve her sağlık hizmeti için belirli bir bekleme süresinden bahsedilememektedir (Abasolo ve diğ., 2014: 216; Kaarboe ve Carlsen, 2013: 3).

Zaman kavramı kişisel bir algılamayı içermektedir. Kişisel özellikler, beklenen durum, geçirilen zamanın kaliteli olması bekleme algısını etkilerken; sağlık hizmetlerinde bekleme durumunun oluşması diğer bekleme durumları ile karşılaştırıldığında daha karmaşık bir hale neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bekleme hizmet alımına kadar geçen süreyi ifade etmektedir (Anderson ve diğ., 2007; McMullen ve Netland, 2013). Bekleme süresinin ölçümünde birçok faktör kullanılmaktadır. Ameliyat listesine alınıp tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreyi temsil eden “yatan hasta bekleme süresi” ve hizmet alımı için başvuru ve tedaviden faydalanmaya kadar geçen süreyi ifade eden “tedaviye sevk için bekleme süresi” gibi ölçütler bekleme süresini tanımlayan ölçütlerdir (Siciliania ve diğ., 2014).

Hizmetten faydalanmadan dahi hizmet hakkında fikir yürütmeyi sağlayabilen bekleme durumu hizmet çıktısının algısını, hizmet sunucuları değerlendirmeyi ve en önemlisi kalite algısını etkileyebilmektedir (Gibler ve diğ., 2011; Hawkins ve diğ., 2012). Jaklic ve diğ. tarafından gerçekleştirilen çalışmada bekleme süresi ile memnuniyetin tüm boyutları arasında anlamlı istatistiksel bir sonuç olduğu, kısa bekleme sürelerinin memnuniyeti artırdığı kanıtlanmıştır (Jaklic ve diğ., 2018). Hasta memnuniyetinin artması yeni hastaların da hizmeti almak için talepte bulunmasını sağlamaktadır. Hekim ve hastane seçme hakkı bulunan hastalar daha kısa sürede hizmet alacaklarına inandıkları, bir başka ifadeyle erişebilecekleri hastaneleri tercih etmektedirler (Iversen ve Luras, 2002).

Memnun olunmayan bir hizmet sunumu kişilerin sadık alıcı olması önünde de bir engel olmaktadır. Alıcı sadakati seviyesini de aşağıya çekmekte olan bekleme süresi toplum sağlığını fiziksel ve ruhsal olarak etkilemektedir (Mittal, 2016; Oudhoff ve diğ., 2007). Çalışanları da olumsuz etkileyen bekleme süresinin uzunluğu fazla mesai ve fazla emek sarf etmeyi de beraberinde getirmektedir.

Memnuniyet ile birlikte hastane veya sağlık hizmeti sunan her kurumun itibarı da etkilenmektedir. Hastaneden hizmet almadan ayrılma durumunu da deneyimleyen hastalar tarafından bu duruma etki eden en büyük faktörün bekleme olduğu öne sürülmüştür (Kamali ve diğ., 2013). Chen ve diğ. (2016) yaptıkları çalışmada bekleme ile ilgili politikaların geliştirilmesi ve hastaneler tarafından uygulanması bekleme süresini azaltıcı bir etkiye sahip olacağı sonucuna ulaşmışlardır.

Bir hastanın hastaneden randevu alma niyetinden hastaneye kayıt yaptırmasına kadar geçen zaman ve kayıt yaptırdıktan sonra hastaneden tedavi hizmeti alıp çıkmasına kadar geçen zaman Dünya Sağlık Örgütü tarafından hizmet kalitesi için önemli bir araç olarak görülmekte ve hasta merkezli bakımın önemi açısından üzerinde durulması gerek nbir konu olarak nitelendirilmektedir (WHO, 2010; Gröne ve diğ., 2001). Hizmet sunumu esnasında hastaların değerlerine, seçimlerine ve ihtiyaçlarına saygılı olmak gerekmektedir. Hizmet sunumunun kalitesi hastaya saygılı olmanın yanı sıra hizmetin eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi ve bakımın bütüncül bir şekilde gerçekleşmesine bağlıdır (Lewis, 2009).

Sonuç olarak sağlık hizmeti alıcılarının hizmete erişimin hangi aşamasında karşılaşırsa karşılaşsınlar yaşadıkları bekleme durumları onların sağlık hizmeti kalitesine, tedaviye, hekime, sağlık işletmesine olan değerlendirmelerini, memnuniyetlerini ve sadakatlerini

etkileyen bir husus olarak ifade edilmektedir. Bu anlamda bekleme sürelerinin yönetilmesi hizmete ilişkin olumlu değerlendirmeler açısından önem taşımaktadır.

2.3.3. Bekleme Süresini Azaltma Stratejileri

Bekleme süresini azaltmak üç farklı strateji ile mümkün olmaktadır. Bunlar "sağlık hizmeti arzını sağlayanlara yönelik stratejiler", "sağlık hizmetini talep edenlere yönelik stratejiler" ve "tüm yerel kurumları etkileme gücü olan küresel stratejiler" olmak üzere üç başlıktan oluşmaktadır (Kreindler, 2010).

Arza yönelik stratejiler üç şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar; "faaliyetlerin artırılması", "mevcut kapasitenin daha verimli kullanılması" ve "kapasitenin artırılması"dır.

- **Faaliyetlerin artırılması:** Hollanda'nın kullandığı bu yöntem bekleme süresini azaltma konusunda başarılı bir adım olmuştur. Faaliyet başına ücretlendirme prim gibi yöntemler kullanıldığı süre boyunca bekleme süresini azaltmaktadır.

- **Mevcut kapasitenin daha verimli kullanılması:** Bu yöntemde kaynakların boşa harcanmasının önüne geçmek ve daha iyi bir planlama ile daha çok kişiye erişimi sağlamak amaçlanmaktadır. Bekleme süresini azaltacak listelerin belirlenmesi, hekim ve hastane seçiminin mümkün olması, bir çok tedaviyi içinde barındıran tedavi süreçlerini tedavilerin ayrıştırılarak hizmetlerin yavaş ilerlemesini engelleyici stratejileri içermektedir (Siciliania, Moranb ve Borowitz, 2014: 300).

- **Kapasitenin artırılması:** Kapasitenin artırılması kamu sistemindeki kapasitenin artırılması, özel sektörün desteğiyle kapasitenin artırılması ve yurtdışından kapasite istenmesi yoluyla sağlanmaktadır. Kamu kurumları bu konuda en geniş yetkiye sahip yer olduklarından uzun süreli bir çözüm sunabilmektedirler. Yatak kapasitesinin artırılması, hastane sayısının artırılması ve hekim sayısının artırılması uygulanabilecek stratejilerdendir. Özel sektörün desteği de teşvik yardımıyla özel sektörün hizmet sunma becerisinden faydalanmayı içermektedir. İngiliz hükümeti özel sektörden faydalanmayı tercih eden ülkelerdendir. Diğer bir yöntem olan yurtdışından kapasite talebi ise bekleme süresini düşürmek konusunda uzun süreli bir çözüm olmamaktadır. Taleplere cevap verme konusunda başarısız olan İrlanda, İngiltere ve Hollanda gibi ülkelerin tercih ettiği bu yöntemde hastalar yurtdışına gönderilerek tedavi edilmektedirler (Siciliani ve diğ., 2014; Willcox ve diğ., 2007).

Talep tarafı stratejileri de sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalara yönelik eylemleri içermektedir. Hasta sayısının azaltılması, değiştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir. Talep için geliştirilen stratejiler talebin arz ile eşitlenmesine, talebin önceliklendirilerek sıra ile işleme alınmasına olanak sağlamaktadır. Yeni Zelanda, Klinik Öncelikli Değerlendirme Kriterlerini (Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC)) kullanmaya başladığından beri öncelikli olan kesime odaklanıp bekleme sürelerini iyileştirmeyi başarmıştır (Willcox ve diğ., 2007).

Tüm yerel kurumları etkileyecek olan stratejiler ise bekleme süreleri ile ilgili hedeflerin belirlenmesi ile ilgilidir. Hedeflerin belirlenmesi ve uygulanması için politikalar geliştirilmesi ülkelerin hedeflerine ulaşması için en güçlü araçtır. Örneğin, İngiltere bekleme süresi seviyesini aşağıya çekebilmek için faaliyet temelli ödemeye yönelmiştir. Bu hem hastanelerin bekleme sürelerini azaltmış hem de hastanelerin karlarını artırmıştır. Ne kadar çok hizmet sunulursa o derecede ücret alacak olan hastanelerin ve ülke yönetiminin bu yöntem ile kazan kazan stratejisi benimsediği açıktır. Yeni Zelanda ise devlet tarafından karşılanan sağlık hizmetinin adaletli bir şekilde dağıtılması, bekleme sürelerinin belirli bir aralıkta olması, ameliyatlı tedavilerde maksimum bekleme süresi sınırının aşılmaması için sağlık hizmetinin en uygun düzeyde sunulmasını hedef almıştır. Bekleme süreleri ile ilgili kapsayıcı politikalar geliştiren devletlerin uygulamalarına bakıldığında, ameliyat bekleme süresi, poliklinik bekleme süresi ve hastaneye/hekime erişim süresinde bir azalma olduğu ve uzun süreli bir iyileştirme yöntemi olduğu kanıtlanmıştır (Willcox ve diğ., 2007). Viberg ve diğ. (2013) yabancı ülkelerde tedavi ile ilgili fikir almak, standart bir bekleme süresi belirlemek ve karşılaştırma yapabilmek için evrensel bir veri ölçümü belirlemek gerektiğini savunmaktadırlar.

Bekleme deneyiminin süresinin yanı sıra beklerken geçirilen zamanın kalitesi de bekleme süresini değerlendirmeyi ve böylece memnuniyeti etkilemektedir. Bekleme deneyiminin gerçekleştiği ortam, bekleme ortamındaki broşürler ve ortamda yer alan ekranlarda oynatılan videolar geçirilen zamanın daha kısa algılanmasına katkı sağlamaktadır (Nelson ve diğ., 1997; Papa ve diğ., 2008). Bekleme odaları, hekime veya sağlık hizmetine ulaşım öncesinde ve sonrasında hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların ortak bir şekilde kullandıkları alanlardır. Bekleme odası tasarımı ile ilgili aydınlatmanın doğal ışık ile yapılması, mobilyaların rahat olması, oda manzarasının rahatlatıcı etkisinin olması, dikkat dağıtıcı resim, televizyon gibi unsurların odada bulunması bekleme ortamının kalitesini artırmaya ve sürenin kısa algılanmasına fayda sağlamaktadır (NSW Government Health policy, 2018).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

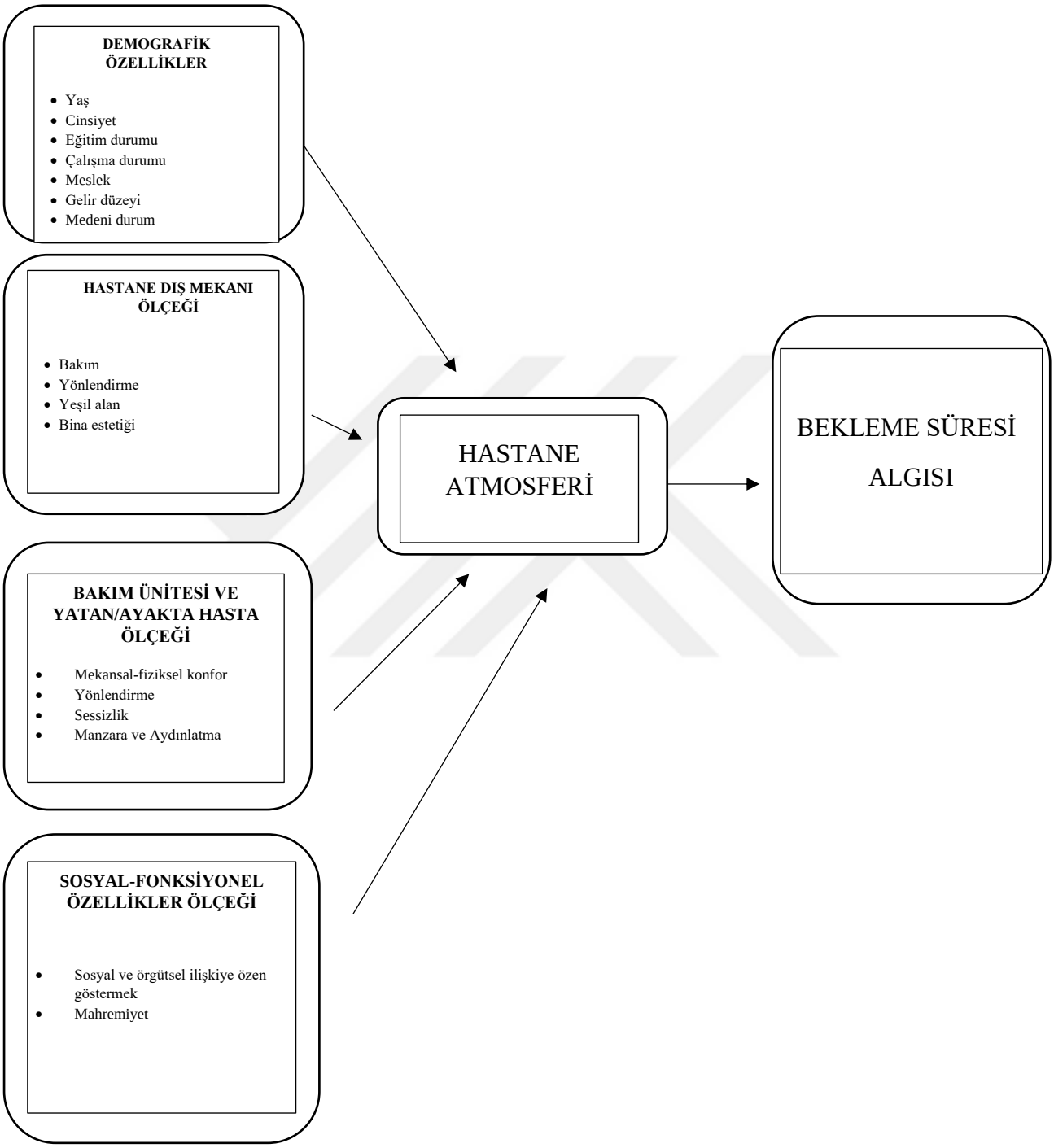
Günümüzde hastaneler rekabetin olduğu bir hizmet sunumu içindedirler. Hizmet sunumu, kişilerin hastaneye randevu alabilmek için veya aldığı hizmetten faydalanabilmesi için giriş yapmasından itibaren başlamaktadır. Bulunduğu çevreden, mekânların atmosferinden etkilenmeye açık olan kişiler hastaneyi, hekimi ve tedaviyi değerlendirmeye, hizmeti almadan önce birçok unsuru dikkate alarak başlamaktadırlar. Bekleme süresi kavramı sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan sorunlardandır ve hastaneyi, tedaviyi ve hizmeti değerlendirmeyi sağlayan unsurlardan biridir. Bu çalışmada hastane atmosferini oluşturan unsurların bekleme süresi algısını etkileme durumunu ölçmek amaçlanmıştır. Hastane atmosferini bütüncül bir şekilde açıklayan veya Türkçe'ye uyarlanmış bir ölçeğe rastlanamadığından Algılanan Hastane Ortamı Kalite Göstergeleri (Perceived Hospital Environment Quality Indicators- PHEQIs) ölçeği Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılarak analizlere devam edilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın ana kütlesi Türkiye'de sağlık hizmeti alan bireylerden oluşmaktadır. On sekiz yaşından büyük tüm bireylere uygulanabilen çalışmada anketler araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere internet ortamında doldurtulmuştur. En son gidilen hastane değerlendirildiği için hastaneden sağlık hizmeti almış olan bireyler çalışmaya dahil edilmiş ve çevrimiçi olarak yürütülen ankete erişim sağlayan ve soruları eksiksiz cevaplayan tüm kişilerin cevapları kabul edilmiştir. Maliyet ve zaman kısıtı sebebiyle çalışmaya dahil edilen örnek kütlenin sınırlandırılması; yanı sıra internet erişimi olmayanların araştırmaya katılamaması bu çalışmanın kısıtları arasında yer alabilir. Bu sebeple araştırma sonucunda elde edilen bulguların ana kütlenin bütününü temsil ettiği ileri sürülemez.

3.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmanın modeli Şekil 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Yapılan araştırmanın amaçlarını ölçmek için oluşturulan ve analizlerde kullanılan hipotez şunlardır;

✓ H_0= Hastane atmosferi ile algılanan bekleme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

✓ H_1= Hastane atmosferi ile algılanan bekleme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SÜRECİ

Araştırmanın ana kütlesini Türkiye'de hastaneye başvuran kişiler oluşturmaktadır. Tabloda gösterilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın 2020 yılındaki verileri sayesinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarının toplam müracaat sayısı 347.141.196 olarak bulunmaktadır. Ana kütleye ulaşım mümkün olmadığından ötürü örneklem belirlenip anket uygulanmıştır.

	Hekime Müracaat	Kişi Başı Hekime Müracaat
Aile Hekimliği	247.273.830	3,0
Verem Savaş Dispanseri	769.343	0,07
ÇEKÜS*	153.890	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	1.767.606	
Özel Poliklinikler	435.764	
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	2.719.502	
Birinci Basamak Toplamı	253.119.935	3,0
Özel Tıp Merkezleri	14.527.627	0,2
Hastaneler	332.613.569	4,0
Sağlık Bakanlığı	239.981.820	2,9
Üniversite	31.725.506	0,4
Özel	60.906.243	0,7
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	347.141.196	4,2
Genel Toplam	600.261.131	7,2

Şekil 3.2. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2020, Tüm Sektörler[2]

[2] https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf

347.141.196 kişiden oluşan evrenin örneklem büyüklüğünü hesaplamak için yararlanılan formül aşağıda gösterilmektedir.

N= (N*t2*p*q) / [(N-1)*d2+t2*p*q]

Bu formülde yer alan;

N = Kitle büyüklüğünü,

n = Örneklem büyüklüğünü,

p = Olayların görülme sıklığını,

q = Olayların görülmeme sıklığını,

t = t tablosunda bulunan teorik değerlerin p anlamlılık düzeyindeki değerini,

d = p anlamlılık düzeyine göre kabul edilen örneklem hatası aralığını ifade etmektedir.

Yukarıdaki formüle göre %95 güven aralığında ve d=0,05 örnekleme hatası değeri ile hesaplanan örneklem büyüklüğü için t değeri 1,96'dır. Görülme ve görülmeme sıklıklarının hesaplanması neredeyse imkânsız olduğundan dolayı da p ve q için en yüksek olan 0,5 değeri esas alınmaktadır (Kurtuluş, 2010). Bu değerler doğrultusunda örneklemin büyüklüğü;

n = [(347.141.196) * (1,96)2 * (0,5) * (0,5)] / [(347.141.196 -1) *(0,05)2 + (1,96)2 * (0,5) * (0,5)]

n = 384 olarak hesaplanmıştır. (https://www.surveysystem.com/sscalc.htm/ et:23.05.2022).

Araştırma örneklemi, 347.141.196 hastaneye başvuru arasından "gelişigüzel örneklem" yöntemi ile seçilmiştir. Gelişigüzel örneklem yöntemi örneklem büyüklüğüne uygun olacak şekilde evrenin içinden herhangi bir katılımcının gelişigüzel olarak örnekleme dahil edilmesi anlamına gelmektedir (Arlı ve Nazik, 2001). Anketler, uygulama sonrası toplanması sürecinde bazı anket formlarının geçersiz sayılabileceği öngörülerek, 394 gönüllü katılımcıya uygulanmış ve hesaplanan örneklem büyüklüğünden fazla sayıda, 394 adet, kullanılabilir durumda olan anket formu elde edilmiştir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırma niceliksel bir çalışmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Demografik özellikleri sorgulayan ilk bölüm ve bekleme süresi algısını sorgulayan üçüncü bölüm ilgili literatür taraması sonucu oluşturulmuştur. Hastane atmosferini sorgulayan ikinci bölümde ise Fornara ve diğ. (2006) tarafından geliştirilen ve Andrade ve diğ. (2012) tarafından gözden geçirilerek düzenlenen Algılanan Hastane Ortamı Kalite Göstergeleri ölçeği uygulanmıştır. Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenirlikler Cronbach Alpha Katsayısı ile incelenmiştir. 64 kişilik bir gruba uygulanan ve Cronbach Alpha Katsayısı 0,93 çıkan güvenirlik analizi sonucunda anket Türkçe'ye uyarlanmaya uygun bulunmuştur. Ayrıca ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır.

Araştırmanın kapsamını 18 yaşından büyük hastaneye giden kişiler oluşturmaktadır. Kullanılan anket formunun ilk bölümü katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi ve medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleri içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde yer alan Algılanan Hastane Ortamı Kalite Göstergeleri Ölçeği üç ana alt başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; "hastane dış mekân ölçeği", "bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği" ile "sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeği"dir. Hastane dış mekân ölçeği "bakım", "yönlendirme", "yeşil alan" ve "bina estetiği" şeklinde dört alt boyuttan; bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği "mekânsal-fiziksel konfor", "yön bulma", "sessizlik" ile "manzara ve aydınlatma" şeklinde dört alt boyuttan ve son olarak sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeği de "sosyal ve örgütsel ilişkiye özen göstermek" ile "mahremiyet" şeklinde iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeklerin değerlendirilmesi beşli likert türüne göre düzenlenmiştir. Ölçekteki ifadeler değerlendirilirken "5" algılanan en yüksek katılımı (kesinlikle katılıyorum), "1" algılanan en düşük katılımı (kesinlikle katılmıyorum) göstermektedir. Anketin bekleme süresi algısını sorgulayan son bölümü ise üç sorudan oluşmaktadır. Buna göre çalışmada kullanılan anket 46 sorudan oluşmaktadır. Anket Ek 1'de yer almaktadır.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 06.06.2022 tarih ve 2022/10 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayı

sonrasında 06-10 Haziran 2022 tarihleri arasında gelişigüzel örnekleme yöntemiyle 394 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı ve AMOS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile; çarpıklık ve basıklık, varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirilebilir (Hayran ve Hayran, 2011:35-48). Normalliğin sağlanması için verilerin saçılma diyagramında değerlerin 45 derecelik doğruya yakın gözlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun ortanca çizgisini ortalayarak konumlanması gerekir (Büyüköztürk, 2011:40). Normal dağılım uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Ölçekte yer alan ifadelerin güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı yardımıyla ölçülmüştür. Ayrıca ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi'nden yararlanılmıştır.

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Bağımsız t Testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmaya katılanların sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, %70,6'sının 18-30 yaş aralığında¸ %19,5'inin 31-50 yaş aralığında, %9,9'unun 51 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %5,6'sının ilkokul, %5,1'inin ortaokul, %9,1'inin lise, %60,7'sinin üniversite, %19,5'inin yüksek lisans/ doktora mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, %49,5'inin çalıştığı, %50,5'inin çalışmadığı görülmektedir. Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde de %39,8'inin 0-4250 TL arası, %26,9'unun 4251-8500 TL arası, %19,5'inin 8501-12750 TL arası, %7,9'unun 12751-17000 TL arası, %5,8'inin 17001 TL ve üzeri gelire sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde ise %32'sinin evli, %68'inin bekar olduğu görülmektedir

Tablo 4.1.Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		$\bar{X}$	**SS**
Yaş		30,04	12,33
Değişkenler		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	264	67,0
	Erkek	130	33,0
Yaş	18-30 yaş	278	70,6
	31-50 yaş	77	19,5
	51 yaş ve üstü	39	9,9
Eğitim Durumu	İlkokul	22	5,6
	Ortaokul	20	5,1
	Lise	36	9,1
	Üniversite	239	60,7
	Yüksek lisans/ doktora	77	19,5
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	195	49,5
	Çalışmıyorum	199	50,5
Gelir Düzeyi	0-4250 TL	157	39,8
	4251-8500 TL	106	26,9
	8501-12750 TL	77	19,5
	12751-17000 TL	31	7,9
	17001 ve üzeri TL	23	5,8

Tablo 4.1. (devam)

Değişkenler		**n**	**%**
Medeni Durum	Evli	126	32,0
	Bekar	268	68,0
Toplam		**394**	**100,0**

Katılımcıların bekleme süresi algısına ilişkin dağılımlar Tablo 4.2.'de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların bekleme sürelerinin ortalama 49,09 dakika olduğu görülmektedir. Bekleme süresi en düşük sıfır dakika en çok 360 dakika (6 saat) olarak elde edilmiştir. Bekleme süresi ortalamasının gruplandırılması 0-60 dakika arası kısa süre olarak, 61-180 dakika arası orta süre, 181-360 dakika arası uzun süre olarak yapılmıştır. Katılımcıların %86,3'ü bekleme süresini kısa süre gruplandırması içerisinde, %10,7'si orta süre gruplandırması içinde, %3'ü uzun süre gruplandırması içerisinde belirtmiştir.

Katılımcıların bekleme sürelerini değerlendirmeleri incelendiğinde; %6,3'ünün bu süreyi çok kısa, %9,9'unun kısa¸ %36,3'ünün kabul edilebilir, %26,1'inin uzun, %21,3'ünün çok uzun şeklinde belirttiği görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi tahminleri incelendiğinde, %14,5'nin tahmin ettiğinden daha kısa beklediği, %43,1'inin tahmin ettiği kadar beklediği, %42,4'ünün tahmin ettiğinden daha uzun beklediği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tablo 4.2. Bekleme Süresi Soruları Dağılımı

Değişkenler		$\bar{X}$	**SS**
Hastanede sağlık hizmeti almak için ne kadar süre beklediniz?		49,09	57,34
Değişkenler		**n**	**%**
Bekleme süreleri ortalaması	Kısa Süre	340	86,3
	Orta Süre	42	10,7
	Uzun Süre	12	3,0
Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kısa	25	6,3
	Kısa	39	9,9
	Kabul edilebilir	143	36,3
	Uzun	103	26,1
	Çok uzun	84	21,3
Bekleme süresi değerlendirmesi	Tahmin ettiğimden daha kısa bekledim	57	14,5
	Tahmin ettiğim kadar bekledim	170	43,1
	Tahmin ettiğimden daha uzun bekledim	167	42,4

Hastane dış mekânı ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.3.'de verilmiştir

Tablo 4.3. Hastane Dış Mekânı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Faktörler				Toplam Madde Korelasyonu
	Yönlendirme	Bakım	Yeşil alan	Bina estetiği	
Hastanede yön bulmak için yeterli işaret levhası vardır	0,877				0,667
Hastanede yön bulmak kolaydır	0,868				0,710
Hastanede aradığım ünite ve hizmetleri bulmak çok kolaydır	0,788				0,741
Hastanenin dışı temizdir		0,843			0,709
Hastane yolları ve kaldırımlar iyi durumdadır		0,763			0,736
Hastane bakımlıdır		0,736			0,758
Hastane dış çevresinde bakımlı yeşil alan eksikliği var			0,888		0,562
Hastane dış çevresinde oturulacak bankların olduğu yeşil alan eksikliği var			0,880		0,554
Hastane dış çevresinde insanlarla tanışabileceğim yeşil alanlar bulunmaktadır.			0,730		0,604
Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının renkleri pek hoş değil.				0,865	0,657
Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının şekilleri hoş değil.				0,857	0,630
Dışarıdan hastane binaları güzeldir				0,651	0,708
Güvenirlik	0,920	0,889	0,857	0,870	0,920
Açıklanan Varyans (%)	22,143	20,887	20,071	19,205	82,306
Özdeğer	6,444	1,503	1,161	0,769	
KMO =0,896; $\chi 2(66)$ =3428,712; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000					

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,896 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için "mükemmel derecede yeterli" olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür ($\chi 2(66) = 3428,712$ $p<0,01$). Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu teyit edildikten sonra ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemleri kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, tüm maddeler için faktör deseni incelendiğinde, ölçeğin dört boyutlu yapıya uygun olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında dağılan madde olmadığı tespit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre geliştirilen ölçek toplam değişkenliğin %82,306'sını açıklamaktadır. Birinci faktör toplam değişkenliğin %22,143'ünü, ikinci faktör toplam değişkenliğin %20,887'sini, üçüncü faktör toplam değişkenliğin %20,071'ini ve dördüncü faktör toplam değişkenliğin %19,205'ini açıklamaktadır.

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Güvenilirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach Alfa (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40 - 0.60 arasında ise düşük güvenirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19). Sonuçlar incelendiğinde, hastane dış mekânı ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0,920 şeklinde bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca alt boyut güvenirliklerinin 0,857-0,920 aralığında ve oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Hastane dış mekânı ölçeğine uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.4.'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Hastane Dış Mekânı Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/Df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	3,339
GFI	0,90≤GFI	0,80≤GFI	0,933
AGFI	0,90≤AGFI	0,80≤AGFI	0,891
CFI	0,95≤CFI	0,85≤CFI	0,967
RMSEA	0,0≤RMSEA≤0,05	0,06≤RMSEA≤1,0	0,077
NFI	0,95≤NFI	0,80≤NFI	0,954
TLI	0,90≤TLI	0,80≤TLI	0,955
IFI	0,95≤IFI	0,85≤IFI	0,967

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucunun p=0,000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 12 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre hastane dış mekânı ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında GFI 0,933; CFI 0,967; NFI 0,954; TLI 0,955; IFI 0,967 ile mükemmel uyum ve $\chi 2$ (Cmin/df) 3,339; RMSEA 0,077 ve AGFI 0,891 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir (p=0,000).

Tablo 4.5.'de hastane dış mekân ölçeği maddelerine ilişkin t istatistik değerleri verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastane Dış Mekânı Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri

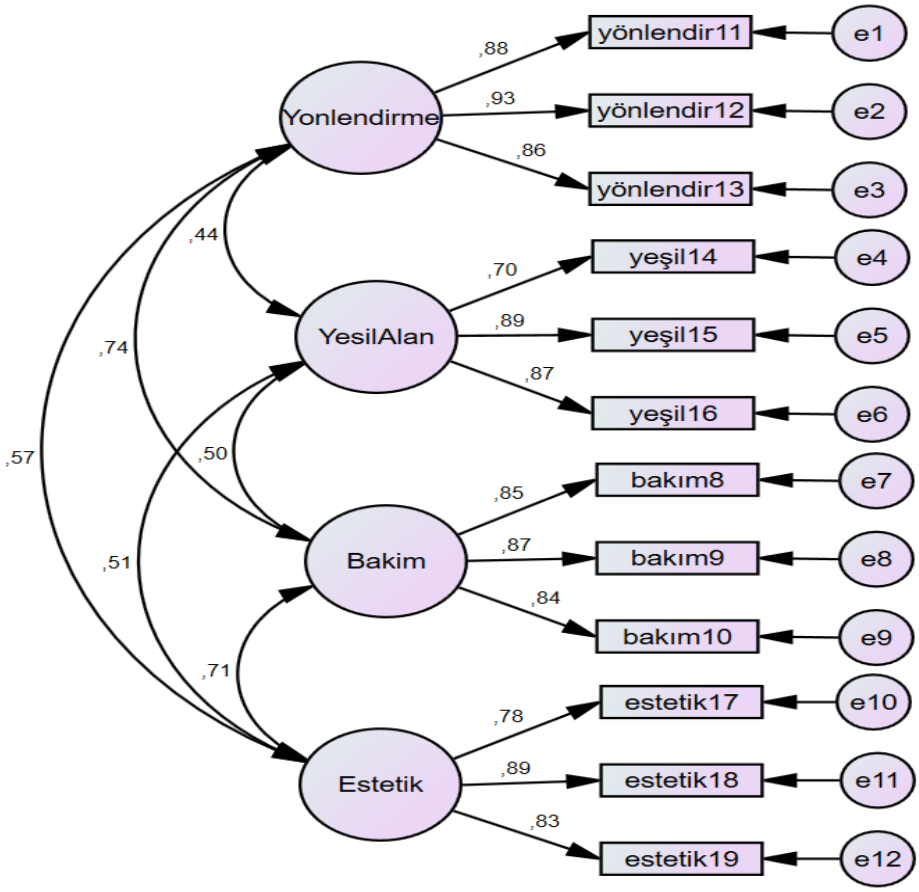
	S.E.	C.R. (t istatistik)	P	Standardize edilmemiş faktör yükü	Standardize edilmiş faktör yükü
Hastanede aradığım ünite ve hizmetleri bulmak çok kolaydır				1,000	0,884
Hastanede yön bulmak kolaydır	0,039	26,792	***	1,056	0,929
Hastanede yön bulmak için yeterli işaret levhası vardır	0,040	23,500	***	0,929	0,861
Hastane dış çevresinde insanlarla tanışabileceğim yeşil alanlar bulunmaktadır.				1,000	0,701
Hastane dış çevresinde bakımlı yeşil alan eksikliği var	0,082	15,571	***	1,280	0,892
Hastane dış çevresinde oturulacak bankların olduğu yeşil alan eksikliği var	0,079	15,470	***	1,225	0,873
Hastanenin dışı temizdir				1,000	0,852
Hastane bakımlıdır	0,047	21,299	***	0,993	0,870
Hastane yolları ve kaldırımlar iyi durumdadır	0,047	20,149	***	0,944	0,837
Dışarıdan hastane binaları güzeldir				1,000	0,784

Tablo 4.6. (devam)

	S.E.	C.R. (t istatistik)	p	Standardize edilmemiş faktör yükü	Standardize edilmiş faktör yükü
Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının renkleri pek hoş değil.	0,065	18,462	***	1,191	0,888
Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının şekilleri hoş değil.	0,062	17,487	***	1,087	0,834

Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde, bütün maddelerin anlamlı olduğu görülmektedir. Faktör yük değerleri için gerekli kabul gören sınır 0,30 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde 0,30 altında bir madde olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 4.1.'de doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen hastane dış mekân ölçeğine ilişkin çok faktörlü yapı görülmektedir



Şekil 4.1. Hastane Dış Mekânı Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı[3]

[3] Kısaltması yapılan sorular Ek 2'de açıklanmıştır.

Tablo 4.7. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Faktörler				Toplam Madde Korelasyonu
	Mekânsal-fiziksel konfor	Yönlendirme	Manzara ve aydınlatma	Sessizlik	
Bekleme alanında mobilyalar iyi durumdadır	0,847				0,766
Bekleme alanında mobilyalar kötü durumdadır	0,831				0,791
Bekleme alanında mobilya kalitesi iyidir	0,821				0,814
Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar kötü durumdadır	0,722				0,780
Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar güzel renklere sahiptir.	0,712				0,739
Bekleme alanında koltuklar rahatsızdır	0,694				0,707
Bu hastanede tabelalar aradığınızı bulmanızı sağlar		0,805			0,670
Bu hastanede yolunuzu bulmanıza yardımcı olacak birkaç işaret direği vardır.		0,781			0,557
Bu hastanenin girişini tanımak kolaydır		0,754			0,644
Bu hastanede bilgi noktalarını kolayca bulabilirsiniz.		0,715			0,594
Bu bekleme alanında daha fazla pencereye ihtiyaç duyulmaktadır			0,833		0,556
Bu bekleme alanı yeterince güneş ışığı almamaktadır			0,775		0,586
Bekleme alanında pencerelerden manzara pek ilgi çekici değildir			0,723		0,558
Bu hastanede genellikle dışarıdan bir ses duyulur.				0,860	0,530
Bu hastanede dışarıdan çok az ses duyulur.				0,832	0,500
Güvenirlik	0,935	0,852	0,799	0,783	0,928
Açıklanan Varyans (%)	27,727	19,657	15,244	11,983	74,612
Özdeğer	7,578	1,365	1,156	1,094	
KMO =0,922; $\chi 2(105)$ =3846,905; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000					

Bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.6' da verilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucu elde edilen 0,922 değeri ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için "mükemmel derecede yeterli" olduğu görülmüştür. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, ki-kare değeri ($\chi 2(105) = 3846{,}905$ $p<0{,}01$) şeklinde elde edilmiştir. Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir.

Ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi ve Varimax döndürme yöntemleri kullanılarak yapılan analiz sonucunda tüm maddeler için faktör deseni incelendiğinde, ölçeğin dört boyutlu yapıya uygun olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında dağılan madde olmadığı görülmüştür. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre geliştirilen ölçek toplam değişkenliğin %74,612'sini açıklamaktadır. Birinci faktör toplam değişkenliğin %27,727'sini, ikinci faktör toplam değişkenliğin %19,657'sini, üçüncü faktör toplam değişkenliğin %15,244'ünü ve dördüncü faktör toplam değişkenliğin %11,983'ünü açıklamaktadır.

Bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,928 şeklinde bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca alt boyut güvenirliklerinin 0,783-0,935 aralığında ve oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.7.'de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/Df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2,808
GFI	0,90≤GFI	0,80≤GFI	0,925
AGFI	0,90≤AGFI	0,80≤AGFI	0,893
CFI	0,95≤CFI	0,85≤CFI	0,960
RMSEA	0,0≤RMSEA≤0,05	0,06≤RMSEA≤1,0	0,068
NFI	0,95≤NFI	0,80≤NFI	0,940
TLI	0,90≤TLI	0,80≤TLI	0,950
IFI	0,95≤IFI	0,85≤IFI	0,960

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucunun p=0,000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 15 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında GFI 0,925; CFI 0,960; NFI 0,940; TLI 0,950; IFI 0,960 ve χ2 (Cmin/df) 2,808 ile mükemmel uyum; RMSEA 0,068 ve AGFI 0,893 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir (p=0,000).

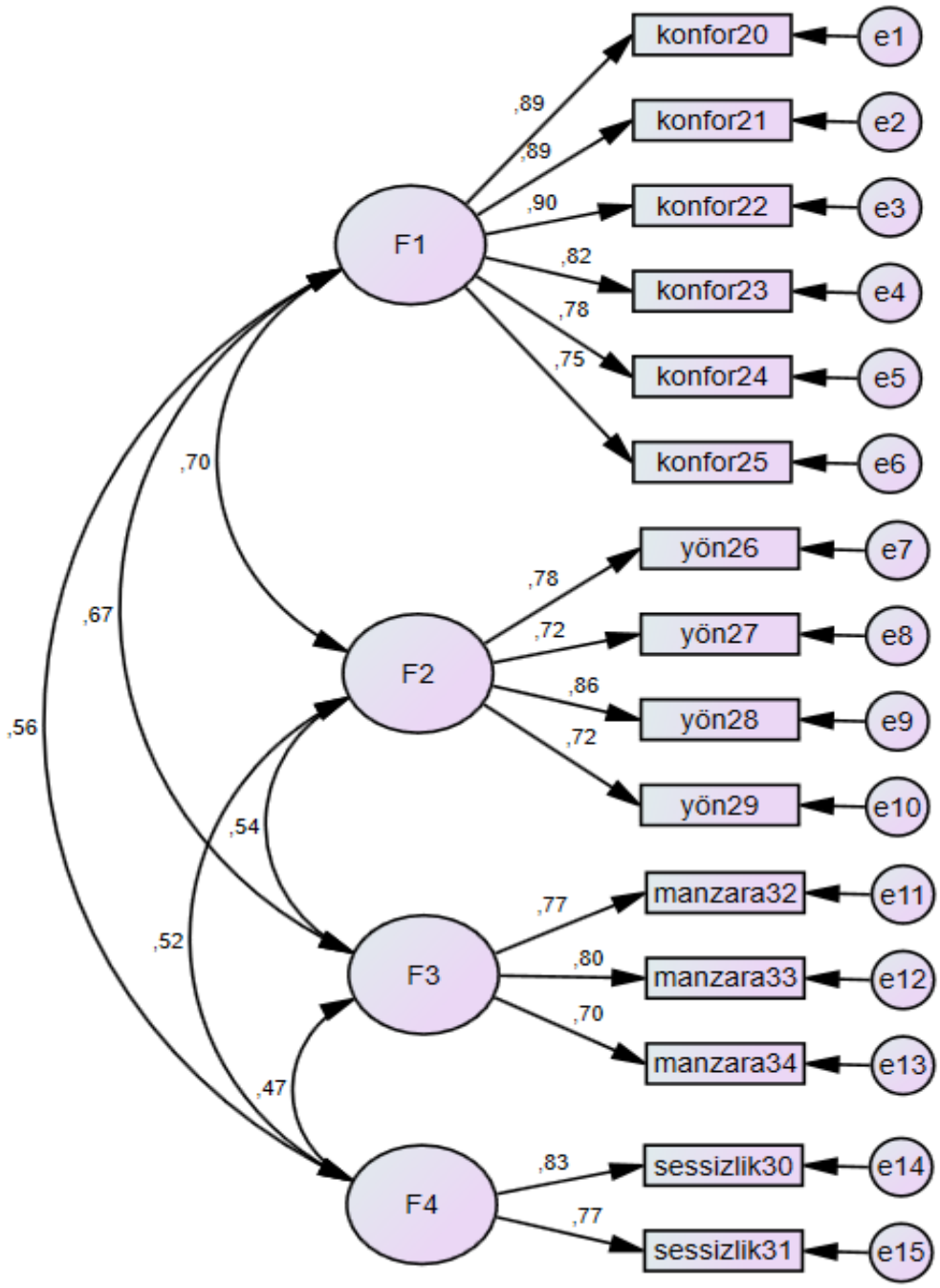
Tablo 4.8.'de bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği maddelerine ilişkin istatistik değerler görülmektedir.

Tablo 4.9. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri

	S.E.	C.R. (t istatistik)	P	Standardize edilmemiş faktör yükü	Standardize edilmiş faktör yükü
Bekleme alanında mobilyalar kötü durumdadır				1,000	0,891
Bekleme alanında mobilyalar iyi durumdadır	0,039	26,157	***	1,008	0,888
Bekleme alanında mobilya kalitesi iyidir	0,035	27,272	***	0,949	0,905
Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar kötü durumdadır	0,040	22,198	***	0,882	0,822
Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar güzel renklere sahiptir.	0,041	20,365	***	0,826	0,785
Bekleme alanında koltuklar rahatsızdır	0,042	18,796	***	0,787	0,749
Bu hastanenin girişini tanımak kolaydır				1,000	0,782
Bu hastanede yolunuzu bulmanıza yardımcı olacak birkaç işaret direği vardır.	0,059	14,437	***	0,853	0,719
Bu hastanede tabelalar aradığınızı bulmanızı sağlar	0,060	17,474	***	1,043	0,862
Bu hastanede bilgi noktalarını kolayca bulabilirsiniz.	0,064	14,511	***	0,922	0,722
Bu bekleme alanı yeterince güneş ışığı almamaktadır				1,000	0,772
Bu bekleme alanında daha fazla pencereye ihtiyaç duyulmaktadır	0,073	14,235	***	1,034	0,800
Bekleme alanında pencerelerden manzara pek ilgi çekici değildir	0,068	12,873	***	0,877	0,700
Bu hastanede dışarıdan çok az ses duyulur.				1,000	0,834
Bu hastanede genellikle dışarıdan bir ses duyulur.	0,086	10,937	***	0,941	0,772

Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde, bütün maddelerin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Faktör yük değerleri için gerekli kabul gören sınır 0,30 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde 0,30 altında bir madde olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 4.2.'de bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeğine ilişkin çok faktörlü yapı görülmektedir.



Şekil 4.2. Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı

Sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir

Tablo 4.10. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Faktörler	Toplam Madde Korelasyonu
Bu hastanede insanlar personelden hoş bir karşılama alırlar.	0,741	0,669
Bu hastanede doktorlar genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değiller.	0,803	0,734
Bu hastanede hemşireler genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.	0,829	0,764
Bu hastanede operasyon asistanları genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.	0,836	0,775
Bu hastane kötü organize edilmiştir	0,809	0,748
Bu hastanede kişilerin özgürlüğünü sınırlayan çok katı kurallar vardır.	0,793	0,723
Bu hastanede izlenildiğini hissedersin	0,724	0,644
Bu hastane genellikle çok kalabalıktır	0,591	0,513
Bu hastanede insanlar çok dedikodu yapar	0,767	0,698
Güvenirlik	0,912	
Açıklanan Varyans (%)	59,176	
Özdeğer	5,326	
KMO =0,910; $\chi 2(36)$ =3846,905; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000		

Yapılan analiz sonucunda KMO değerinin 0,910 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için "mükemmel derecede yeterli" olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür ($\chi 2(36) = 3846,905$ $p<0,01$). Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu teyit edildikten sonra ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, tüm maddeler için faktör deseni incelendiğinde, ölçeğin tek boyutlu yapıya uygun olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında dağılan madde olmadığı tespit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre geliştirilen ölçek toplam değişkenliğin %59,176'sını açıklamaktadır.

Sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,912 şeklinde bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Tablo 4.10.'da sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeğine uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen uyum indeksleri görülmektedir.

Tablo 4.11. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

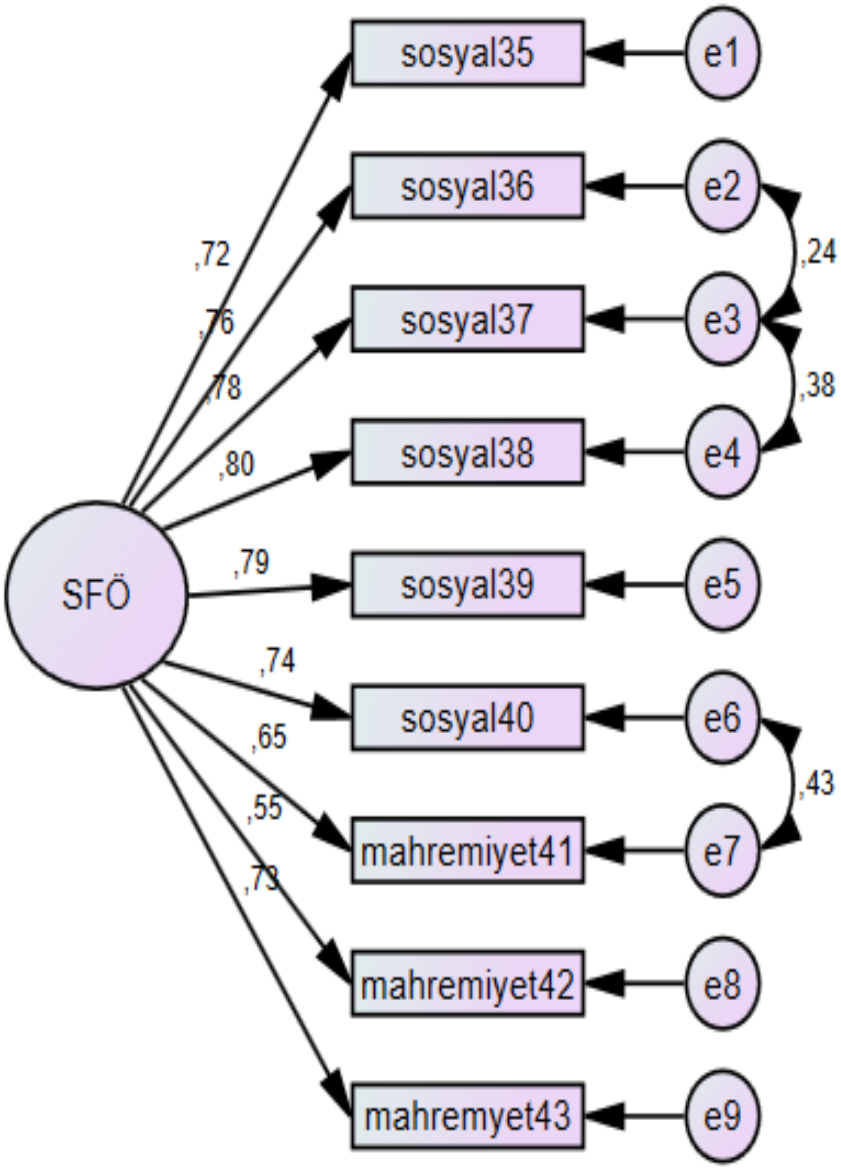
Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/Df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	4,445
GFI	0,90≤GFI	0,80≤GFI	0,946
AGFI	0,90≤AGFI	0,80≤AGFI	0,899
CFI	0,95≤CFI	0,85≤CFI	0,960
RMSEA	0,0≤RMSEA≤0,05	0,06≤RMSEA≤1,0	0,094
NFI	0,95≤NFI	0,80≤NFI	0,950
TLI	0,90≤TLI	0,80≤TLI	0,941
IFI	0,95≤IFI	0,85≤IFI	0,961

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu p=0,000 düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 9 madde ve tek faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmaktadır. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında GFI 0,946; CFI 0,960; NFI 0,950; TLI 0,941; IFI 0,961 ile mükemmel uyum; RMSEA 0,094 ve AGFI 0,899 ve $\chi 2$ (Cmin/df) 4,445 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir (p=0,000).

Tablo 4.12. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeği Maddelerine İlişkin İstatistik Değerleri

	S.E.	C.R. (t istatistik)	p	Standardize edilmemiş faktör yükü	Standardize edilmiş faktör yükü
Bu hastanede insanlar personelden hoş bir karşılama alırlar.				1,000	0,715
Bu hastanede doktorlar genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değiller.	0,073	14,316	***	1,046	0,765
Bu hastanede hemşireler genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.	0,075	14,475	***	1,080	0,778
Bu hastanede operasyon asistanları genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.	0,071	14,960	***	1,066	0,800
Bu hastane kötü organize edilmiştir	0,074	14,749	***	1,098	0,787
Bu hastanede kişilerin özgürlüğünü sınırlayan çok katı kurallar vardır.	0,071	13,953	***	0,988	0,744
Bu hastanede izlenildiğini hissedersin	0,071	12,169	***	0,860	0,650
Bu hastane genellikle çok kalabalıktır	0,069	10,360	***	0,716	0,551
Bu hastanede insanlar çok dedikodu yapar	0,068	13,775	***	0,940	0,734

Tablo 4.11.'de görüldüğü üzere maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde, bütün maddelerin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Faktör yük değerleri için gerekli kabul gören sınır 0,30 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde 0,30 altında bir madde olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.
Şekil 4.3.'de de sosyal-fonksiyonel özellikler ölçeğine ilişkin çok faktörlü yapı yer almaktadır.



Şekil 4.3. Sosyal-Fonksiyonel Özellikler Ölçeğine İlişkin Çok Faktörlü Yapı

4.2. NORMALLİK ANALİZİ

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin normal dağılım analizi sonuçları basıklık ve çarpıklık değerleri çerçevesinde Tablo 4.12'de görülmektedir

Tablo 4.13. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Hastane Dış Mekânı Ölçeği	-0,213	-0,181	Normal
Bakım	-0,512	-0,586	Normal
Yönlendirme	-0,254	-0,912	Normal
Yeşil Alan	0,250	-0,760	Normal
Bina Estetiği	-0,244	-0,812	Normal
Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	-0,256	0,287	Normal
Mekânsal Fiziksel Konfor	-0,180	-0,693	Normal
Yönlendirme	-0,692	0,601	Normal
Sessizlik	-0,349	-0,573	Normal
Manzara ve Aydınlatma	0,278	-0,415	Normal
Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği	-0,387	-0,003	Normal
Bekleme süresi algısı ölçeği	3,313	13,469	Normal Değil

Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±1,5 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Bekleme süresi değişkeninin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.13.'de araştırmada kullanılan ölçeklere ve boyutlara ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerini içeren tanımlayıcı istatistik sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçek ve Boyutları	Min	Maks	Ortalama	Std. Sapma
Hastane Dış Mekânı Ölçeği	1,00	5,00	3,01	0,87
Bakım	1,00	5,00	3,20	1,07
Yönlendirme	1,00	5,00	3,07	1,13
Yeşil Alan	1,00	5,00	2,67	1,08
Bina Estetiği	1,00	5,00	3,09	1,05
Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	1,00	5,00	3,06	0,77
Mekânsal Fiziksel Konfor	1,00	5,00	3,02	1,03
Yön Bulma	1,00	5,00	3,41	0,88
Sessizlik	1,00	5,00	3,24	1,07
Manzara ve Aydınlatma	1,00	5,00	2,56	0,94
Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği	1,00	5,00	3,11	0,90

4.3. KARŞILAŞTIRMA TESTLERİ

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hastane dış mekânı ölçeği ve alt boyut puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Analizlere ilişkin sonuçlar Tablo 4.14.'de yer almaktadır. Bunun sonucunda, katılımcıların cinsiyetlerine göre hastane dış mekânı ölçeği puanları ve bina estetiği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği puanları ve bina estetiği alt boyut puanlarının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.15. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Bekleme Algısı Ölçeğine Göre Hastane Dış Mekânı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Hastane Dış Mekânı Ölçeği	Bakım	Yönlendirme	Yeşil Alan	Bina Estetiği
		$\overline{X}$± SS	$\overline{X}$± SS	$\overline{X}$± SS	$\overline{X}$± SS	$\overline{X}$± SS
Cinsiyet	Kadın	2,95±0,84	3,14±1,04	3,03±1,12	2,61±1,05	3,00±1,04
	Erkek	3,15±0,94	3,34±1,14	3,16±1,15	2,8±1,14	3,29±1,06
	t testi	**-2,160**	-1,752	-1,060	-1,667	**-2,559**
	p	**0,031***	0,080	0,290	0,096	**0,011***
Yaş	18-30 yaş[1]	3,06±0,73	3,26±0,92	3,14±1,02	2,72±0,98	3,10±0,96
	31-50 yaş[2]	3,21±0,94	3,51±1,11	3,29±1,14	2,65±1,18	3,38±1,03
	51 yaş ve üstü[3]	2,27±1,25	2,20±1,42	2,12±1,38	2,31±1,43	2,46±1,38
	F testi	17,286	22,454	16,817	2,505	10,340
	p	**,000**	**,000**	**,000**	,083	**,000**
	Bonferroni	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**-**	**3>1,2**
Eğitim Durumu	İlkokul[1]	2,78±1,26	2,65±1,51	2,67±1,5	2,91±1,24	2,88±1,4
	Ortaokul[2]	2,4±1,34	2,48±1,63	2,48±1,49	2,1±1,33	2,52±1,39
	Lise[3]	3,13±1,13	3,22±1,31	3,3±1,29	2,78±1,29	3,22±1,13
	Üniversite[4]	3,08±0,71	3,28±0,9	3,15±1,00	2,72±0,99	3,15±0,95
	Yüksek lisans/doktora[5]	2,98±0,9	3,32±1,08	3,00±1,17	2,55±1,11	3,06±1,1
	F testi	**3,441**	**4,341**	**2,832**	2,132	2,086
	p	**0,000***	**0,002***	**0,024***	0,076	0,082
	Bonferroni	**3,4>2**	**4,5>2**	**4>2**	**-**	**-**
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	3,03±0,88	3,27±1,08	3,11±1,16	2,58±1,11	3,14±1,02
	Çalışmıyorum	3,00±0,88	3,15±1,07	3,03±1,11	2,76±1,05	3,06±1,09
	t testi	0,298	1,159	0,694	-1,648	0,750
	p	0,766	0,247	0,488	0,100	0,454

Tablo 4.14 (devam)

Değişkenler		Hastane Dış Mekânı Ölçeği	Bakım	Yönlendirme	Yeşil Alan	Bina Estetiği
		$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS
Gelir Düzeyi	0-4250 TL [1]	2,98±0,81	3,11±1,03	2,98±1,09	2,83±1,04	2,99±1,03
	4251 -8500 TL [2]	3,08±0,81	3,29±0,98	3,18±1,07	2,6±0,98	3,24±1,01
	8501 -12750 TL [3]	2,82±0,89	3,08±1,14	2,88±1,19	2,39±1,09	2,93±1,02
	12751 -17000 TL [4]	3,01±1,09	3,29±1,24	3,11±1,25	2,55±1,17	3,09±1,2
	17001 TL ve üzeri [5]	3,59±1,09	3,78±1,25	3,83±1,1	3,07±1,43	3,68±1,16
	F testi	**3,723**	**2,444**	**3,688**	**3,236**	**3,167**
	p	**0,005***	**0,046***	**0,006***	**0,012***	**0,014***
	Bonferroni	**5>1,3**	**5>1,3**	**5>1,3**	**1>3**	**5>1,3**
Medeni Durum	Evli	2,87±1,08	3,06±1,31	2,94±1,30	2,45±1,23	3,05±1,18
	Bekar	3,08±0,76	3,28±0,95	3,14±1,04	2,78±0,99	3,12±0,99
	t testi	-1,916	-1,726	-1,518	**-2,602**	-0,572
	p	0,057	0,086	0,131	**0,010***	0,568
Bekleme Süresi	Kısa süre[1]	3,07±0,87	3,29±1,04	3,13±1,13	2,74±1,08	3,14±1,04
	Orta süre[2]	2,57±0,77	2,62±1,11	2,71±1,01	2,21±0,86	2,75±1,05
	Uzun süre[3]	2,61±0,83	2,77±1,28	2,61±1,15	2,22±1,14	2,86±1,05
	F testi	**7,583**	**8,451**	**3,630**	**5,730**	2,901
	p	**,001**	**,000**	**,027**	**,004**	,056
	Bonferroni	**1>2,3**	**1>2,3**	**1>2,3**	**1>2,3**	-
Bekleme Süresi Değerlendirmesi	Çok kısa[1]	3,90±0,59	4,12±0,73	3,74±1,01	3,74±0,80	4,01±0,69
	Kısa[2]	3,73±0,58	3,88±0,57	3,92±0,72	3,32±1,06	3,79±0,71
	Kabul edilebilir[3]	3,24±0,72	3,50±0,83	3,31±0,98	2,86±1,03	3,29±0,94
	Uzun[4]	2,83±0,66	3,06±1	2,84±1	2,49±0,89	2,92±0,92
	Çok uzun[5]	2,24±0,86	2,30±1,14	2,34±1,16	1,95±0,91	2,35±1,08
	F testi	**48,306**	**35,044**	**23,259**	**25,975**	**26,821**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
	Bonferroni	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**
Bekleme Süresi Tahmini	Tahmin ettiğimden daha kısa bekledim[1]	3,84±0,68	4,08±0,68	3,91±0,87	3,45±1,06	3,92±0,79
	Tahmin ettiğim kadar bekledim[2]	3,20±0,70	3,44±0,84	3,32±0,95	2,80±0,98	3,24±0,91
	Tahmin ettiğimden daha uzun bekledim[3]	2,53±0,81	2,66±1,12	2,53±1,11	2,27±1	2,65±1,05
	F testi	**74,310**	**55,769**	**48,229**	**31,518**	**40,330**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
	Bonferroni	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**

*p<0,05

Katılımcıların yaşlarına göre hastane dış mekânı ölçeği, bakım, yönlendirme, bina estetiği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna

ulaşılmıştır ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda 51 yaş ve üstü katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği, bakım, yönlendirme, bina estetiği alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastane dış mekânı ölçeği puanları, bakım alt boyut puanları ve yönlendirme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucu elde edilmiştir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; eğitimi ortaokul olan katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği puanlarının eğitimi lise ve üniversite olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitimi ortaokul olan katılımcıların bakım alt boyut puanlarının eğitimi üniversite ve yüksek lisans/doktora olan katılımcılara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitimi ortaokul olan katılımcıların yönlendirme alt boyut puanlarının eğitimi üniversite olan katılımcılara göre daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre hastane dış mekânı ölçeği puanları, bakım, yönlendirme, yeşil alan ve bina estetiği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; geliri 17001 TL ve üstü olan katılımcıların dış mekânı ölçeği puanları, bakım, yönlendirme ve bina estetiği alt boyut puanlarının geliri 0-4250 TL ve 8501-12750 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Geliri 0-4250 TL olan katılımcıların yeşil alan alt boyut puanlarının geliri 8501-12750 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yeşil alan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bekar katılımcıların yeşil alan alt boyut puanlarının evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların bekleme sürelerine göre hastane dış mekânı ölçeği puanları, bakım ve yeşil alan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; kısa süre olarak gruplandırılan ve bekleme süresi 0-60 dakika olan katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği puanlarının ve bakım ve yeşil alan alt boyutları ile diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi değerlendirmesine göre hastane dış mekânı ölçeği puanları, bakım, yönlendirme, yeşil alan ve bina estetiği alt boyut puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; uzun ve çok uzun değerlendirmesi yapan katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği puanlarının, kabul edilebilir, kısa ve çok kısa değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi tahmini ile hastane dış mekânı ölçeği puanları, bakım, yönlendirme, yeşil alan ve bina estetiği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; tahmin ettiğinden daha kısa beklediği değerlendirmesi yapan katılımcıların hastane dış mekânı ölçeği puanlarının, tahmin ettiği kadar beklediği ve tahmin ettiğinden daha uzun beklediği değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği ve alt boyut puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo 4.15'de verilen analizlere göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları ve manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Erkek katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları, manzara ve aydınlatma alt boyut puanlarının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır

Tablo 4.16. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Değişkenler	**Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği**	**Mekânsal Fiziksel Konfor**	**Yön Bulma**	**Sessizlik**	**Manzara ve Aydınlatma**
		$\bar{X}$± SS	**$\bar{X}$± SS**	**$\bar{X}$± SS**	**$\bar{X}$± SS**	**$\bar{X}$± SS**
Cinsiyet	**Kadın**	3,00±0,75	2,96±1,02	3,37±0,86	3,19±1,05	2,49±0,93
	Erkek	3,19±0,83	3,17±1,05	3,5±0,94	3,36±1,12	2,73±0,97
	t testi	**-2,288**	-1,946	-1,413	-1,515	**-2,347**
	p	**0,023***	0,052	0,158	0,151	**0,019***
Yaş	18-30 yaş[1]	3,10±0,64	3,07±0,92	3,47±0,72	3,29±1,02	2,58±0,85
	31-50 yaş[2]	3,21±0,84	3,19±1,12	3,51±0,98	3,44±0,99	2,70±1
	51 yaş ve üstü[3]	2,47±1,17	2,39±1,32	2,77±1,38	2,51±1,26	2,23±1,31
	F testi	**13,554**	**8,831**	**11,742**	**11,188**	**3,289**
	p	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,038**
	Bonferroni	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**

Tablo 4.15. (devam)

Değişkenler		Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	Mekânsal Fiziksel Konfor	Yön Bulma	Sessizlik	Manzara ve Aydınlatma
		$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS
Eğitim Durumu	İlkokul[1]	2,89±0,97	2,86±1,23	3,26±1,18	3,02±1,15	2,42±1,2
	Ortaokul[2]	2,53±1,32	2,44±1,38	2,96±1,52	2,55±1,46	2,17±1,33
	Lise[3]	3,12±0,97	3,06±1,13	3,4±1,19	3,29±1,29	2,72±1,03
	Üniversite[4]	3,15±0,63	3,11±0,9	3,47±0,74	3,36±0,97	2,65±0,88
	Yüksek lisans/doktora[5]	2,96±0,82	2,95±1,17	3,39±0,82	3,11±1,07	2,4±0,89
	F testi	**3,808**	2,324	1,756	**3,415**	2,340
	p	**0,005***	0,056	0,137	**0,009***	0,055
	Bonferroni	**4>2**	-	-	**4>2**	-
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	3,09±0,81	3,04±1,08	3,46±0,88	3,23±1,08	2,64±0,96
	Çalışmıyorum	3,04±0,75	3,02±0,98	3,37±0,9	3,26±1,07	2,5±0,94
	t testi	0,715	0,216	1,042	-0,212	1,380
	p	0,475	0,829	0,298	0,832	0,168
Gelir Düzeyi	0-4250 TL[1]	3,04±0,65	3,00±0,96	3,36±0,79	3,31±1,03	2,5±0,9
	4251 -8500 TL [2]	3,14±0,70	3,13±0,95	3,51±0,86	3,27±1,02	2,64±0,85
	8501 -12750 TL [3]	2,82±0,85	2,81±1,1	3,19±0,91	2,96±1,1	2,34±0,92
	12751 -17000 TL[4]	3,06±0,97	2,97±1,16	3,44±1,08	3,1±1,16	2,73±1,14
	17001 TL ve üzeri [5]	3,7±1,04	3,61±1,29	4,04±1,04	3,87±1,13	3,28±1,19
	F testi	**6,251**	**3,091**	**4,763**	**3,675**	**5,142**
	p	**0,000***	**0,016***	**0,000***	**0,006***	**0,000***
	Bonferroni	**5>1,3,4**	**5>3**	**5>1,3**	**5>3**	**5>1,3**
Medeni Durum	Evli	2,93±0,99	2,87±1,23	3,29±1,11	3,12±1,2	2,46±1,08
	Bekar	3,12±0,65	3,1±0,92	3,47±0,76	3,3±1,00	2,62±0,88
	t testi	-1,960	-1,908	-1,642	-1,450	-1,494
	p	0,052	0,058	0,102	0,149	0,137
Bekleme Süresi	Kısa süre[1]	3,11±0,77	3,06±1,02	3,47±0,87	3,28±1,06	2,62±0,94
	Orta süre[2]	2,68±0,71	2,78±1,05	3,05±0,81	2,75±1,05	2,14±0,78
	Uzun süre[3]	2,92±0,70	2,84±1,17	2,79±1,16	3,70±0,75	2,36±1,06
	F testi	**6,073**	**1,595**	**7,362**	**6,025**	**5,336**
	p	**,003**	,204	**,001**	**,003**	**0,005**
	Bonferroni	**1>2,3**	-	**1>2,3**	**1>2,3**	**1>2,3**
Bekleme Süresi Değerlendirmesi	Çok kısa[1]	3,76±0,77	3,89±0,83	4,09±0,79	3,68±1,07	3,40±1,07
	Kısa[2]	3,67±0,60	3,67±0,77	4,05±0,58	3,79±0,94	3,18±0,88
	Kabul edilebilir[3]	3,28±0,58	3,30±0,86	3,58±0,71	3,44±0,94	2,79±0,84
	Uzun[4]	2,89±0,58	2,83±0,89	3,35±0,65	3,08±1,02	2,30±0,72
	Çok uzun[5]	2,40±0,79	2,23±1,03	2,68±1,03	2,72±1,15	1,96±0,88
	F testi	**43,530**	**31,615**	**32,257**	**11,437**	**27,261**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
	Bonferroni	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**	**1,2,3>4,5**

Tablo 4.15. (devam)

Değişkenler		Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	Mekânsal Fiziksel Konfor	Yön Bulma	Sessizlik	Manzara ve Aydınlatma
		$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS	$\bar{X}$± SS
Bekleme Süresi Tahmini	Tahmin ettiğimden daha kısa bekledim[1]	3,72±0,75	3,84±0,83	4,09±0,73	3,56±1,06	3,40±0,96
	Tahmin ettiğim kadar bekledim[2]	3,25±0,58	3,23±0,89	3,61±0,67	3,46±0,94	2,70±0,80
	Tahmin ettiğimden daha uzun bekledim[3]	2,64±0,72	2,54±0,98	2,97±0,90	2,91±1,11	2,14±0,84
	F testi	**66,662**	**49,148**	**53,109**	**14,732**	**51,077**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
	Bonferroni	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**	1>**2,3**

*p<0,05

Katılımcıların yaşlarına göre ölçeği bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği ve mekânsal- fiziksel konfor, yön bulma, sessizlik ile manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; 51 yaş ve üstü olan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucu çıkmaktadır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları ve sessizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; eğitimi üniversite olan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları ve sessizlik alt boyut puanlarının eğitimi ortaokul olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre hastane bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları, mekânsal- fiziksel konfor, yön bulma, sessizlik ve manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; geliri 17001 TL ve üstü olan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanlarının geliri 0-4250 TL, 8501-12750 TL ve 12751-17000 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Geliri 17001 TL ve üstü olan katılımcıların mekânsal- fiziksel konfor ve sessizlik alt boyut puanlarının geliri 8501-12750 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Geliri 17001TL ve üstü olan katılımcıların yön bulma ile manzara ve aydınlatma alt boyut puanlarının geliri 0-4250 TL ve 8501-12750 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Katılımcıların bekleme sürelerine göre hastane bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları, yön bulma, sessizlik ve manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; kısa süre olarak gruplandırılan ve bekleme süresi 0-60 dakika olan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanlarının yön bulma, sessizlik, manzara ve aydınlatma alt boyutları ile diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi değerlendirmesi ile hastane bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları, mekânsal -fiziksel konfor, yön bulma, sessizlik ve manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; uzun ve çok uzun değerlendirmesi yapan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanlarının, kabul edilebilir, kısa ve çok kısa değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi tahmini ile hastane bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları, mekânsal- fiziksel konfor, yön bulma, sessizlik ve manzara ve aydınlatma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; tahmin ettiğinden daha kısa beklediği değerlendirmesi yapan katılımcıların bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanlarının, tahmin ettiği kadar beklediği ve tahmin ettiğinden daha uzun beklediği değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tablo 4.16.'da yer alan sonuçlara göre katılımcıların yaşlarına göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; 51 yaş ve üstü olan

katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; eğitimi üniversite olan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının eğitimi ortaokul olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği**
		$\overline{X}$± SS
Cinsiyet	Kadın	3,07±0,88
	Erkek	3,19±0,95
	t testi	-1,216
	p	0,225
Yaş	18-30 yaş[1]	3,14±0,71
	31-50 yaş[2]	3,35±1,01
	51 yaş ve üstü[3]	2,35±1,40
	F testi	**18,247**
	p	**0,000***
	Bonferroni	**3>1,2**
Eğitim Durumu	İlkokul[1]	2,75±1,42
	Ortaokul[2]	2,54±1,49
	Lise[3]	3,06±1,03
	Üniversite[4]	3,18±0,74
	Yüksek lisans/doktora[5]	3,16±0,88
	F testi	**3,394**
	p	**0,010***
	Bonferroni	**4>2**
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	3,21±0,89
	Çalışmıyorum	3,01±0,9
	t testi	**2,234**
	p	**0,026***
Gelir Düzeyi	0-4250 TL [1]	3,03±0,82
	4251 TL -8500 TL [2]	3,17±0,87
	8501 TL -12750 TL [3]	2,96±0,87
	12751 TL -17000 TL [4]	3,23±1,1
	17001 TL ve üzeri[5]	3,71±1,17
	F testi	**3,807**
	p	**0,005***
	Bonferroni	**5>1,3**

Tablo 4.16. (devam)

Değişkenler		Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği
		$\bar{X}$± SS
Medeni Durum	Evli	3,00±1,17
	Bekar	3,16±0,74
	t testi	-1,422
	p	0,157
Bekleme Süresi	Kısa süre[1]	3,17±0,90
	Orta süre[2]	2,69±0,77
	Uzun süre[3]	2,75±0,76
	F testi	**6,481**
	p	**0,002**
	Bonferroni	1>**2,3**
Bekleme Süresi Değerlendirmesi	Çok kısa[1]	3,82±0,89
	Kısa[2]	3,88±0,56
	Kabul edilebilir[3]	3,40±0,67
	Uzun [4]	2,94±0,72
	Çok uzun[5]	2,24±0,83
	F testi	**53,962**
	p	**0,000**
	Bonferroni	**1,2,3>4,5**
Bekleme Süresi Tahmini	Tahmin ettiğimden daha kısa bekledim[1]	3,92±0,77
	Tahmin ettiğim kadar bekledim[2]	3,36±0,68
	Tahmin ettiğimden daha uzun bekledim[3]	2,57±0,82
	F testi	**85,534**
	p	**0,000**
	Bonferroni	1>**2,3**

*p<0,05

Katılımcıların çalışma durumlarına göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Çalışan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; geliri 17001TL ve üstü olan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının geliri 0-4250 TL ve 8501-12750 TL olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme sürelerine göre sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; kısa süre olarak gruplandırılan ve bekleme

süresi 0-60 dakika olan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi değerlendirmesi ile sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; uzun ve çok uzun değerlendirmesi yapan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının, kabul edilebilir, kısa ve çok kısa değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların bekleme süresi tahmini ile sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; tahmin ettiğinden daha kısa beklediği değerlendirmesi yapan katılımcıların sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanlarının, tahmin ettiği kadar beklediği ve tahmin ettiğinden daha uzun beklediği değerlendirmesi yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.4. KORELASYON ANALİZİ

Ölçek ve boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Ölçekler ve boyutlarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.17.'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Ölçekler ve Boyutlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Boyutları		Hastane Dış Mekânı Ölçeği	Bakım	Yönlendirme	Yeşil Alan	Bina Estetiği	Bakım Ünitesi ve atan/ Ayakta Hasta	Mekânsal Fiziksel Konfor	Yön Bulma	Sessizlik	Manzara ve Aydınlatma	Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği
Hastane Dış Mekânı Ölçeği	r	-	0,866**	0,821**	0,736**	0,814**	0,839**	0,744**	0,735**	0,546**	0,639**	0,736**
	P	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bakım	r		-	0,674**	0,484**	0,648**	0,734**	0,695**	0,629**	0,513**	0,485**	0,676**
	P		-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Yönlendirme	r			-	0,432**	0,531**	0,677**	0,587**	0,718**	0,411**	0,448**	0,610**
	P			-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 4.17. (devam)

Ölçek ve Boyutları		Hastane Dış Mekânı Ölçeği	Bakım	Yönlendirme	Yeşil Alan	Bina Estetiği	Bakım Ünitesi ve Yatan/ Ayakta Hasta Ölçeği	Mekânsal Fiziksel Konfor	Yön Bulma	Sessizlik	Manzara ve Aydınlatma	Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği
Yeşil Alan	r				-	0,470**	0,563**	0,421**	0,468**	0,340**	0,568**	0,484**
	P				-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bina Estetiği	r					-	0,743**	0,710**	0,558**	0,507**	0,573**	0,611**
	P					-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	r						-	0,865**	0,784**	0,747**	0,765**	0,758**
	P						-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mekânsal Fiziksel Konfor	r							-	0,639**	0,493**	0,599**	0,699**
	P							-	0,000	0,000	0,000	0,000
Yön Bulma	r								-	0,430**	0,457**	0,634**
	P								-	0,000	0,000	0,000
Sessizlik	r									-	0,383**	0,442**
	P									-	0,000	0,000
Manzara ve Aydınlatma	r										-	0,637**
	P											0,000
Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği	r											-
	P											-

Hastane dış mekânı ölçeği puanları ile bakım alt boyut puanları (r:0,866; p<0,05), yönlendirme alt boyut puanları (r:0,821; p<0,05), yeşil alan alt boyut puanları (r:0,736; p<0,05), bina estetiği alt boyut puanları (r:0,814; p<0,05), bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,839; p<0,05), mekânsal fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,744; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,735; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,546; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,639; p<0,05), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:0,736; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım alt boyut puanları ile bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,734; p<0,05), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,695; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,629; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,513; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,485; p<0,05), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:0,676; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Yönlendirme alt boyut puanları ile bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,677; p<0,05), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,587; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,718; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,411; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,448; p<0,05), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:0,610; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Yeşil alan alt boyut puanları ile bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,563; p<0,05), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,421; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,468; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,340; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,568; p<0,05), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:0,484; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Bina estetiği alt boyut puanları ile bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,743; p<0,05), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,710; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,558; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,507; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,573; p<0,05), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:0,611; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları ile bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:0,758; p<0,05), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:0,699; p<0,05), yön bulma alt boyut puanları (r:0,634; p<0,05), sessizlik alt boyut puanları (r:0,442; p<0,05), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:0,637; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Ölçekler ve boyutlarının bekleme süresi ile arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucu Tablo 4.18.'de verilmiştir.

Tablo 4.19. Bekleme Süreleri ile Ölçek Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi

Ölçek ve Boyutları		Bekleme Süresi
Hastane Dış Mekânı Ölçeği	r	-0,258**
	P	0,000
Bakım	r	-0,247**
	P	0,000
Yönlendirme	r	-0,206**
	P	0,000
Yeşil Alan	r	-0,218**
	P	0,000
Bina Estetiği	r	-0,164**
	P	0,001
Bakım Ünitesi ve Yatan/Ayakta Hasta Ölçeği	r	-0,208**
	P	0,000
Mekânsal Fiziksel Konfor	r	-0,154**
	P	0,002
Yönlendirme	r	-0,262**
	P	0,000
Sessizlik	r	-0,084
	P	0,097
Manzara ve Aydınlatma	r	-0,177**
	P	0,000
Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeği	r	-0,226**
	P	0,000

**p<0,05

Bekleme süresi ile hastane dış mekânı ölçeği puanları (r:-0,258; p<0,01), bakım alt boyut puanları (r:-0,247; p<0,01), yönlendirme alt boyut puanları (r:-0,206; p<0,01), yeşil alan alt boyut puanları (r:-0,218; p<0,01), bina estetiği alt boyut puanları (r:-0,164; p<0,01), bakım ünitesi ve yatan/ayakta hasta ölçeği puanları (r:-0,208; p<0,01), mekânsal- fiziksel konfor alt boyut puanları (r:-0,154; p<0,01), yön bulma alt boyut puanları (r:-0,262; p<0,01), manzara ve aydınlatma alt boyut puanları (r:-0,177; p<0,01), sosyal fonksiyonel özellikler ölçeği puanları (r:-0,226; p<0,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Hastaneler, hizmet alıcılarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için daha alıcı merkezli bir hizmet sunmaya doğru bakış açılarını değiştirmektedirler. Mimarlar, tasarımcılar ve planlamacılar aracılığıyla hastane ortamının kalitesini iyileştirmek ve yeni hastanelerin söz konusu fiziksel kanıtlar dikkate alınarak oluşturulmasını sağlamak; hem sağlık hizmeti sunan kurumların çıktılarında iyileşmeye yarayacak hem de hizmeti kullanan kişilerin algılarını olumlu yönde etkileyecektir. Sağlık bakım bileşeninden biri olan fiziksel çevre çoğu zaman soyut olan sağlık hizmetini somutlaştırarak zihinde kalıcı hale getirmekte ve alıcı değerlendirmeleri esnasında onlar üzerinde etkili olmaktadır.

Hastanelerin değerlendirilmesi sağlık hizmetinden faydalanan hastaların hizmeti değerlendirmesini de içeren komplike bir süreçtir. Fiziksel ortam, bekleme süresi, personel ve hekim gibi değişkenleri içeren memnuniyet faktörü hastanelerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Kıraç, 2019). Bekleme süresi her sektör ve her iş kolu için erteleyici ve memnuniyetsizlik verici bir faktördür. Bekleme süresi algısını yönlendiren birçok girişim bulunmaktadır. Bekleme süresi uzun olan hastaların muayene süresini uzatmak (Ma ve diğ., 2019) ve hasta iletişiminin kalitesini artırmak (Kılıç ve Topuz, 2015) beklenen zamanın kısa algılanmasına katkıda bulunmaktadır. Tekinalp ve Şahingöz (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada bekleme sürelerinin uzun olduğu kayda geçirilmiş ve bu uzunluğun hastaların sağlık hizmeti sunan başka kurumları tercih etmesini sağladığı kanıtlanmıştır. Başka bir anlatımla bekleme süresi arttıkça başka kurumları tercih etme eğilimi de artmaktadır.

Bekleme alanında geçirilen sürenin daha keyifli hale gelebilmesi için fiziksel ortamın bu doğrultuda oluşturulması ve dikkat dağıtıcı biçimde tasarlanması gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan ortamlar hasta ve hasta yakınları üzerinde fiziksel ve psikolojik olarak rahatlamaya yardımcı olmaktadır.

İnal (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hasta yakınlarının bekleme ortamını değerlendirmesi istenmiştir. Ortaya çıkan sonuçlarda hasta yakınlarının bekleme ortamını ısı, aydınlatma, konfor, danışma hizmetine ulaşım gibi alt faktörler ile değerlendirdiği ve bu konularda önerilerde bulunduğu görülmektedir.

Bu çalışmada bekleme süreleri 0 dakika ile 6 saat arasında değişkenlik göstermektedir. Bekleme süresinin aynı cinsten ifade edilmesi için saat olarak kaydedilen bekleme süreleri dakikaya çevrilmiştir ve sonucunda 0-360 dakika arası bir bekleme süresi elde edilmiştir. Belirli bir hastane ve hastaneye başvuru için zaman aralığı belirtilmeyen anket çalışmasında bekleme süresi ortalaması 49,09 olarak tespit edilmiştir. Medway'in (2016) çalışmasına göre hastaneye randevu saatinden geç gelen hastalar ortalama 18,2 dakika, randevu saatinde gelen hastalar ortalama 30,7 dakika ve erken gelen hastalar ise ortalama 38,8 dakika beklemişlerdir. Nguyen ve diğ. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada toplam bekleme süresi ortalaması 104,1 dakika olarak bulunmuştur. Bekleme süreleri ülkeler, şehirler, hastaneler ve hastanelerin türlerine, güne ve zamana göre değişiklik gösteren bir olgudur. Bu sebeple her araştırmacının sonuçları birbirinden farklılık gösterebilmektedir.

Çalışmada elde edilen bekleme süreleri ile bekleme süresini nasıl değerlendirdikleri incelendiğinde katılımcıların %36,3'ünün süreyi kabul edilebilir olarak belirttiği ve sırayla %26,1 ile uzun ve %21,3 ile çok uzun, %9,9 ile kısa ve %6,3 ile çok kısa olarak nitelendirdiği görülmektedir. Aynı zamanda bekleme süresinin değerlendirilmesi incelendiğinde katılımcıların %14,5'inin bekleme süresini tahmin edilenden daha kısa nitelendirdiği görülmüştür. Hastalar %42,4 oranında bekleme süresini tahmin ettiğinden daha uzun olarak nitelendirmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun, %86,3'ünün, 0-60 dakika arası beklediği göz önünde bulundurulduğunda bekleme süresinden memnuniyetin daha az olduğu görülmektedir. Medway ve diğ. (2016)'nin çalışmasına göre hastane ziyaretini değerlendiren katılımcıların %70,7'sinin hastanede karşılaşılan tüm bekleme sürelerinden çok memnun kaldığı görülmektedir. Bekleme süreleri ile karşılaştırıldığında Medway ve diğ. tarafından yapılan çalışmada bekleme süresi ortalamasının bu çalışmadakinden daha az olduğu ve beklemeye karşı memnuniyetin de yüksek olduğu görülmektedir.

Sosyodemografik değişkenler ile anket sorularına verilen cevapların karşılaştırmalı analizine bakıldığında gelir düzeyi ve yaş ile tüm sorulara verilen cevaplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Cinsiyet değişkeni incelendiğinde ise tüm cevaplar ile arasında anlamlı bir sonuç olmamakla birlikte bazı sorulara verilen cevaplar ile cinsiyet arasında bir farklılık olduğu görülmektedir. Erkeklerin ölçeklere verdikleri puanların kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Marshall ve Hays (1994) tarafından yürütülen bir çalışmada kadın hastaların memnuniyet oranı erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, kadın hastalar genel memnuniyette erkek hastalara göre daha olumlu

değerlendirme yapmaktadırlar ve cinsiyet ile memnuniyet arasında bir ilişki söz konusudur. Başka bir ifadeyle kadınlar erkeklere göre sunulan hizmetlerden daha memnun kalabilmektedirler. Pascoe (1984)'ye göre sağlık hizmetleri memnuniyet ile arasındaki ilişki en yüksek olan sosyo-demografik değişkenler katılımcıların yaşları ve cinsiyetleridir.

Camacho ve diğ. (2006) yaptıkları çalışmada hekimin hasta ile ilişkisinin bekleme süresini anlamlı bir şekilde etkilediği sonucunu ortaya koymuşlardır. Hekim ile geçirilen zamanın ve zamanın kalitesinin yükselmesi bekleme süresi algısını da aşağıya çekmektedir. Anket içerisinde Sosyal Fonksiyonel Özellikler ölçeği altında sorulan ve hekimin davranışının değerlendirilmesini isteyen sorulara verilen cevapların ortalamasının yüksek olduğu ve bekleme ile ilgili ölçekle arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Sosyal Fonksiyonel Özellikler Ölçeğinde yer alan ve bulunulan ortamın kalabalıklığı ile ilgili değerlendirme yapılmasını isteyen soruya verilen cevap incelendiğinde 5 üzerinden 2,23 ortalaması bulunmuştur. Bu soruya karşılık katılımcılar %52,5 oranında bekleme süresi ile ilgili olumlu (çok kısa, kısa ve kabul edilebilir) değerlendirmede bulunmuşlardır. Yapılan çalışmalar (Grewal ve diğ., 2003; McGuire ve diğ., 2009) ortamın kalabalık olduğunu düşünen kişilerin daha çok bekleyeceklerini düşünme eğiliminde olduklarını göstermiştir.

Bielen ve Demoulin (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmada algılanan bekleme süresi ile hizmet memnuniyeti arasında bekleme süresinden duyulan memnuniyetin önemli bir belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bekleme süresinden duyulan memnuniyeti, algılanan bekleme süresi, bekleme ortamı ve bilgilendirme durumunun etkilediği belirtilmiştir. Alarçin (2019b) tarafından yürütülen çalışmada bekleme süresinin hizmet almadan önce ve hizmet esnasında ayrımı ile değerlendirildiği görülmektedir. Hastaların hizmet almadan önce yaşadıkları bekleme süresinin hizmeti değerlendirmeye etkisi hizmet esnasındaki bekleme süresine göre daha olumsuz olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada beklemenin ne zaman gerçekleştiği spesifik olarak sorulmasa dahi hastane atmosferine verilen puanlar ile bekleme süresi arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir ifadeyle hastanenin hizmet sunumunun olumlu değerlendirilmesi algılanan bekleme süresi algısını aşağıya çeken bir etmendir.

Ajayi ve diğ. (2005)'nin yaptığı çalışmada hastaların hizmetlerden memnun olmadığı ve bu memnuniyetsizliğin en büyük sebebinin bekleme süresi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan başka çalışmalarda (Almomani ve AlSarheed, 2016; Eilers, 2004) bekleme süresinin

azaltılmasına yönelik geliştirilen bir yazılımın bekleme sürelerini düşürdüğü bu düşüşün de hizmet sunumunun olumlu değerlendirilmesine katkısı olduğu sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmaya ilişkin sonuç ve öneriler yer almaktadır.

6.1. SONUÇ

Sosyo-demografik özellikler ile PHEQIs ölçeğinin alt boyutları karşılaştırıldığında her grubun değerlendirmesinin birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Kadınların ve erkeklerin verdiği cevaplar incelendiğinde ölçeğin alt boyutlarına erkeklerin verdiği cevapların ortalamasının kadınların verdiği cevapların ortalamasından daha yüksek olduğu sonucu çıkmaktadır. Kadın katılımcıların detaylara daha çok dikkat etmeleri ve eleştirel yaklaşmalarından dolayı daha az beğendikleri ileri sürülebilir. Kadın hizmet alıcılarını memnun etmek için hastane atmosferine daha fazla dikkat edilmesi gerekliliği belirtilebilir.

Yaş faktörü incelendiğinde üç gruba ayrılan yaşların 31-50 aralığındaki katılımcıların ölçeğe ve alt boyutlarına verdikleri cevapların puanlarının 18-30 ve 51 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşı daha genç olanların ve daha yaşlı olanların değerlendirme kriterleri farklı olsa dahi orta yaş katılımcılarına göre hastane atmosferinden memnun kalmadıkları sonucuna varılabilmektedir. Hastane yapılarının genç kesime hitap etmiyor oluşu ve yaşlı bireylerin beklentilerinin ve ihtiyaçlarının farklı oluyor oluşu bu durumda etkili olabilmektedir.

Eğitim düzeyi ile ölçeğe verilen cevaplar değerlendirildiğinde eğitim düzeyi yükseldikçe ölçeğe verilen puanların ortalamasının arttığı görülmektedir. Bu artış ile birlikte üniversite mezunu olanların verdiği puanlar diğerlerine nazaran daha yüksektir. Eğitim hayatının kişisel gelişime ve düşünce yapısına katkısı düşünüldüğünde eğitim seviyesinin yükselmesiyle fiziksel ortama daha eleştirel yaklaşmayı ve beğenme düzeyini yönlendirebildiği sonucuna varılabilmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların eğitim seviyesi düşük olan katılımcılara göre hastane atmosferine daha çok dikkat eden hastaneleri tercih ediyor olmaları ve buna bağlı olarak değerlendirmelerini bu hastanelere göre yapıp daha olumlu sonuçlara ulaşılmış olması olasıdır.

Çalışma durumu incelendiğinde ise hastane atmosferini yapısal olarak inceleyen alt ölçekler ile çalışma durumu arasında bir ilişki bulunmamakla birlikte hastane atmosferinin sosyal fonksiyonel özellikler ölçütü başlığı altındaki sorular ile arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışan katılımcıların hastane atmosferlerini değerlendirirken çalışan kimliklerini bir kenara bırakmaları mümkün olsa dahi sosyal fonksiyonel özellikler ölçütünde empati kurmaları daha olasıdır. Hem çalışanların hem de çalışanların sağladığı ortamın değerlendirmesine katkı sağlayan bu alt ölçekte çalışıyorum seçeneğini işaretleyen katılımcıların çalışan rolüyle cevap vermiş olmaları mümkündür.

Gelir düzeyleri incelendiğinde en yüksek grup olan "17.001 TL ve üzeri" gelir düzeyini işaretleyen katılımcıların hastane atmosferi unsurlarına verdiği cevapların diğer gelir düzeylerini işaretleyen katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastane seçiminin gelir düzeyine göre yapılma ihtimali göz önüne alındığında tercihini özel hastanelerden yana kullanan katılımcıların hastane atmosferinden daha hoşnut olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Medeni durum değişkenine bakıldığında genel olarak bekar ve evliler arasında bir farklılık olmasa dahi alt boyut olan yeşil alana verilen puanlar arasında bir fark görülmektedir. Bekar katılımcıların yeşil alana verdiği cevapların ortalaması evli katılımcıların verdiği puana oranla daha fazladır.

Ölçek ve alt boyutlarının bekleme süresi ile ilişkisi incelendiğinde genel olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Kısa süre olarak gruplandırılan, 0-60 dakika arası hastanede bekleme deneyimini tanımlayan katılımcıların hastane atmosferi ölçeğine verdikleri cevapların ortalaması diğer gruplara kıyasla daha yüksek olarak bulunmuştur. Hastane atmosferi ve bekleme süresi birbirini etkileyen iki unsur olabileceğinden katılımcıların kısa bekleme süresinin olumlu etkisiyle hastane atmosferini oluşturan unsurları daha yüksek puanlarla değerlendirmeleri mümkündür. Buna ek olarak yönlendirme ve bina estetiği alt boyutları ile bekleme süresi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hastanenin içerisinde bekleyen insanların hastanenin dış estetiğinden etkilenmemiş olmaları ve aynı zamanda yönlendirmeye ihtiyaç duymayacak kadar aşina olmalarının bekleme süresi ile ilişkisini etkilemesi olasıdır.

Tablo 4.13.'ün incelenmesi sonucunda alt ölçütlerin değerlendirmesi hakkında birkaç yorumda bulunmak gerekmektedir. Sosyal fonksiyonel özellikler ölçütü altında bulunan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının değerlendirilmesi istendiğinden ve fiziksel ortam kötü

olsa dahi hizmet alınan bu kişilerin yaklaşımı olumlu olabilmektedir ve bu da hizmet sunucu temelinde hizmetin bütününü değerlendirmeyi olağan kılabilmektedir. Bu ölçütün puanları diğer birçok alt ölçütten daha yüksek puan ortalamasına sahip olabildiğinden bu yorumda bulunmak mümkündür. Aynı zamanda Türkiye'de bireylerin kalabalık ortamlardan rahatsız olmayıp; bunu kimi zaman bir sosyalleşme imkânı olarak değerlendirmeleri olasıdır. Bundan ötürü mahremiyet alt başlığı altında bulunan ve kalabalığın olumsuz değerlendirilmesi ile ilgili sorulara verilen cevapların ortalamasının düşüklüğü bu değerlendirmeyi desteklemektedir.

Aynı tablo incelendiğinde en düşük puana sahip alt ölçeklerin manzara ve aydınlatma ile yeşil alan olduğu görülmektedir. Ülkede bulunan hastanelerin çoğunluğunun yalnızca bina olarak tasarlanması ve hastalara sosyalleşebilecekleri, bekleyecekleri yeşil alan tahsis edilmemesi ve manzarası iç açıcı bulunan hastane sayısının azlığı bu puanın düşüklüğünün sebebidir.

Bekleme süresinin değerlendirildiği bölüm ile ölçek arasındaki ilişkiye odaklanıldığında bekleme süresini çok kısa, kısa ve kabul edilebilir olarak değerlendiren katılımcıların ölçeğe verdiği puanların ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç sürenin kısa algılanmasının atmosferi olumlu etkilediği savını desteklemektedir.

Bekleme süreleri ile ilgili soruların PHEQIs ölçeği ile arasındaki ilişki tüm sorularda olduğu gibi bu soruda da aynı oranda çıkmıştır. Bekleme süresi ile ilgili "tahmin ettiğimden daha kısa bekledim" değerlendirmesinde bulunan katılımcıların PHEQIs ölçeğine ve alt boyutlarına verdiği cevapların ortalaması diğer katılımcıların ortalamasından daha fazladır.

Çalışmanın sonucunda hastane atmosferi ile bekleme süresi kavramları arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Atmosferin unsurları olan ve anket çalışmasının alt boyutları olan Bakım, Yönlendirme, Yeşil Alan, Bina Estetiği, Mekânsal Fiziksel Konfor, Yön Bulma, Sessizlik ve Manzara ve Aydınlatma unsurlarının algılanan bekleme süresini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastane yapılarının hastaları sınırlayıcı etkisinin azaldığı, kişilerin kendilerini rahat hissedecekleri ortamlar yaratmak hastanelerin stres seviyesini aşağıya çeken bir unsurdur. Tasarım yoluyla ufak değişiklikler yaparak daha olumlu sonuçlara ulaşmak mümkündür. Daha çok pencere, daha iyi aydınlatma ve renk seçimiyle; daha iyi bilgilendirme ve kontrolü hastalara vermek ile hastane yapılarının insanı rahatsız eden havasının dağıtılması sağlanabilmektedir. Bu sebeple hastane yapılarının hasta merkezli olarak tasarlanması veya gerekli iyileştirmelerin yapılması adına bu çalışmanın çıktıları önem arz etmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Çalışma kapsamında önerilerde bulunulacak iki grup bulunmaktadır. Bunlar; araştırmacılar ve sağlık yöneticileridir. Araştırmacıların bu konu ve ölçek ile ilgili cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi gibi özelliklerin homojen dağılımını sağlayarak çalışmayı yürütmelerinin karşılaştırma açısından daha sağlıklı sonuçlar vereceği öngörülmektedir. Aynı zamanda hem özel hem de devlet hastanelerinin bu açıdan kıyaslanması iki farklı sektör ve kurumun da kendilerini değerlendirmesi ve kıyaslaması açısından doğru bir yöntem olabilir. Çalışma geçmiş hastane deneyimine odaklanmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda eş zamanlı süre kaydı ile algılanan sürenin sorularak kayıt altına alınması ve bu iki sürenin karşılaştırılması sonuçların daha sağlıklı çıkmasında yardımcı olacaktır.

Sağlık yöneticileri açısından hastane atmosferi kavramının üzerinde durulmasının, hastaneyi tercih eden hastaların hastane hakkındaki düşüncelerinin önemsenmesinin, tasarımların ve değişikliklerin bu düşünceler ve özellikle bu çalışma sonuçları temelinde gerçekleştirilmesinin hem hastane hem de hasta açısından olumlu sonuçlar vereceği öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

Abasolo, I. Barber, P. López-Valcárcel, B. G., & Jiménez, O. 2014. Real Waiting Times For Surgery. Proposal for an improved system for their management, *Gac Sanit*, 28(3), 215-221.

Abbasi-Moghaddam, M. A., Zarei, E., Bagherzadeh, R., Dargahi, H., & Farrokhi, P., 2019, Evaluation of service quality from patients' viewpoint. *BMC health services research*, 19(1), 170. https://doi.org/10.1186/s12913-019-3998-0, [Ziyaret Tarihi: 31 Ekim 2021].

Adak, N., 2010, Geçmişten Bugüne Çevreye Sosyolojik Yaklaşım. *Ege Academic Review*, 10(1).

Ajayi IO, Olumide EA, Oyediran O (2005). Patient satisfaction with the services provided at a General Outpatients' Clinic, Ibadan, Oyo State, *Nigeria. Afr. J. Med. Sci*., 34(2):133-140.

Akar, H., Akar, F., 2021, Sosyal medyada mahremiyet algısı: Üniversite öğrencileri araştırması. *İNİF E- Dergi*, 6(1), 285-297

Akdağ, R., 2011, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 849

Akgün, S., 2005, "Mağazacılıkta Satın Alma Davranışını Etkileyen Psikolojik Faktörler: Görme Duyusuna Yönelik Faktörler". *Perakende Haber Dergisi*, 42-45

Aktaş, K. O., 2020, Çağdaş Hastane Muayene Alanlarında Mekânsal Davranış. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (44), 354-368. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/susbed/issue/61826/925130, [Ziyaret Tarihi: 13 Ocak 2022].

Alarçin, E. Y. (2019a). Sağlık Hizmetlerinde Beklemeye İlişkin Alıcıların Duygusal Tepkileri. *Ankara Hacı Bayram veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 21(3), 548-573.

Alarçin, E. Y. (2019b) İhtiyacın Şiddetine Göre Sağlık Hizmetlerinde Beklemeye İlişkin Alıcıların Duygusal Tepkileri. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(3), 240-260.

Almomani, I., AlSarheed, A., 2016, "Enhancing Outpatient Clinics Management Software by Reducing Patients' Waiting Time". *Journal of Infection and Public Health*, 9: 734- 743.

Altan, İ., 1993, Mimarlıkta Mekân Kavramı. *İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 19(1):78-88.

Altınçekiç, H., 2000, "Peyzaj Mimarlığında Renk ve Önemi". *İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi,* C. 50, S. 2.

Altunışık, R., 2015, *Hizmet pazarlaması ve stratejileri*. İstanbul: Beta Basım Yayın

AMA, 2013, "*American marketing association: definition of marketing",* available at: www.ama.org/AboutAMA/Pages/ Definition-of-Marketing.aspx, [Ziyaret Tarihi: 12 Kasım 2021].

Anderso,n R.T., Weisman, C.S., Scholle, S.H., Henderson, J.T., Oldendick, R., Camach,o F., 2002, Evaluation of the quality of care in the clinical care centers of the National Centers of Excellence in Women's Health. *Women's Health Issues*. 12(6):287-90.).

Anderson R, Feldman Barbara A., 2007, What Patient's Want: A Content Analysis of Key Qualities That Influence Patient Satisfaction. *Journal of Medical Practice Management*.

Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R., 2007, Willing to Wait?: The Influence of Patient Wait Time on Satisfaction With Primary Care. *BMC Health Services Research*, 7(31), 1-5.

Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R., 2007, Willing to Wait?: The Influence of Patient Wait Time on Satisfaction With Primary Care. *BMC Health Services Research*, *7*(31), 1-5.

Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., & Bonaiuto, M., 2012, Users' views of hospital environmental quality: validation of the perceived hospital environment quality indicators (PHEQIs). *Journal of environmental psychology*, 32(2), 97-111.

Andrén, D., & Granlund, D., 2010, Waiting for the Other Shoe to Drop: Waiting For Health Care and Duration of Sick Leave, https://www.researchgate.net/publication/46470004_Waiting_for_the_Other_Sh oe_to_Drop_Waiting_for_Health_Care_and_Duration_of_Sick_Leave, [Ziyaret Tarihi: 12 Mart 2022].

Andrén, D., & Granlund, D., 2015, Introducing Waiting Times for Health Care in A Labor Supply Model for Sickness Absence. *Nordic Journal of Health Economics*, 3(1), 34-46.

Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., & Cleary, P. D., 2014, Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical care research and review* : MCRR, 71(5), 522–554. https://doi.org/10.1177/1077558714541480, [Ziyaret Tarihi: 13 Ocak 2022].

Antonsich, 2010(Antonsich, M., 2010, "Searching for belonging—An analytical framework." *Geography Compass*, 4(6), 644-659.

Areni, C. S., Kim, D., (1993) "The Influence of Background Music on Shopping Behavior: Classical versus Top-forty in a Wine Store, *Advances in Consumer Research*, C: XX.

Arıbaş, K., & Yürüdür, E., 2015, Çevre sorunları ve tüketim kültürü. *Elektronik Sosyal Bilgiler Eğitimi Dergisi* ISSN: 2148-872X, 1(2), 30-48.

Arlı, M., & Nazik, M. H., 2001, *Bilimsel araştırmaya giriş*. Gazi Kitabevi

Arneill, A. B.-Devlin, S., , 2002,, Perceived Quality of Care: The Influence of the Waiting Room Environment, *Journal of Environmental Psychology*, Cilt 22, No 4, 345-360.

Arslan, İ. K. & Acar, N., 2020, Uyarıcıların Önemi: Mağaza Atmosferinin İçgüdüsel Satın Alma Üzerindeki Etkileri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Girişimcilik Dergisi*, 3 (6) , 132-142 . Https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Tje/İssue/56620/758944, [Ziyaret Tarihi: 13 Ocak 2022].

Arslan, M., 2011, *Mağazacılıkta Atmosfer*, Derin Yayınları, İstanbul.

Arslan, M., Bayçu, S., 2006, *Mağaza Atmosferi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları

Aslan, F, Aslan, E. & Atik, A., 2015, İç Mekânda Algı. *İnönü Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi*, 5 (11). Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/iujad/issue/8730/614922, [Ziyaret Tarihi: 13 Ocak 2022].

Augustin, S., Frankel, N., & Coleman, C., 2009, *Place advantage: Applied psychology for interior architecture*. Hoboken: John Wiley & Sons

Aydınlı S., (1993), *Mimarlıkta Estetik Değerler*, İTÜ, İstanbul.

Babür Tosun, N., 2003, Satın Alma Noktası Reklamlarının Etkisi, *İletişim Araştırmaları*, 1(1).

Bahar Z., Açıl D., 2014, Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 7(1): 59-67.)

Baker, J. & Cameron, M. (1996). The effects of the service environment on affect and consumer perception of waiting time: an integrative review and research propositions. *Journal of the Academy of Marketing Science,* 24 (4), 338-349.

Baker, J.; Parasuraman, A.; Grewal, D.; Voss, G.B., 2002, The influence of multiple store environment cues on perceived merchandise value and patronage intentions. *J. Marking*, 66, 120–141, doi:10.1509/jmkg.66.2.120.18470).

Baldwin, A. L., , 2012, How do plants in hospital waiting rooms reduce patient stress*?, The Journal of Alternative and Complementary Medicine,* 18 (4).

Barbosa MH, Floriano DR, Faria KO, Gonçalves KN, Ferreira LA., 2016, Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contexto Enferm*. 25(3):1-8.

Başdeğirmen, A. & Tunca, M., 2018, Mağaza Atmosferi ve Müziğin Tüketicilerin Satın Alma Davranışlarına Etkilerine Yönelik Bir Literatür Araştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi*

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23 (4), 1305-1326. Https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Sduiibfd/İssue/53002/704898, [Ziyaret Tarihi: 13 Şubat 2022].

Başkaya A, Yıldırım K, Muslu MS., 2005, Poliklinik bekleme alanlarında fonksiyonel ve algı-davranışsal kalite: Ankara, İbni Sina Hastanesi Polikliniği. *Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi*, 20(1): 53-68.)

Bechtel, R. B., & Churchman, A. (Eds.)., 2002, *Handbook of environmental psychology*. John Wiley & Sons, Inc

Becker, F., Douglass, S., 2008,, "The ecology of the patient visit: physical attractiveness, waiting times, and perceived quality of care", *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 31 No. 2, pp. 128-41.

Beckett, A. (1990). The effects of music on exercise as determined by physiological recovery heart rates and distance. *Journal of Music Therapy*, 28(3): 126-136.

Behrman, P. (1997). Art in hospitals: why is it there and what is it for? *The Lancet*, 350, 584-585. doi:10.1016/S0140-6736(97)03019-5

Berman, B., & Evans, J. R., 2018, *Retail management: A strategic approach*. (13th edition). New York: Macmillan).

Bielen, F., & Demoulin, N., 2007, Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services. *Managing Service Quality: An International Journal*.

Bilgin, N., 2003, *Sosyal Psikoloji Sözlüğü: Kavramlar, Yaklaşımlar,* Bağlam Yayıncılık, İstanbul

Bilgin, N., 2005, *Siyaset ve İnsan siyaset psikolojisi yazıları* (2. Baskı), Bağlam Yayıncılık, İstanbul.).

Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R., 2014, Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*, 20(5), 393–400.

Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R., 2014, Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*, 20(5), 393–400.

Bloom, P. N., & Perry, V. G., 2001, Retailer power and supplier welfare: The case of Wal-Mart. *Journal of Retailing*, 77(3), 379. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022435901000483, [Ziyaret Tarihi: 02 Ocak 2022].

Blundell, R., & Windmeijer, F.,2000, Identifying demand for health resources using waiting times information. *Health Economics*, 9(6), 465-474.

Bone, P. F. ve Ellen, P. S., "Scents in Marketplace: Explaining a Fraction of Olfaction", *Journal of Retailing*, Vol. 75, No.2, 1999, s.248-252

Borges, A., Herter, M. M., & Chebat, J. C., 2015, "It was not that long!": the effects of the in-store TV screen content and consumers emotions on consumer waiting perception. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 22, 96-106.

Bozpolat, C., 2017, Mağaza Atmosferinin Tüketici Tercihindeki Önemi. *The Journal Of Social Science* , 1 (2) , 94-103 . Doı: 10.30520/Tjsosci.360140

Bringslimark, T., Hartig, T., & Patil, G. G., 2007, Psychological benefits of indoor plants in workplaces: Putting experimental results into context. *HortScience*, 42(3), 581-587.

Bringslimark, T.; Hartig, T.; Patil, G. G., 2009,, The psychological benefits of indoor plants: a critical review of the experimental literatüre, *Journal of Environmental Psychology*, 29, 422-433,

Brody, D.S., Miller, S.M., Lerman, C.E., Smith, D.G., Lazaro, C.G., Blum, M.J. (1989). "The Relationship Between Patients' Satisfaction with their Physicians and Perceptions About Interventions They Desired and Received.". *Medical Care*. 27:1027-1035.

Brown, S.W., Fisk, R.P. ve Bitner, M.J. (1994). The Development & Emergence of Services Marketing Thougths. *International Journal of Service Industry Management*, Vol.5 No:1 PP 21-48.

Buckle R, Stuart T. Systematic approach reduces patient waiting times. *Physician Exec*. 1996;22:10–5.

Buckle, R., & Stuart, T. J., Jr (1996). Systematic approach reduces patient waiting times. *Physician executive*, 22(4), 12–15.

Burchett, M., Torpy, F., & Tarran, J., 2008, Interior plants for sustainable facility ecology and workplace productivity. *In Proceedings of HMAA Conference* (Vol. 7, No. 9). Faculty of Science, University of Technology.

Buttle, F. (1984), "Merchandising", *European Journal of Marketing*, Vol. 18 No. 6/7, pp. 104-123. https://doi.org/10.1108/EUM0000000004795[Ziyaret Tarihi: 13 Şubat 2022].

Büyüköztürk, Ş., 2011, *veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *M C Med J*. 2006;67(6):409-413.

Camacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Jones, A. S., & Hoffmann, P., 2006, The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *North Carolina medical journal*, 67(6), 409-413.

Canada S. *Access to Health Care Services in Canada*. The Minister responsible for Statistics Canada. Ottowa; 2005. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-575- x/82-575-x2006002-eng.pdf, [Ziyaret Tarihi: 10 Şubat 2022].

Canadian Institute for Health Information. *Health Care in Canada*, 2012 A Focus on Wait Times Our Vision. 2012.

Cassidy, T., 1997, Environmental Psychology: Behaviour and Experience In Context (1st ed.). *Psychology Press*. https://doi.org/10.4324/9780203940485, [Ziyaret Tarihi: 13 Şubat 2022].

Catton Jr, W. R., & Dunlap, R. E. (1978). Environmental sociology: A new paradigm. *The american sociologist*, 41-49.

Cayırlı, T., veral, E., 2009, Outpatient Scheduling in Health Care: a Review of Literature. *Prod Oper Manag*.12(4):519–49. http://doi.wiley.com/10.1111/j.1937-5956.2003.tb00218.x, [Ziyaret Tarihi: 3 Mart 2022].

Chen, Y., Meinecke, J., & Sivey, P., 2016, A Theory of Waiting Time Reporting and Quality Signaling. *Health Econ.*, 25, 1355–1371.

Chien, S.-Y., & Lin, Y.-T., 2014, The Effects of the Service Environment on Perceived Waiting Time and Emotions. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 25(3), 319–328. doi:10.1002/hfm.20542

Chisnall, P. M. (1975) Marketing Planning in a service Economy, *Long Range Planning*, Vol.8, Issue 6, pp. 43-52.

Chu, H., Westbrook, R. A., Njue-Marendes, S., Giordano, T. P., & Dang, B. N., 2019, The psychology of the wait time experience - what clinics can do to manage the waiting experience for patients: a longitudinal, qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 459. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4301-0, [Ziyaret Tarihi: 22 Şubat 2022].

Chung, J. W. Y., Tse, M. M. Y., Ng, J. K. F., & Wong, T. K. S., (2002a), 'The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance', *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 462-469.

Clemmer, E.C. & Schneider, B. (1993). Managing customer dissatisfaction with waiting: applying social-psychological theory in a service setting. *Advances in Service Marketing and Management*, 2, 213-229.

Clifford Bleustein MM, David B. Rothschild B, Andrew Valen M, Eduardas Valaitis P, Laura Schweitzer M, and Raleigh Jones M. Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the

Perception of Care. *Am J Manag Care.* 2014;20(Mayıs2014):393–400. http://www.ajmc.com/publications/issue/2014/2014-vol20-n5/Wait-TimesPatient-Satisfaction-Scores-and-the-Perception-of-Care/, [Ziyaret Tarihi: 12 Kasım 2021].

Copeland, B. L., & Frank, B. O. (1991). Effects of types and intensities of background music on treadmill endurance. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 31, 100-103.

Cowell, D.W. (1980), "The Marketing of Services", *Managerial Finance*, Vol. 5 No. 3, pp. 223-231.

Cox, K., 1970, "The effect of Shelf Space Upon Sales of Branded Products". *Journal of Marketing Research,* 55-58

Cox, R., & Brittain, P., 2004, *Retail an Introducion*. England.

Cüceloğlu, Doğan., 2013, *Yeniden insan insana* (47. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi

Çağlar, İ., Kılıç, S., 2005, *Pazarlama*, Nobel Yayınevi, Ankara).

Çalışkan, C., 2017, Sürdürülebilir Turizmin Çevre İkilemi: Toplum ve Tüketim. Itobiad: *Journal of the Human & Social Science Researches*, 6(2), 1123-1236.

Çiçek, E. & Atılgan, K. Ö., 2012, Hizmet İşletmelerinde Çağrı Merkezi ve Bekleme Hattı Uygulamalarına Tüketici Odaklı Bir Yaklaşım. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (23), 81-102 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/susead/issue/28412/302331, [Ziyaret Tarihi: 14 Şubat 2022].

Çiçek, R., Doğan, İ. C., 2009, Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 11(1), 199-207.

Dalke, H., Little, J., Niemann, E., Camgoz, N., Steadman, G., Hill, S., et al., 2006, Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology*, 38(4-6), 343-365. doi: 10.1016/j.optlastec.2005.06.040

Dansky, K.H., Miles, J., 1997, Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Hosp Health Serv Adm*, 42(2):165-177.

Davis, M., & Maggard, M., 1990, An analysis of customer satisfaction with waiting times in a two-stage service process. *Journal of Operations Management*, 9(3), 324-334.

Davis, M.M. and Vollman, T.E., 1990, "A framework for relating waiting time and customer satisfaction in a service operation", *Journal of Service Marketing*, Vol. 4 No. 1, pp. 61-9.

Davis, M.M., Vollmann, T.E. (1990). "A Framework for Relating Waiting Time and Customer Satisfaction in a Service Operation", *Journal of Services Marketing*, Vol. 4 No. 1, pp. 61-69. https://doi.org/10.1108/EUM0000000002506, [Ziyaret Tarihi: 13 Şubat 2022].

Demir, M., Demir, Ş., 2019, The effects of psychological capital on employees' organizational identification in hotels. *Journal of Tourism Theory and Research*, 5 (3), 355-369. DOI: 10.24288/jttr.573851 Demir ve Demir, 2019

Demir, Ş. Ş. & Öztürk, İ., 2019, Atmosferin yiyecek içecek departmanında çalışanların iş performansı üzerine etkisi. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 5 (4) , 361-383 . DOI: 10.24289/ijsser.638729

Demirci, H. F., 2020, Sağlık Sigortası Sahipliği ve Sağlık Hizmetleri Talebi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1 (1) , 37-45

Demoulin, N. T., & Djelassi, S., 2013, Customer responses to waits for online banking service delivery. International Journal of Retail & Distribution Management.

Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R., 2003, 'Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia' *Chest*, 123(3), 941-948.

Dijkstra, K., 2009, *Understanding healing environments: effects of physical environmental stimuli on patients' health and well-being*

Djelassi, S. Diallo, M.F., Zielke, S., 2018, "How Self-Service Technology Experience Evaluation Affects Waiting Time and Customer Satisfaction? A Moderated Mediation Model". *Decision Support Systems*, 111: 38– 47.

Doğan, Ö. I., 2000, Kalite Uygulamalarının İşletmenin Rekabet Gücü Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2, 1. doi.org/10.1590/0104-07072016001460015.

Dubé-Rioux, L., & Schmitt, B.H., 1989, Consumers' Reactions to Waiting: When Delays Affect the Perception of Service Quality. *ACR North American Advances.*

Dunlap, R. E., & Catton Jr, W. R. (1979). Environmental sociology. *Annual review of sociology*, 5(1), 243-273

Dunlap, R. E., Bechtel, R., & Churchman, A., 2002, Environmental sociology. *Handbook of environmental psychology*, 2, 160-171

Durrande-Moreau, A., & Usunier, J. C. (1999). Time styles and the waiting experience: an exploratory study. *Journal of Service Research*, 2(2), 173-186.

Dursun, T., Oskaybaş, K., Gökmen, C., 2013, "Mağaza Atmosferinin İçgüdüsel Satın Almaya Etkisi ve Hazır Giyim Sektöründe Bir Araştırma". *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 233-260.

Edgü, E., 2021, Hayatta Kalma Güdüsü: Bir Mekânsal Algı Süreci, *Coğrafi Bilimler Dergisi/ Turkish Journal of Geographical Sciences*, 19(1), 217-241, doi: 10.33688/aucbd. 807986

Egdom L.S.E., Lagendijk M., Kemp M.H., Dam J.H., Mureau M.A.M., Hazelzet J.A. and Koppert L.B., 2019, Implementation of Value Based Breast Cancer Care. *European Journal of Surgical Oncology* 45(7): 1163-1170.

Eilers, G. M. (2004). Improving patient satisfaction with waiting time. *Journal of American College Health*, 53(1), 41-48.

Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam Y., & Ergül, N., 2008, Determination Of Attitudes With Gynecologic Examination And Anxiety Of Turkish Women Before Gynecologic Examination. *International Journal of Human Sciences*, 5 (1), 1-5

Ergenoğlu, A., Aytuğ A., 2007, Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. *YTÜ Mimarlık Fakültesi E – Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, s. 44-63. https://www.megaronjournal.com, [Ziyaret Tarihi: 12 Kasım 2021].

Evans, G. W. 2003. The Built Environment and Mental Health, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy Medicine*, Vol. 80, No. 4, pp. 536-555

Eyüboğlu, H. & Zorlu, T., 2021, İç Mekânda Mekânsal Davranış Üzerine Bir Değerlendirme: Kütüphane Örneği, *Sanat ve Tasarım Dergisi*, (27), 223-241. http://dergipark.org.tr/tr/pub/sanatvetasarim/issue/63071/958274, [Ziyaret Tarihi: 23 Şubat 2022].

Feddock, C. A., Hoellein, A. R., Griffith, C. H., 3rd, Wilson, J. F., Bowerman, J. L., Becker, N. S., & Caudill, T. S., 2005, Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times?. *Evaluation & the health professions*, 28(1), 40–52. https://doi.org/10.1177/0163278704273084

Feder, A., 1965, Atmosphere and Lighting. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 6(3), 66–68. https://doi.org/10.1177/001088046500600314, [Ziyaret Tarihi: 3 Nisan 2022].

Ferman, M., 1988, "Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Bir Değerlendirme", *Pazarlama Dünyası,* Sayı 7.

Festinger, L., 1957, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford, CA: Stanford University Press.

Fettahlıoğlu, Seçil H., 2014, "Tüketicilerin Mağaza Atmosferinden Etkilenme Düzeylerinin Demografik Faktörler Açısından İncelenmesi". *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 6/11:27-40.

Filiz, Z., Yılmaz, V., Yağızer, C., 2010, Belediyelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçümü: Eskişehir Belediyelerinde Bir Uygulama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(3), 59–76

Fleury-Bahi, G., Pol, E., & Navarro, O. (Eds.)., 2017, *Handbook of environmental psychology and quality of life research*. Switzerland: Springer International Publishing.

Fornara, F., Bonaiuto, M., & Bonnes, M., 2006, Perceived hospital environment quality indicators: A study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 26(4), 321-334.

Fotiadis, T., Folinas, D., Vasileiou, K., & Konstantoglou, A., 2022, Marketing and the Customer Value Chain: *Integrating Marketing and Supply Chain Management*. Routledge.

French, J. and Gordon, R., 2019,, Strategic Social Marketing: for Behaviour & Social Change, 2nd ed., Sage Publications, London. from Norway. *Health Economics*, 23, 93-107.

Frumkin, H., , 2001,, 'Beyond toxicity: Human health and the natural environment', *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 234-240, USA Gac Sanit, 28(3), 215-221.

Garman, A. N., Garcia, J., & Hargreaves, M., 2004, Patient satisfaction as a predictor of return-to-provider behavior: analysis and assessment of financial implications. *Quality management in health care*, 13(1), 75–80. https://doi.org/10.1097/00019514-200401000-00007, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Gezer, H., 2008, Mekân ve Mekânın Algılanması, *Mimarlıkta Malzeme Dergisi*, Sayı: 7, Sayfa: 33-42, İstanbul

Gibler, J., & Nyswonger, G., Engel, A. M., Grannan, K., & Welling, R., 2011, Improving Satisfaction Ratings of Surgical Patients from Referral to Follow-Up in the Faculty Medical Center Clinic. *Journal of Surgical Education*, 68(5), 360-364.

Gifford, R., 2016, *Research methods for environmental psychology*. John Wiley & Sons.

Gifford, R., Steg, L., & Reser, J. P., 2011, *Environmental psychology*. Wiley Blackwell

Gijo, E.V., Antony, J., 2014, "Reducing Patient Waiting Time in Outpatient Department Using Lean Six Sigma Methodology". *Quality and Reliability Engineering International*, 30: 1481-1491.

Glogovac, G., Kennedy, M. E., Weisgerber, M. R., Kakazu, R., & Grawe, B. M., 2020, Wait Times in Musculoskeletal Patients: What Contributes to Patient Satisfaction. *Journal of*

patient experience, 7(4), 549–553. https://doi.org/10.1177/2374373519864828, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Gordon F., Shirley T., 2015, Dissatisfaction and violation: two distinct consequences of the wait experience. *Journal of Service Theory and Practice*. 25:1, 31-50.

Göker Paktaş, M., 2018, İç Mimarlıkta Rengin Mekân Algısı Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Disiplinlerarası ve Kültürlerarası Sanat,* 3(5), 0-0. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijiia/issue/43126/522668, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Göker, M. 2010. Mimari Yapılarda Saydamlık ve Mekân Tasarımında Işık Kontrolü. *Tasarım Kuram Dergisi*, 2010:9-10

Göransson, K. E.,& Rosen, A. v., 2010, Patient Experience of the Triage Encounter in A Swedish Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 18, 36- 40.

Göregenli, M., 2018, *Çevre Psikolojisi*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul

Grewal, D., Baker, J., Levy, M., & Voss, G. B., 2003, The effects of wait expectations and store atmosphere evaluations on patronage intentions in service-intensive retail stores. *Journal of Retailing*, 79(4), 259–268.

Grossman, M., 1972, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research

Grove, J. S. Raymond P. F. Gregory M. P. ve Norman K. (1996). Going Gren in the Service Sector: Social Responsibility Issues, Implications and Implementation. *European Journal of Marketing*. 30(5): 56-66.

Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1(Haziran): e21. http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1525335&tool=p mcentrez&rendertype=abstract, [Ziyaret Tarihi: 12 Aralık 2021].

Grönroos, C. (1982). An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, 16(7), 30–41. doi:10.1108/eum0000000004859

Grönroos, C. and Ravald, A., 2011, "Service as business logic: implications for value creation and marketing", *Journal of Service Management*, Vol. 22 No. 1, pp. 5-22.

Gulas, S., Peter H., 1995, Right Under Our Noses: Ambient Scent and Consemer Responses. *Journel of Business Psychology*, 10, 1, s.90.

Gulliksen, H., 1927, "The Influence of Occupation Upon the Perception of Time", *Journal of Experimental Psychology*, C: X, s. 52-59

Gunal, M.M., & Pidd, M., 2007, Interconnected des models of emergency, outpatient, and inpatient departments of a hospital. *2007 Winter Simulation Conference*, 1461-1466.

Gümüşoğlu, Ş., Pırnar, İ., Akan, P., Akbaba, A., 2007, *Hizmet Kalitesi*, Detay Yayıncılık, Ankara.

Güzel, N., 2006, *Yeni Malzemelerin Mimari Tasarıma Etkileri*. 3.Ulusal Yapı Malzemesi Kongresi.

Ha, Y. and Lennon, S. J., 2010, "Effects of Site Design on Consumer Emotions: Role of Product Involvement", Journal of Research in Interactive Marketing, 4(2), 80-96.

Haggard, L., & Hosking, S., 1999, *Healing the Hospital Environment: Design, Management and Maintenance of Healthcare Premises* (1st ed.). Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9780203015780, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Haksever, C., Render, B., 2013, *Service management: an integrated approach to supply chain management and operations.* Pearson Education

Hammond, R., 2017, *Smart Retail: Winning ideas and strategies from the most successful retailers in the world.* (4th edition) Pearson, London.

Harker, M., Brennan, R., Kotler, P., & Armstrong, G., 2015, *Marketing: An Introduction*.

Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H., 2014, Nature and health. *Annual review of public health*, 35, 207-228.

Hasol, D., 1979, *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü*. (2. Baskı) Yapı-Endüstri Merkezi Yayınları, İstanbul.

Hathorn, K.,& Nanda, U., 2008, A guide to evidence-based art (A White Paper for the Environmental Standards Council) *Center for Health Design*, 1-22. https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Hathorn_Nanda_Mar08.pdf, [Ziyaret Tarihi: 23 Ocak 2022].

Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J., 2012, An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General Anesthesia Care. *AORN Journal*, 96(4), 368-376.

Hayran M., Hayran M., 2011, *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik*. (Birinci Basım), Ankara: Omega Araştırma.

Hayran O., Sur, H., 1997, *Hastane Yöneticiliği*. İstanbul: Nobel Kitapevi, 1997

Hetharie, J. A., Hussein, A. S., & Puspaningrum, A., 2019, SOR (Stimulus-Organism-Response) Model Application in Observing the Influence of Impulsive Buying on Consumer's Post-Purchase Regret. Int. J. Sci. Technol. Res, 8, 2829-2841.

Hoffman, K. D., B., 1997, *Essential of service Marketing*, USA: The Dryden Press.

Hoffman, K. D., Turley, L.W., 2002, "Atmospherics, Service Encounters and Consumer Decision Making: An Integrative Perspective". *Journal of Marketing Theory and Practice* 33-47.

Holbrook, A., Glenn, H., Mahmood, R., Cai, Q., Kang, J., & Duszak, R., 2016, Shorter Perceived Outpatient MRI Wait Times Associated With Higher Patient Satisfaction. *Journal of the American College of Radiology,* 13(5), 505–509. doi:10.1016/j.jacr.2015.11.008

Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The experiential aspects of consumption: Consumer fantasies, feelings, and fun. *Journal of consumer research*, 9(2), 132-140.

Hole, Y., Pawar, S.S., & Bhaskar, M., 2018, Service marketing and quality strategies. *Periodicals of Engineering and Natural Sciences (PEN),* 6, 182-196

Hong, T., Shang, P., Arumugam, M., & Mohd Yusuff, R., 2013, Use of simulation to solve outpatient clinic problems: A review of the literature. *The South African Journal of Industrial Engineering,* 24(3), 27-42. doi:https://doi.org/10.7166/24-3-551

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R., 2008, Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic journal of business research methods, 6*(1), 53-60.

Hornick, J., 1984, "Subjective vs objective time measures: a note on the perception of time in consumer behavior", Journal of Consumer Research, Vol. 11 No. 1, pp. 614-18.

Houston, M. B., Bettencourt, L. A., & Wenger, S. (1998). The relationship between waiting in a service queue and evaluations of service quality: A field theory perspective. *Psychology & Marketing,* 15(8), 735-753.

Hui, M. K., Dube, L. and Chebat, J. C., 1997, "The Impact of Music on Consumers' Reactions to Waiting for Services", *Journal of Retailing*, 73(1), 87-104.

Hui, M.K. and Tse, D.K., 1996, "What to tell consumers in waits of different lengths: an integrative model of service evaluation", *Journal of Marketing,* Vol. 60 No. 2, pp. 81-90 ve

Hui, M.K., Thakor, M.V., Gill, R., 1998, "The Effect of Delay Type and Service Stage on Consumers' Reactions to Waiting". *Journal of Consumer Research,* 24: 469- 479.

Hulten, B., Broweus, N., and Dijk M., 2009, *Sensory Marketing*, New York: Palgrave Macmillan

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America., 2001, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *National Academies Press* (US).

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2001

Işıkpınar, E. M., 2012, Şehirler ve Çevresel Psikoloji. *İstanbul University Journal of Sociology*, 3(9), 63-106

Ittelson, W.H., Proshansky, H.M., Rivlin L.G., 1970, *The environmental Psychology of the psychiatric ward*, In: Proshansky HM, Ittelson HM, Rivlin LG, eds. Environmental Psychology, New York, NY: Holt, Reinhart and Winston; 1970:419-438)

Iversen, T., & Luras, H., 2002, Waiting Time as a Competitive Device: An Example From General Medical Practice. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2(3), 189-204.

Iyendo, T. O.,& Alibaba, H. Z., 2014, Enhancing the hospital healing environment through art and day-lighting for user's therapeutic process. *International Journal of Arts and Commerce*, 3(9), 101-119.

İncekara, S., Tuna, F. & Tuna, F., 2013, Ortaöğretim Öğrencilerinin Çevresel Konularla İlgili Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi: Çankırı İli Örneği. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 0 (22), 168-182. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/marucog/issue/469/3795, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

İnceoğlu, M., 2011, *Tutum, Algı ve İletişim* (6.Baskı), İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınları.

İslamoğlu, A., 2011, *Pazarlama Yönetimi*, İzmit, Beta Yayınları.

Jaklic, T., Kovac, J., Maletic, M., & Bunc, K., 2018, Analysis of Patient Satisfaction With Emergency Medical Services. *Open Med*., 13, 493-502.

Johann, M., 2015, *Services Marketing*. Warsaw School of Economics.

Johnson, E., Horwood, J., & Gooberman-Hill, R., 2014, Conceptualising Time Before Surgery: The Experience of Patients Waiting for Hip Replacement. *Social Science & Medicine*, 116, 126-133.

Johnson, L., Mayer, K. J., Champaner, E., , 2004, "Casino Atmospherics from a Customer's Perspective: A Re-Examination", *UNLV Gaming Research & Review Journal*, 8/2: 1-10

Kaarboe, O., & Carlsen, F., 2014, Waiting Times and Socioeconomic Status. Evidence from Norway. *Health Economics*, 23, 93-107

Kabaroğlu, K., Eroğlu, S. E., Ecmel Onur, Ö., Denizbaşı, A., & Akoğlu, H., 2013, Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Marmara Medical Journal*, 26, 82-89.

Kaltcheva, V. D., & Weitz, B. A., 2006,, "When should a retailer create an exciting store environment?". *Journal of marketing*, 70(1), 107-118.

Kamali, M., & Jain, M., Jain, A., & Schneider, S., 2013, Emergency Department Waiting Room: Many Requests, Many Insured and Many Primary Care Physician Referrals. *International Journal of Emergency Medicine, 6*(35), 1-7.

Kandemir A., Şantaş F., Uğurluoğlu Ö., 2013, Sağlık Kurumlarında İç Çevre Analizi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 5(1):1-15.

Kaplan R.S. and Porter M.E., 2011, How to Solve the Cost Crisis in Health Care. *Harv Bus Rev* 89(9): 46-52.

Karaçor S., Arıkan A., 2014, Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi* 8(2): 90-118.

Karahan, A. & Gürpınar, K., 2009, Hastanelerde Kuyruk ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 9 (17), 155-172. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/susead/issue/28418/302583, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Karahan, K., 2006, *Hizmet Pazarlaması*. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Katcher, A., Segal, H., & Beck, A., (1984), 'Comparison of contemplation and hypnosis for the reduction of anxiety and discomfort during dental surgery', *American Journal of Clinical Hypnosis,* 27(1), 14-21, USA

Katz, K., Larson, B., & Larson, R., 2003, Prescription for the waiting-in-line blues entertain, enlighten, and engage. *Oper Manag Crit Perspect Bus Manag*, 2, 160.

Katz, K.L., Larson, B.M. and Larons, R.C. (1991), "Prescription for the waiting-in-line blues: entertain, enlighten and engage", *Sloan Management Review*, Vol. 32 No. 2, pp. 44-53.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., 2018, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (5.Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Keleş, R., Hamamcı C., 1993, *Çevrebilim*, Ankara: İmge Yayınları.

Khan, M. A.; Amin, N.; Khan, A.; Imtiaz, M.; Khan, F.; Ahmad, I.; Ali, A.; Islam, B., , 2016, Plant therapy: a nonpharmacological and noninvasive treatment approach medically beneficial to the wellbeing of hospital patients, *Gesunde Pflanzen*, 68, 191- 200.

Kılıç T, Topuz R. Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2015; 9(1): 78-97.

Kıraç R. Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2019; 6(3): 189-195.

Kim J.Y., Farmer P. and Porter M.E., 2013, Redefining Global Health-Care Delivery. *Lancet* 382: 1060-1069.

Konak, N., 2010, Çevre sosyolojisi: Kavramsal ve teorik gelişmeler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (24), 271-283

Kondasani RK, Panda RK. Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28(5):452-67. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2015-0008. PMID: 26020428.

Kotler, P. (1974). Marketing during periods of shortage. *Journal of marketing*, 38(3), 20-29.

Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations*, New Jersey: Prentice-Hall.

Kotler, P., 1973, "Atmosphere as a Marketing Tool", *Journal of Retailing*, C: XLIX, s. 48-64

Kotler, P., Armstrong, G., Opresnik, M. O., , 2018, *Principles of marketing* 17th ed. (17th ed., Global Ed.). Harlow: Pearson.

Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J., Wong, V., 2020, *Principles of Marketing*, Prentice Hall, New Jersey, USA.

Kotler, P., Bowen, J. T., & Makens, J. C., 2014, *Marketing for hospitality and tourism*. Sixth edition. Boston: Pearson.

Kotler, P., Bowen, J. T., Baloglu, S., 2021, *Marketing for hospitality and tourism* (eighth edition.). Pearson.

Kotler, P., Keller, K., 2012, *Marketing Management*, Pearson Education, New Jersey.

Kotler, P., Shalowitz, J. I., & Stevens, R. J., 2008, *Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system*. John Wiley & Sons.

Kökalan çımrın, f., 2014, Sosyoloji ve Çevre. *Electronic Turkish Studies*, 9(2).

Kökalan Çımrın, F., 2014, Sosyoloji ve Çevre. *Electronic Turkish Studies*, 9(2)

Köktürk, E., 2010,, "Mekân Algısı ve Mekân İlişkisi Üzerine", *Mekânsal Planlamada Jeodezi Sempozyumu*, İzmir, 24-26 Kasım 2010, http://www.erolkokturk.net/FileUpload/ks85423/File/2010-11-24_mekân_algisi_ve_mekân_iliskisi_uzerine.pdf, [Ziyaret Tarihi: 31 Ekim 2021].

Kreitz, T. M., Winters, B. S., & Pedowitz, D. I., 2016, The Influence of Wait Time on Patient Satisfaction in the Orthopedic Clinic. *Journal of patient experience*, 3(2), 39–42. https://doi.org/10.1177/2374373516652253, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Kumar, I., Garg, R., Rahman, Z., 2010, "Influence Of Retail Atmospherics On Customer Value in an Emerging Market Condition" *Great Lakes Herald*, Vol.4, No.1, pp.1-13.

Kurtoğlu, S.,''Sosyal Pazarlama Kavramının Analizi'', *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, İstanbul,2007, s.126 https://doi.org/10.1108/eb013449, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Kurtuluş, K., 2010, *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi

Leddy KM, Kaldenberg DO, Becker BW., 2003, Timeliness in ambulatory care treatment: an examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment facilities. *J Ambul Care Manage*;26(2):138-149.)

Leddy, K.M., Kaldenberg, D.O., Becker, B.W., 2003, Timeliness in Ambulatory Care Treatment. *Ambul Care Manage*. 26(2):138–49. http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004479-200304000-00006, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Leddy, K.M., Kaldenberg, D.O., Becker, B.W., 2003, Timeliness in ambulatory care treatment. An examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment Facilities. *J Ambul Care Manage*. 26(2):138-149.

Lemprecht, B.(1996). The gap between design and healing, *Metropolis*, Cilt 77, 123

Levy, M., & Weitz, B. A., 2018, *Retailing management*, 10th edition Boston, MA: McGraw-Hill/Irwin.

Levy, M., Weitz, B., 2011, *Retailing Management*, (8th version) Mcgraw-Hıll Internatıonal Editıon, New York.

Lewis, S., 2009, *Patient-Centered Care : An Introduction to What It Is and How to Achieve It Saskatchewan Ministry of Health* . Access Consulting Ltd. Saskatoon.

Liang, C.C., 2016, "Queueing Management and Improving Customer Experience: Empirical Evidence Regarding Enjoyable Queues". *Journal of Consumer Marketing*, 33 (4): 257- 268.

Lindstrom, M., 2007, *Duyular ve Marka*. (Ü. Şensoy çev.), Optimist Yayınları, İstanbul

Lovelock, C. H., & Wright, L., 2001, *Principles of service marketing and management*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Lovelock, C., Gummesson, E., 2004, "Whiter services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives", *Journal of Service Research*, Vol. 7 No. 1, pp. 20-41.

Ma WM, Zhang H, Wang NL., 2019, Improving outpatient satisfaction by extending expected waiting time. *BMC Health Serv Res*, 19:565 https://doi.org/10.1186/s12913-019-4408-3, [Ziyaret Tarihi: 1 Nisan 2022].

Magalhães, F. H. D. L., Pereira, I. C. D. A., Luiz, R. B., Barbosa, M. H., & Ferreira, M. B. G., 2019, Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.

Magrath, A.J, 1986, "When Marketing Services, 4 Ps Are Not Enough". *Business Horizons*. 29.

Maister, D. H., 1985, The one-firm firm: What makes it successful. *Sloan Management Review* (pre-1986), 27(1), 3.

Manav, B., 2015, "Renk-Anlam-Mekân İlişkisi. Türkiye Online Tasarım". Sanat ve İletişim Dergisi, S. 3, s.25

Marshall, G.N., & Hays R. D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Shortform* (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND: 1-36. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf, [Ziyaret Tarihi: 1 Eylül 2021].

Maslow, A. H., 1954, The instinctoid nature of basic needs. *Journal of personality*.

Mattson, R., Park, S.; , 2009,, Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (9).

Mazumdar, S., 2007: Kentsel Yasam Kalitesi ve Yer Duygusu, *Mimarlık Dergisi*, Sayı: 335, Sayfa: 41-46, İstanbul.

McCarthy, K., McGee, H. M., & O'Boyle, C. A., 2000, Outpatient Clinic Waiting Times and Non-Attendance as Indicators of Quality. *Psychology, Health & Medicine*, 5(3), 287-293.

McGuire, K. A., Kimes, S., Lynn, M., Pullman, M. E., & Lloyd, R. C., 2009, A framework for evaluating the customer wait experience. *Journal of Service Management*, 21(3), 269–290.

McKinnon, K., Crofts, P. D., Edwards, R., Campion, P. D., & Edwards, R. H. (1998). The outpatient experience: results of a patient feedback survey. *International journal of health care quality assurance incorporating, Leadership in health services*, 11(4-5), 156–160. https://doi.org/10.1108/09526869810230858 , [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

McMullen, M., & Netland, P. A., 2013, Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic. *Clinical ophthalmology* (Auckland, N.Z.), 7, 1655–1660. https://doi.org/10.2147/OPTH.S49382, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

McMullen, M., & Netland, P., 2013, Wait Time As A Driver of Overall Patient Satisfaction in An Ophthalmology Clinic. *Clinical Ophthalmology, 7*, 1655- 1660.

Medway, A., Riese, W., Riese, C., & Cordero, J., 2016, Why Patients Should Arrive Late: The Impact of Arrival Time on Patient Satisfaction in An Academic Clinic, *Healthcare Journal*, 4, 188-191.

Medway, A., Riese, W., Riese, C., & Cordero, J., 2016, Why Patients Should Arrive Late: The Impact of Arrival Time on Patient Satisfaction in An Academic Clinic, *Healthcare Journal*, 4, 188-191.

Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology*. the MIT Press.

Michael, M., Schaffer, S. D., Egan, P. L., Little, B. B., & Pritchard, P. S., 2013, Improving wait times and patient satisfaction in primary care. Journal for healthcare quality, *Official Publication Of The National Association For Healthcare Quality*, 35(2), 50–60. https://doi.org/10.1111/jhq.12004, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Milliman, Ronald E. (1982). "Using Background Music to Affect the Behavior of Supermarket Shoppers". *Journal of Marketing* 46: 86-91

Milotic, Daniel, 2003, "The Impact of Fragrance on Consumer Choice*". Journal of Consumer Behavior*, 3(2), 179-191.

Mittal, A., 2016, The Influence of Waiting Time Satisfcation on Customer Loyalty Towards Multi-Stage Services in a Full Service Resturant: Evidence From India. Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. *Economics*, 6(183), 22-26.

Mittal, A., 2016, The Influence of Waiting Time Satisfcation on Customer Loyalty Towards Multi-Stage Services in a Full Service Resturant: Evidence From India. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Economics, 6*(183), 22-26.

Montecinos, J., Ouhimmou, M. ve Chauhan, S., 2018, "Waiting- Time Estimation in Walk-in Clinics". *International Transactions in Operational Research*, 25: 51- 74.

Morgan, Tony , 2016, *Visual Merchandising, Window and in-store displays for retail*. (3th edition) Londra: Laurence King.

Morrison, M., Gan, S., Dubelaar, C. and Oppewal, H., , 2011,, "In-Store Music and Aroma Influences on Shopper Behavior and Satisfaction", *Journal of Business Research*, 64(6), 558-564.

Moss, H., O'Neill, D., 2014, Aesthetic deprivation in clinical settings. *The Lancet*, 383:1032-1033 doi: 10.1016/S0140-6736(14)60507-9

Mucuk, İ., 2017, *Pazarlama İlkeleri.* İstanbul: Türkmen Kitabevi

Narang, R., Polsa, P., Soneye, A., & Fuxiang, W., 2015, Impact of hospital atmosphere on perceived health care outcome. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(2), 129–140. doi:10.1108/ijhcqa-12-2013-0142

Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (Eds.)., 2011, *Quality by design: a clinical microsystems approach*. John Wiley & Sons.

Nguyen, S., Yamamoto, E. Nguyen, M., Le, Huy B., Kariya, T., Saw, Y., Nguyen, C., & Hamajima, N., 2018, Waiting Time in the Outpatient Clinic at a National Hospital in Vietnam. *Nagoya J. Med. Sci*, 80, 227-239.)

Nightingale, F., 2012, *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. New York, Dover Publications

Oche, M., & Adamu H., 2013, Determinants of Patient Waiting Time in the General Outpatient Department of a Tertiary Health Institution in North Western Nigeria. Annals of Medical and Health Sciences Research, 3(4), 588-592.

Odabaşı, Y., 1895, Çevresel psikoloji ve turizm pazarlaması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 0-0. https://dergipark.org.tr/tr/pub/huniibf/issue/35748/399372, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Odabaşı, Y., 2001, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Odabaşı, Y., Oyman M., 2010, *Pazarlama İletişimi Yönetimi*. 9. Baskı, İstanbul: MediaCat.

Omachonu, V. K., 1990, Quality of care and the patient: New criteria for evaluation, *Health Care Management Review*, Cilt 15, 43-50.

Osimani, A., Garofalo, C., Milanovi´c, V., Taccari, M., Aquilanti, L., Polverigiani, S., Clementi, F., 2016, Indoor Air Quality İn Mass Catering Plants: Occurrence Of Airborneeumycetes İn A University Canteen. *International Journal of Hospitality Management*, 59:1-10.

Oudhoff, J.P., Timmermans, DRM., Knol, D.L., Bijnen, A.B., & Wal, G., 2007, Waiting for Elective General Surgery: Impact on Health Related Quality of Life and Psychosocial Consequences. *BMC Public Health, 7*(164), 1-10.

Özçalık, M., Eskisarılı, Ş., 2019, Peyzaj Mimarlığında Renk Olgusu, *Uluslararası Uygur Araştırmaları Dergisi,* Sayı: 2019/14, s. 60-74

Özdemir Canbolat, T., 2017, İç Mekân Tasarımında Renk Armonisi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 30. Özel Sayısı Yıl:2017 Cilt: 26 Sayı:3, 287-301. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/cusosbil/issue/33225/378650, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Özen, A., 2006, "Mimari Sanal Gerçeklik Ortamlarında Algı Psikolojisi*", Bilgi Teknolojileri Kongresi IV,* Akademik Bilişim, Denizli.

Özer, D., 2012, Toplumsal Düzenin Oluşmasında Renk ve İletişim. *ODÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları* 3(6), 268-281.

Özerkmen, N., , 2017, İnsan Merkezli Çevre Anlayışından Doğa Merkezli Çevre Anlayışına. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 1(42) , n. 1-2, ISSN 2459-0150. http://dtcfdergisi.ankara.edu.tr/index.php/dtcf/article/view/1549, [Ziyaret Tarihi: 28 Ocak 2022].

Özgen, E., 2021, Hastane iç mekân tasarımında malzeme kullanımı. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 10 (2), 318-333 . DOI: 10.20488/sanattasarim.876744

Özsavaş, N., 2016, İç Mekân Tasarımında Renk Algısı. *Güzel Sanatlar Fakültesi Sanat Dergisi*, 9(18), 449- 460.

Öztek. Z., Eren, N., 1996, *Sağlık Ocağı Yönetimi*. Ankara; Palme Yayıncılık.

Pacifico, M. D., Pearl, R. A., & Grover, R., 2007, The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: an evidence-based study. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 89(6), 609–615. https://doi.org/10.1308/003588407X205459, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Park, S.; Mattson, R., 2009, Therapeutic influences of plants in hospital rooms on surgical recovery, *American Society for Horticultural Science*, 44 (1), 102- 105.

Parsons, T., 2010, *Essays in sociological theory*. Simon and Schuster.

Pascoe, G. (1984). Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *EvaIuation and Program Planning*, 6, 185-210.

Peck, B.M., Asch, D.A., Goold, S.D., Roter, D.L., Ubel, P.A., MCIntyre, L.M., Abbott, K.H., Hoff, J.A., Koropchak, C.M., Tulsky J.A., 2001, "Measuring Patient Expectations: Does the Instrument Affect Satisfaction or Expectations?". *Medical Care*. 39:100-108.

Pidd M, Gunal MM. Interconnected Des Models Of Emergency, Outpatıent, And Inpatıent Departments Of A Hospıtal. Içinde: S. G. Henderson, B. Biller, M.-H. Hsieh, J. Shortle, J. D. Tew, and R. R. Barton eds., editör. *Proceedings of the 2007 Winter Simulation Conference.* Washington, DC, USA: IEEE; 2008.s.1461–6. http://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/4419757/?reload=true, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

PJM C., Yvonne De K,, Wijnand I., Marije K., 2010,"Lighting in retail environments: Atmosphere perception in the real world", *Lighting Research and Technology*,42(3):331-343.).

Porter M.E., 2009, A Strategy for Health Care Reform-Toward a Value-Based System. *The New England Journal of Medicine* 631(2): 109-112.

Porter M.E., 2010, What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine* 363(26): 2477-2481.

Prakash B., 2010, Patient satisfaction. *Journal of cutaneous and aesthetic surgery*, 3(3), 151–155. https://doi.org/10.4103/0974-2077.74491, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Pruyn, A. and Smidts, A., 1998, "Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures", *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 15 No. 4, pp. 321-34

Puccinelli, N. M., Goodstein, R. C., Grewal, D., Price, R., Raghubir, P. & Stewart, D., 2009, Customer Experience Management in Retailing: Understanding the Buying Process. *Journal of Retailing*, 85(1), 15-30

Purves, G., 2002, *Healthy living centres: A guide to primary health care design*. Oxford: Architectural Press.

Qin, J., Sun, C. Zhou, X. Leng, H. Lian, Z., 2014, , The effect of indoor plants on human comfort, *Indoor and Built Environment*, 23 (5), 709- 723,

Rapoport, A. (1977). Human Aspects of Urban Form: Towards a Man-Environment Approach to Urban Form and Design, *Urban and Regional Planning Series 15*. Oxford: Pergamon Publishing

Rasmussen, S. E., 2010, *Yaşayan Mimari*, Remzi Kitabevi, İstanbul

Renaghan, L. M. (1981). A New Marketing Mix for the Hospitality Industry. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 22(2), 31–36. https://doi.org/10.1177/001088048102200208, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Robert C. Webb, (1999) *Psychology of the Consumer and Its Development: An Introduction, Kluwer Academic Publishers*, Suffolk University, Boston.

Roth, L. M., & Akça, E., 2002, *Mimarlığın öyküsü: öğeleri, tarihi ve anlamı*. Kabalcı Yayınevi.

Salderay, B., 2018, Hastane ortamında iyileştirme sürecine katkı sağlayan disiplinler arası bir tasarım: Kemali hoca'nın gökyüzü odası projesi. *The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences*, 4(2), 279-292.

Sayım, E., Aydın, V., 2011, Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 245-262.

Sayım, F., 2015, *Sağlık Piyasası ve Etik*, Bursa, Mkm Yayıncılık, 17-28.

Schmarsow, A., Fiedler, K., 2017, *Mimarlığın Özü ve Mimari Yaratım*, çev. A. Tümertekin-N. Ülner, Janus Yayıncılık Limited Şirketi, İstanbul.

Seçkin, N. P. ve Yıldız, B., 2019, Mimaride Malzemelerin Algısal Farklılıklarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Volume 1 Issue 2, 7-14.

Sezen, I., Aytatlı, B., Ağrılı, R.A. ve Patan E., 2017, İç Mekân Tasarımında Bitki Kullanımının Birey ve Mekân Üzerine Etkileri, *ATA Planlama ve Tasarım Dergisi*, 1:1, 25-34.

Sharma, Arun ve Stafford, Thomas. F.,2000, "The Effect of Retail Atmospherics on Consumers' Perceptions of Salespeople and Customer Persuation: An Empirical Investigation". *Journal of Business Research*, 49: 183-191.

Siciliani L, Moran V, Borowitz M. "Measuring and Comparing Health Care 135 Waiting Times in OECD Countries", *OECD Health Working papers*, OECD Publishing. 2013;(67).

Siciliani, L., & Hurst, J., 2003, *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries.*

Siciliani, L., & Hurst, J., 2005, Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health policy*, 72(2), 201-215.

Siciliani, L., Stanciole, A., & Jacobs, R., 2009, Do waiting times reduce hospital costs?. *Journal of health economics*, 28(4), 771–780. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.04.002, [Ziyaret Tarihi: 1 Mart 2022].

Siciliania, L., Moranb, V., & Borowitz, M., 2014, Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries. *Health Policy*, 118, 292-303.

Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., & Härter, M., 2010, Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy-Preference-Index (API). *Health expectations*, *13*(3), 234-243.

Sommer, R. (1969). Personal Space: *The Behavioral Basis of Design*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Sözer, A., 2019, Göç, Toplumsal Uyum ve Aidiyet. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14 (28), 418-431. DOI: 10.35675/befdergi.643948

Steg, L. E., Van Den Berg, A. E., & De Groot, J. I., 2013, *Environmental psychology: An introduction. BPS* Blackwell

Stelfox, H. T., Gandhi, T. K., Orav, E. J., & Gustafson, M. L., 2005, The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *The American*

journal of medicine, 118(10), 1126–1133. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.060, [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

Şengün H., 2016, *Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnovasyon*. Galenos Yayınevi, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015, *Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti*, versiyon 5.1, s:9

Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson

Tang, Z., 2015, An integrated approach to evaluating the coupling coordination between tourism and the environment. *Tourism Management*, 46: 11-19.

Tanrıverdi H., Erdem Ş., 2010, Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. *TSA* 14(1): 73-92.

Tavşancıl, E., 2005, *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle veri Analizi*. Ankara, Nobel Basımevi

Taylor, S. (1994). Waiting for service: the relationship between delays and evaluations of service. *Journal of marketing*, 58(2), 56-69.

Tekinalp M., Şahinöz T. Bekleme Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkilerinin Ölçülmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*. 2021; 8(3): 13-18.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., 2017, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (8. Baskı). Nobel Yayınevi, İstanbul

The Ottawa Charter For Health Promotion, 1986, *First International Conference On Health Promotion,* Ottawa. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/, [Ziyaret Tarihi: 26 Aralık 2021].

Tom, G., Lucey, S., 1995, Waiting time delays and customer satisfaction in supermarkets. *Journal of Services Marketing,* 9 (5) pp. 20-29.

Tran, T., Nguyen, U., Nong, V., & Tran, B., 2017, Patient Waiting Time in the Outpatient Clinic at a Central Surgical Hospital of Vietnam: Implications for Resource Allocation. *F1000Research*, 6(454), 1-12.

Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say? *Acad Emerg Med*. 2000;7(6):695-709.

Tse, M. M. Y., Ng, J. K. F., Chung, J. W. Y., & Wong, T. K. S, (2002), 'The effect of visual stimulation via the eyeglass display and the perception of pain', *CyberPsychology & Behavior*, 5(1), 65-75.

Tuna, M., 2006, *Türkiye'de çevrecilik: Türkiye'de çevreye ilişkin toplumsal eğilimler.* Nobel Yayın Dağıtım.

Tuncel, Kürşat , 2017, *Satış Küpü*. İstanbul: Ceres Yayınları.

Turley, L. W., & Chebat, J.C., 2002, Linking retail strategy, atmospheric design and shopping behaviour. *Journal of Marketing Management*, 18(1-2), 125-144.

Turley, L. W., & Milliman, R. E.,2000, Atmospheric effects on shopping behavior: A review of the experimental evidence. *Journal of Business Research*, 49(2), 193–211. https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00010-7, [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

TÜRKSOY, Ö. (1986). *Çevresel psikoloji, planlama ve kentsel bütünleşme.*

Ulrich RS. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J Health Care Inter Des*.;3:97-109. PMID: 10123973.

Ulrich, R. S. (2000, September). 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 (Vol. 20, pp. 3-1).

Ulrich, R. S., (1992) How design impact wellness, *Healthcare Forum Journal*, Sept. / Oct. 20-25,)

Ulrich, R. S., 2001, Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In Design and Health: *Proceedings of the Second International Conference on Health and Design*. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjanst (Vol. 49, p. 59).

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A., 2008, A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.

Ulubay, S., & Önal, F., 2020, Problems and Insights on Space: The Effects of Phenomenology Theory on the Concept of Space//Mekân Üzerine Sorunsallar ve Kavrayışlar: Fenomenoloji Kuramının Yirminci Yüzyılın Mekân Anlayışına Etkileri. *Megaron*, 15(4), 606.

Ulus, A., 2006,, Bazı İç mekân bitkilerinin kullanım tekniği üzerine çalışmalar, *İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi,* 56(2): 146-161.

Ural, A., Kılıç, İ., 2006, *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile veri Analizi*. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık.

URL1 https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/30901/0/saglik-hizmet-sunucuustyazi10867a2e-a45b-4a96-beda-c7783ff5d822pdf.pdf [MOU1], [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

Usta, G., 2020, Mekân ve Yer Kavramlarının Anlamsal Açıdan İrdelenmesi. *The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication,* 10(1), 25-30.

Ustaahmetoğlu, E., 2010, Mağaza atmosferi üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve örnek uygulama. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 33(1), 155-163.

Üner, M., 1994, "Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?", *Pazarlama Dünyası,* Sayı 43.

Van Riel, A.C.R., Semeijn, J., Ribbink, D. and Bomert-Peters, Y., 2012,, "Waiting for service at the checkout: Negative emotional responses, store image and overall satisfaction", *Journal of Service Management,* Vol. 23 No. 2, pp. 144-169. https://doi.org/10.1108/09564231211226097, [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

Vandenberghe, M., De Vuyst, S., Aghezzaf, E.H. ve Bruneel, H., 2019, "Surgery Sequencing to Minimize the Expected Maximum Waiting Time of Emergent Patients". *European Journal of Operational Research*, 275: 971- 982.

Varinli, İ., , 2008, *Marketlerde Pazarlama Yönetimi*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Varinli, İ., 2012, *Pazarlamada yeni yaklaşımlar*. Detay Yayıncılık. İstanbul.

Wilhelm, J. J., Battisto, D., , 2020, *Architecture and health: Guiding principles for practice*. London: Routledge Taylor & Francis Group

Wilson, A., Zeithaml, V., Bitner, M. J., & Gremler, D. (2016). EBOOK: *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. McGraw Hill.

Wirtz, J. and Lovelock, C., 2016, *Services marketing: people, technology, strategy (8th Edition)*. World Scientific Publishing Co. Inc.

Wirtz, J. and Lovelock, C., 2018, *Essentials of services marketing (3rd Edition)*. Pearson Education Ltd.

Wirtz, J., & Lovelock, C. H., 2018, *Essentials of services marketing*. Pearson

Wirtz, J., & Lovelock, C., 2021, *Services marketing: People, technology, strategy*. World Scientific

Wohlwill, J. F. (1970). The emerging discipline of environmental psychology. *American psychologist*, 25(4), 303

Wonjae L., Carolyn U.L., 2005, The Effect of Waiting Time and Affective Reactions on Customers' Evaluation of Service Quality in a Cafeteria, *Journal of Foodservice Business Research,* 8:2, 19-37, DOI: 10.1300/J369v08n02_03

World Health Organization. *Key components of a well functioning health system*. Geneva: WHO Health System. 2010.

http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Key+compo nents+of+a+well+functioning+health+system#1, [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

Xie, Z., & Or, C., 2017, Association Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 1-10.

Yağlı, S., 2019, *Teknolojik Gelişmelerin Etkisi ile Yüzeylerde Malzeme Kullanımı: Akıllı Malzemeler*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü.

Yıldırım, K., 2005, "Bir Ticari Mekân İmajının Müsteri Karakteristiklerine Bağlı Olarak Farklı Yorumlanması", *Gazi Üniversitesi Müh. Mim. Fak. Dergisi*, 20, 4.

Yu, W., Li, M., Xue, C., Wang, J., Liu, J., Chen, H., & Zhang, L., 2016, Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction: a survey on tertiary hospitals in the People's Republic of China. *Patient preference and adherence*, 10, 601–612. https://doi.org/10.2147/PPA.S104453, [Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2022].

Yücel, N., Yücel, A., & Atlı, Y., 2012, Belediyelerin sunduğu hizmetlerde vatandaş memnuniyeti: Elâzığ belediyesi örneği. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2 (2), 31–41.

Yüksel, Y.D., 2015, "Mahremiyet Hakkı ve Sosyo-Tarihsel Gelişimi". *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 58(1), 182

Zainuddin, N., Tam, L. and McCosker, A., 2016,, "Serving yourself: value self-creation in health care service", *Journal of Services Marketing*, Vol. 30 No. 6, pp. 586-600

Zaltman, G., & Zaltman, L. H., 2008, *Marketing metaphoria: What deep metaphors reveal about the minds of consumers.* Boston, Mass: Harvard Business School Press.

Zeithalm, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A MeansEnd Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing* 5,(52): 2-22.

Zerenler, M., Öğüt, A., 2007, Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 18, 501-519.

Zhou, R., & Soman, D., 2003, Looking back: Exploring the psychology of queuing and the effect of the number of people behind. *Journal of Consumer Research*, 29(4), 517-530.

EKLER

EK 1 ANKET FORMU

Sıra	Sorular					
1	Yaş	…… ……..				
2	Cinsiyet	Kadın			Erkek	
3	Eğitim durumu	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek lisans doktora
4	Çalışma durumu	Çalışıyorum			Çalışmıyorum	
5	Meslek	…… ……..				
6	Gelir düzeyi	0-4250	4251-8500	8501-12750	12501-17000	17001 ve üzeri
7	Medeni durum	Evli			Bekar	

Sıra	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8	Hastanenin dışı temizdir					
9	Hastane bakımlıdır					
10	Hastane yolları ve kaldırımlar iyi durumdadır					
11	Hastanede aradığım ünite ve hizmetleri bulmak çok kolaydır					
12	Hastanede yön bulmak kolaydır					
13	Hastanede yön bulmak için yeterli işaret levhası vardır					
14	Hastane dış çevresinde insanlarla tanışabileceğim yeşil alanlar bulunmaktadır.					
15	Hastane dış çevresinde bakımlı yeşil alan eksikliği vardır					
16	Hastane dış çevresinde oturulacak bankların olduğu yeşil alan eksikliği vardır.					
17	Dışarıdan hastane binaları güzeldir					

18	Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının renkleri pek hoş değildir.					
19	Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının şekilleri hoş değildir.					
20	Bekleme alanında mobilyalar kötü durumdadır.					
21	Bekleme alanında mobilyalar iyi durumdadır.					
22	Bekleme alanında mobilya kalitesi iyidir					
23	Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar kötü durumdadır					
24	Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar güzel renklere sahiptir.					
25	Bekleme alanında koltuklar rahatsızdır					
26	Bu hastanenin girişini tanımak kolaydır					
27	Bu hastanede yolunuzu bulmanıza yardımcı olacak birkaç işaret direği vardır.					
28	Bu hastanede tabelalar aradığınızı bulmanızı sağlar					
29	Bu hastanede bilgi noktalarını kolayca bulabilirsiniz.					
30	Bu hastanede dışarıdan çok az ses duyulur.					
31	Bu hastanede genellikle dışarıdan bir ses duyulur.					
32	Bu bekleme alanı yeterince güneş ışığı almamaktadır					
33	Bu bekleme alanında daha fazla pencereye ihtiyaç duyulmaktadır					
34	Bekleme alanında pencerelerden manzara pek ilgi çekici değildir					
35	Bu hastanede insanlar personelden hoş bir karşılama alırlar.					
36	Bu hastanede doktorlar genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değiller.					
37	Bu hastanede hemşireler genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.					
38	Bu hastanede operasyon asistanları genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.					
39	Bu hastane kötü organize edilmiştir					
40	Bu hastanede kişilerin özgürlüğünü sınırlayan çok katı kurallar vardır.					
41	Bu hastanede izlenildiğini hissedersin					
42	Bu hastane genellikle çok kalabalıktır					
43	Bu hastanede insanlar çok dedikodu yapar					

Sıra	Sorular					
44	Hastanede sağlık hizmeti almak için ne kadar süre beklediniz? (Dakika ya da saat olarak belirtiniz)	…… ……..				
45	Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kısa	Kısa	Kabul edilebilir	Uzun	Çok uzun
46	Aşağıdaki ifadelerden sizin için uygun olanı seçiniz.	Tahmin ettiğimden daha kısa bekledim.		Tahmin ettiğim kadar bekledim.		Tahmin ettiğimden daha uzun bekledim.

EK 2 SORULARIN KISALTMALARININ KARŞILIĞI

bakım8	Hastanenin dışı temizdir
bakım9	Hastane bakımlıdır
bakım10	Hastane yolları ve kaldırımlar iyi durumdadır
yönlendir11	Hastanede aradığım ünite ve hizmetleri bulmak çok kolaydır
yönlendir12	Hastanede yön bulmak kolaydır
yönlendir13	Hastanede yön bulmak için yeterli işaret levhası vardır
yeşil14	Hastane dış çevresinde insanlarla tanışabileceğim yeşil alanlar bulunmaktadır.
yeşil15	Hastane dış çevresinde bakımlı yeşil alan eksikliği vardır
yeşil16	Hastane dış çevresinde oturulacak bankların olduğu yeşil alan eksikliği vardır.
estetik17	Dışarıdan hastane binaları güzeldir
estetik18	Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının renkleri pek hoş değildir.
estetik19	Dışarıdan bakıldığında hastane binalarının şekilleri hoş değildir.
konfor20	Bekleme alanında mobilyalar kötü durumdadır.
konfor21	Bekleme alanında mobilyalar iyi durumdadır.
konfor22	Bekleme alanında mobilya kalitesi iyidir
konfor23	Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar kötü durumdadır
konfor24	Bekleme alanında duvarlar, zeminler ve tavanlar güzel renklere sahiptir.
konfor25	Bekleme alanında koltuklar rahatsızdır
yön26	Bu hastanenin girişini tanımak kolaydır
yön27	Bu hastanede yolunuzu bulmanıza yardımcı olacak birkaç işaret direği vardır.
yön28	Bu hastanede tabelalar aradığınızı bulmanızı sağlar
yön29	Bu hastanede bilgi noktalarını kolayca bulabilirsiniz.
sessizlik30	Bu hastanede dışarıdan çok az ses duyulur.
sessizlik31	Bu hastanede genellikle dışarıdan bir ses duyulur.
manzara32	Bu bekleme alanı yeterince güneş ışığı almamaktadır
manzara33	Bu bekleme alanında daha fazla pencereye ihtiyaç duyulmaktadır
manzara34	Bekleme alanında pencerelerden manzara pek ilgi çekici değildir
sosyal35	Bu hastanede insanlar personelden hoş bir karşılama alırlar.
sosyal36	Bu hastanede doktorlar genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değiller.
sosyal37	Bu hastanede hemşireler genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.
sosyal38	Bu hastanede operasyon asistanları genellikle hastalara karşı pek anlayışlı değillerdir.
sosyal39	Bu hastane kötü organize edilmiştir
sosyal40	Bu hastanede kişilerin özgürlüğünü sınırlayan çok katı kurallar vardır.
mahremiyet41	Bu hastanede izlenildiğini hissedersin
mahremiyet42	Bu hastane genellikle çok kalabalıktır
mahremyet43	Bu hastanede insanlar çok dedikodu yapar
bekleme44	Hastanede sağlık hizmeti almak için ne kadar süre beklediniz? (Dakika ya da saat olarak belirtiniz)
bekleme45	Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HASTANE ATMOSFERİ İLE HASTA TARAFINDAN ALGILANAN BEKLEME SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ORİJİNALLİK RAPORU

%14	%13	%4	%9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
5	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
7	Dergipark.Org.Tr İnternet Kaynağı	<%1
8	openaccess.cag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Sümeyra GÜNDEM

KURUM İZNİ YAZILARI

☐ Kurum izni gerekmektedir.

☒ Kurum izni gerekmemektedir.

Sümeyra GÜNDEM