



T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA
HASTA İLETİŞİM ALGILARI İLE SAĞLIK HİZMETİ KALİTE ALGILARININ
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans

Benay BULUT

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fatih UÇKAYA**

**ALANYA
2021**

T.C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ
KAPSAMINDA HASTA İLETİŞİM ALGILARI İLE SAĞLIK
HİZMETİ KALİTE ALGILARININ İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Benay BULUT
Sağlık Turizmi Anabilim dalı

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fatih UÇKAYA

ALANYA
2021

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Benay BULUT'un "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Kapsamında Hasta İletişim Algıları ile Sağlık Hizmeti Kalite Algılarının İncelenmesi" başlıklı tezi 22/11/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Sağlık Turizmi Anabilim Dalında Yüksek Lisans olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Unvanı-Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı) : Dr. Öğr. Üyesi Fatih UÇKAYA
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Esra MANKAN
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tolga GÜL

Doç. Dr. Derman VATANSEVER BAYRAMOL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilemeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Benay BULUT

İMZA

TEŞEKKÜR

Araştırmamı yaptığım sürede gerek tecrübesi gerek bilgisiyle bana destek olan danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatih UÇKAYA'ya, sağlık turizmi bölümünde bizi teşvik edip bu alana yönelmemizi sağlayan Dr. Öğr. Üyesi İşhak Suat ÖVEY hocama, anket hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Tolga GÜL hocama, bu sıkıntılı süreçte gerek psikolojik olarak gerekse bilgi alışverişi yaptığım ablam Beyza BULUT ve erkek kardeşim Hüseyin BULUT'a, annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Kapsamında Hasta İletişim Algıları ile Sağlık Hizmeti Kalite Algılarının İncelenmesi

Benay BULUT

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Kasım, 2021 (128 Sayfa)

Turizm, turistlerin yeni yerler görmek, keşfetmek, gittiklerinde doğayı tarihsel yapıları ziyaret etmek gibi amaçlarla buldukları yerden başka yere seyahat etmeleri olarak tanımlanmaktadır. Sonraları kavram genişletilerek hastalıkları tedaviye, iklim ve hava koşullarından yararlanarak sağlıklı doğal kaynakları ve sağlık teknolojilerinin ilerlemesinden yararlanarak sağlıklı hayatı sürdürmek için yapılan geziler de eklenmiş ve sağlık turizmi anlayışı oluşturulmuştur.

Çalışmada amaç, sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri ile sağlık turizmi kalite ve iletişim algıları arasındaki farklılıkların sağlık turizminde önemli olan Denizli, Bursa, Antalya, Mersin, İzmir illerinde çalışan sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini incelemektir. Veriler, sağlık çalışanlarının iletişim ve kalite algıları ile cinsiyet, meslek grubu, mesleki tecrübe, çalıştığı il, yabancı dil bilme durumları ve sağlık turizmi kapsamında aldıkları çeşitli eğitim değişkenlerine göre değerlendirilecektir.

Araştırma verileri için 11 maddeden oluşan bir anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, araştırmacı tarafından çalışmada yer alacak sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri ile alakalı kapalı ve açık uçlu demografik ve mesleki sorulardan meydana gelmektedir. Araştırmada www.online-anket.gen.tr sitesi aracılığıyla veri toplanmış, SPSS 24.0 paketli istatistik programına aktarılmış ve analizler yapılmıştır.

Hizmet içi eğitim alan sağlık çalışanlarının almayanlara göre gerek kalite algıları gerekse iletişim algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca bağlı olarak hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda verilen eğitim sağlık çalışanlarının kalite ve iletişim algılarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Algı, iletişim,, kalite, demografik, mesleki.

ABSTRACT

Investigation of Patient Communication Perceptions and Health Service Quality Perceptions of Healthcare Professionals in Health Tourism in Turkey

Benay BULUT

Department of Health Tourism

Graduate School of Alanya Alaaddin Keykubat University

November, 2021 (128 Sayfa)

Tourism is defined as the travel of tourists from their current place to another for the purposes of seeing new places, exploring, visiting nature and historical structures. Then, the concept was expanded, and trips made to maintain a healthy life by taking advantage of the climate and weather conditions and making use of healthy natural resources and the advancement of health technologies were added and the concept of health tourism was created.

The aim of the study is to examine the effects of the differences between the demographic and occupational characteristics of health workers and their perceptions of health tourism quality and communication on health workers working in the provinces of Denizli, Bursa, Antalya, Mersin and İzmir, which are important in health tourism. The data will be evaluated according to the communication and quality perceptions of health workers, gender, occupational group, professional experience, province, foreign language proficiency and various education variables they receive within the scope of health tourism.

A survey method consisting of 11 items was used for the research data. The research consists of closed and open-ended demographic and occupational questions related to the individual characteristics of the health workers who will be included in the study by the researcher. In the research, data was collected through the website www.online-anket.gen.tr, transferred to the SPSS 24.0 packaged statistical program and analyzed.

It was concluded that health workers who received in-service training had higher perceptions of both quality and communication than those who did not. Based on this result, it was thought that the training given to the patient about other services that he or she could benefit from besides the health services offered to the patient could positively affect the quality and communication perceptions of the healthcare professionals.

Key words: Perception, communication, quality, demographic, occupational

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Turizm Kavramı.....	1
1.2. Turizmin Gelişimsel Süreci	2
1.3. Türkiye'nin Turizm Destinasyonu.....	3
1.4. Turizm ile Sağlık Turizminin Ortak Özellikleri	5
1.5. Sağlık Turizmini Genel Turizmden Ayıran Özellikler	5
2. SAĞLIK TURİZMİ	7
2.1. Sağlık Turizmi Kavramı	7
2.2. Sağlık Turizminin Tarihi	8
2.3. Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler	10
2.4. Sağlık Turizminin Tercih Edilmesi ve Engel Olan Faktörler, Fırsatlar, Zorluklar	11
2.4.1. Sağlık turizminin tercih edilme nedenleri.....	11
2.4.2. Sağlık turizmine engel olan faktörler.....	12
2.4.3. Sağlık turizminde fırsatlar ve zorluklar	13
2.5. Dünyada Sağlık Turizmi.....	14
2.6. Türkiye'de Sağlık Turizmi.....	19
Sağlık	22
2.6.1 Türkiye'ye hasta hareketliliğinde yer alan ülkeler ve nedenleri.....	24
2.6.2. Türkiye'de Uluslararası hasta sınıflaması.....	24
2.7. Sağlık Turizmi Çeşitliliği.....	25
2.7.1. Termal Turizm-Spa Wellnes Turizm.....	25
2.7.2. Termal Sağlık Turizmi Tesislerinde Olması Gereken Standartlar.....	29
2.7.3. Dünyada Termal Turizm.....	30
2.8. Engelli Turizmi	31
2.9. Yaşlı Turizmi	33
2.10. Medikal Turizm	36
2.10.1. Dünyada Medikal Turizm.....	38
3. KALİTE KAVRAMI	41
3.1. Türkiye'de Kalite	41

3.2. Kalite Algısı	44
3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Neleri Kapsar? Akreditasyon Nedir? ..	47
4. YÖNTEM	50
4.1. Araştırmanın Konusu	50
4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	50
4.3. Araştırmanın Yöntemi	51
4.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	51
4.3.2. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	52
4.3.3. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirliliği	53
4.3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	53
4.4. Araştırmanın Varsayımları	56
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	56
4.6. Araştırmanın Problemleri	56
5. BULGULAR.....	58
6. SONUÇ VE TARTIŞMA	110
KAYNAKLAR	116
EKLER	124
ÖZGEÇMİŞ	127

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Ülkelerin Fiyat Karşılaştırması	17
Tablo 4.1. Sağlık turizminde hasta ile iletişim algısı verilerinin geçerlilik analizi.....	54
Tablo 4.2. Sağlık turizminde sağlık hizmetleri kalite algısı verilerinin geçerlilik analizi	54
Tablo 4.3. Doğrulayıcı faktör analizi	55
Tablo 5.1. Katılımcılara İlişkin Temel Tanımlayıcı Bilgiler (N:612).....	58
Tablo 5.2. Katılımcıların Yabancı Dil Bilmelerine göre Dağılımı	61
Tablo 5.3. Katılımcıların Bildikleri Yabancı Dil Çeşitlerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 5.4. Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetinde Ek Gelir Verilmesi Düşünme Durumları	64
Tablo 5.5. Katılımcıların Kurumlarında Sağlık Turizmi ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumları	65
Tablo 5.6. Ankete Katılanların Sağlık Turizmi Kapsamında Aldıkları Eğitimlere göre Dağılımları	66
Tablo 5.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Turizmi Açısından İletişim Algılarına Ait Bilgiler	69
Tablo 5.8. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalarla İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı	70
Tablo 5.9. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hasta Yakınları ile İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı.....	71
Tablo 5.10. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı.....	72
Tablo 5.11. Araştırmaya Katılanların Hastanede Yabancı Hastalara Sunulan Yemeklerden Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı.....	73
Tablo 5.12. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalar Açısından Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı.....	74
Tablo 5.13. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı	75
Tablo 5.14. Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	76
Tablo 5.15. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından İlave Tedavi ve İşlemler ile	

İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	77
Tablo 5.16. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Sonucunu İzlemeyle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	78
Tablo 5.17. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Maliyetleri ile İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	79
Tablo 5.18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Turizmi Açısından Kalite Algılarına Ait Bilgileri	80
Tablo 5.19. Katılımcıların, Hastanelerinin Yabancı Hastalar Tarafından Tercihinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması Dağılımı	81
Tablo 5.20. Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yabancı Hastalar Açısından Tercihinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesinin Etken Olması Dağılımı	82
Tablo 5.21. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Coğrafi Açından Kendi Ülkesine Yakın Olması Dağılımı	83
Tablo 5.22. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Konaklama ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olması Dağılımı	84
Tablo 5.23. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Türkiye'nin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasının Etken Olma Dağılımı	85
Tablo 5.24. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hizmeti Etkili ve Hızlı Vermesinin Etken Olma Dağılımı	86
Tablo 5.25. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Teknik Donanımının Etken Olma Dağılımı	87
Tablo 5.26. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Hekim Kadrosunun Etken Olma Dağılımı	88
Tablo 5.27. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Uluslararası Standartları Uygulamasının Etken Olma Dağılımı	89
Tablo 5.28. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesinin Etken Olma Dağılımı	90
Tablo 5.29. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisinin Olma Dağılımı	91
Tablo 5.30. Turizm Algısı Ve Alt Boyutları Betimsel İstatistikleri	92
Tablo 5.31. Kadın ve Erkek Grupları İletişim Algısına İlişkin T Testi Sonuçları	92
Tablo 5.32. Kadın ve Erkek Grupları Kalite Algısına İlişkin T Testi Sonuçları	92
Tablo 5.33. Meslek Gruplarının İletişim Algılarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları	93

Tablo 5.34. Meslek Gruplarının Kalite Algılarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	94
Tablo 5.35. Mesleki Tecrübe Değişkenine göre İletişim Algısı ANOVA Testi Sonuçları	95
Tablo 5.36. Mesleki Tecrübe Değişkenine göre Kalite Algısı ANOVA Testi Sonuçları	96
Tablo 5.37. Çalıştığı İl Değişkenine göre İletişim Algısı ANOVA Testi Sonuçları.....	97
Tablo 5.38. Çalıştığı İl Değişkenine göre Kalite Algısı Anova Testi Sonuçları.....	98
Tablo 5.39. Yabancı Dil İngilizce Bilme Durumuna Biliyorum ve Bilmiyorum Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	98
Tablo 5.40. Yabancı Dil Bilme Durumuna Biliyorum ve Bilmiyorum Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	99
Tablo 5.41. İletişim Teknikleri Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	100
Tablo 5.42. İletişim Teknikleri Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları.....	100
Tablo 5.43. Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları.....	101
Tablo 5.44. Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	102
Tablo 5.45. Hastanın Hakları Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	102
Tablo 5.46. Hastanın Hakları Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	103
Tablo 5.47. Hastanenin Sunduğu Olanaklar ile İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları.....	104
Tablo 5.48. Hastanenin Sunduğu Olanaklar İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	104
Tablo 5.49. Yabancı Dil Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	105
Tablo 5.50. Yabancı Dil Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	106
Tablo 5.51. Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyan Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları.....	106

Tablo 5.52. Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	107
Tablo 5.53. Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	108
Tablo 5.54. Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları	109

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Farklılık Analizlerine İlişkin Karar Verme Şeması.....	51
Şekil 5.1. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı.....	59
Şekil 5.2. Katılımcıların mezuniyet eğitim durumlarına göre dağılımı.....	59
Şekil 5.3. Katılımcıların Meslek Tecrübesine Göre Dağılımı	60
Şekil 5.4. Katılımcıların Çalıştıkları İl'e Göre Dağılımı	61
Şekil 5.5. Katılımcıların yabancı dil bilmelerine göre dağılımları	61
Şekil 5.6. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak İngilizce Bilen Kişilere Göre Dağılımı... ..	62
Şekil 5.7. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak Hem İngilizce Hem Almanca Bilen Kişilere Göre Dağılımı	63
Şekil 5.8. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak Hem İngilizce Hem Rusça Bilen Kişilere Göre Dağılımı	63
Şekil 5.9. Katılımcıların hem İngilizce hem diğer bir dil bilen kişilere göre dağılımı... ..	63
Şekil 5.10. Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Verilen Sağlık	64
Şekil 5.11. Katılımcıların kurumlarında sağlık turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımları	65
Şekil 5.12. Katılımcıların iletişim teknikleri eğitimi alma durumlarına göre dağılımı ..	67
Şekil 5.13. Araştırmaya katılanların hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitimi almalarına göre dağılımları	67
Şekil 5.14. Katılımcıların hasta hakları hakkında eğitim alma durumlarına göre dağılımları	67
Şekil 5.15. Katılımcıların hastanenin sunduğu olanaklar hakkında eğitim alma durumlarına göre dağılımı	68
Şekil 5.16. Araştırmaya katılanların yabancı dil eğitimi alma durumlarına göre dağılımı	68
Şekil 5.17. Araştırmaya katılanların hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	68
Şekil 5.18. Araştırmaya katılanların hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı..	69
Şekil 5.19. Araştırmaya katılanların yabancı hastalarla iletişimde sorun yaşama durumlarına göre dağılımı	70
Şekil 5.20. Araştırmaya katılanların yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama	

durumlarına göre dağılımı	71
Şekil 5.21. Araştırmaya katılanların yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama durumlarına göre dağılımı.....	72
Şekil 5.22. Araştırmaya katılanların hastanede yabancı hastalara sunulan yemeklerden dolayı sorun yaşama durumlarına göre dağılımı.....	73
Şekil 5.23. Araştırmaya katılanların yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımı	74
Şekil 5.24. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	75
Şekil 5.25. Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşama dağılımı	76
Şekil 5.26. Katılımcıların yabancı hastalar açısından ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama dağılımı	77
Şekil 5.27. Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izlemeyle ilgili sorun yaşama dağılımı	78
Şekil 5.28. Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama dağılımı	79
Şekil 5.29. Katılımcıların, hastanelerinin yabancı hastalar tarafından tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olması dağılımı	81
Şekil 5.30. Katılımcıların hastanelerini tercihinde yabancı hastalar açısından tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesinin etken olması dağılımı.....	82
Şekil 5.31. Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması dağılımı	83
Şekil 5.32. Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması dağılımı	84
Şekil 5.33. Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olmasının etken olma dağılımı.....	85
Şekil 5.34. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hizmeti etkili ve hızlı vermesinin etken olma dağılımı.....	86
Şekil 5.35. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı	87
Şekil 5.36. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı.....	88

Şekil 5.37. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı	89
Şekil 5.38. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma dağılımı	90
Şekil 5.39. Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin olma dağılımı	91

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

f	Frekans
F	Standart değeri
N	Katılan sayısı
p	Manidarlık, anlamlılık derecesi
Sd/Df	Serbestlik derecesi
Ss	Standart sapma
t (t)	Standart değeri
\bar{x}	Aritmetik ortalama

Kısaltmalar

UNWTO	The World Tourism Organisation
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
KTB	Konya Ticaret Borsası
JCI	Joint Commission International
SATURK	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
AB	Avrupa Birliği
SPA	Salus Per Aquam
E-WOM	Electronic Word of Mouth
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TÜSKA	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin

1. GİRİŞ

1.1. Turizm Kavramı

Turizm; eskiden turistlerin yeni yerler görmek, keşfetmek, gittiklerinde doğayı tarihsel yapıları ziyaret etmek gibi amaçlarla buldukları yerden başka yere seyahat etmeleriydi. Artık kavram daha da genişletilerek hastalıkları tedaviye, iklim ve hava koşullarından yararlanarak sağlıklı doğal kaynakları ve sağlık teknolojilerinin ilerlemesinden yararlanarak sağlıklı hayatı sürdürmek için yapılan geziler de eklenmiştir (1).

Turizm; gelen kişilerin güvenlikleri, hoşnutlukları ve sağlıklarını devam ettirmelerini dikkate alan bu alanda gereksinimlerin ve taleplerin sürekli yenilendiği yarış pazarıdır. Turizm, kültürel değerlerde maddi ve manevi dönüşümlere neden olabilmektedir. Deniz kenarındaki yerleşim yerleri bu sürece en iyi uyum sağlayan bölgelerdir (2).

Kültür ve turizm bakanlığına göre;

Turizm: “Kişilerin ikamet ettiği yer dışındaki bir yere bir yılı aşmamak üzere, boş zaman değerlendirme, iş ve diğer benzeri amaçlarla yaptıkları seyahatlerdir”.

Turist: “Ziyaret edilen ülkedeki özel (ikinci konut, arkadaş ve akraba evi vb.) veya kamuya açık konaklama tesislerinde en az bir gece kalan ziyaretçidir” (3).

Devletler turizme bacasız sanayi ismini vermektedir. Doğal kaynakları bulunan bölgeler, en avantajlı konuma geçmişlerdir. Bu turizm çeşitliliği ülkelere iş imkânı tanınmasının yanında döviz akışı sayesinde ekonomiye büyük faydası olmuştur (4).

Turizm, işletmeler için maddi gelir; devletler için yabancı para girişi, insanlar için iş olanağı sağlanması gibi birçok alanın multidisipliner çalışması ile kişilerin taleplerine karşılık veren bir alan olmuştur. 1950lerden şimdiye kadar olan süreçte birçok dallara ayrılmıştır (4).

Turizm tanımını yapılırken zaman konusu sürekli dile getirilmektedir. 24 saat geçmiş olması konusunda tartışmalar olmaktadır. Uçak yolculuğu sayesinde zaman konusu da nerdeyse ortadan kalkmaktadır. Ancak turizmde zamana takılmayıp getirileri

dikkate almak gerekmektedir. Turizm çeşitliğinde en çok fayda sağlayan alana yönelmek gerekmektedir (4).

1.2. Turizmin Gelişimsel Süreci

Dünyaya bakıldığında değişik konular, turizm dallarında yer almaktadır. Kış turizmi, yaz turizmi, kongre turizmi, inanç turizm, gastronomi turizmi, motor turizmi gibi birçok farklı alanda turizm çeşitliliği görülmektedir. Ülkemizin tarihler boyunca birçok medeniyetlere ev sahipliği yapmasına rağmen turizm konusunda geri kalmış durumdaydı. 1980 yılından sonra turizme yönelik alt yapı çalışmalarının yapıp turizm desteklenince turizmin önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Dinlenme ve kalacak yerlerin standartların artırılması, kentsel alt yapıların tekrardan ele alınması, talebe bağlı konaklama yerlerinin talebe göre fazlaştırılması, gelen turist talebine hitap edecek düzeyde hizmet kalitesinin artması, jeopolitik avantajlarının kullanılması gibi birçok neden iç ve dış turizmi hareketlendirmiştir (4).

İkinci dünya savaşından önce turizm zengin kesimin doğal güzellikleri, kültürel gezileri, tarihi görmek için boş zamanlarında yaptığı etkinlikti. Daha sonra tatil amaçlı ziyaretler olmaya başlamıştır. Zengin kesimden ekonomik geliri düşük halk sınıfında yaygınlaşmıştır. Turizm ekonomik ve sosyal getirisi olan bir durumdur (5).

Turizm için boş zaman değerlendirilmesi yapılmıştır. Boş zamanın tanımını da çalışmadığın süreleri yani iş çıkışı süreleri, çalışmadığın tatil günlerini, senelik izinleri, emekliliği ifade etmektedir. Dünya’da 1970lerden sonra turizmin değeri fark edilmiştir. Bu durum ülkemizde bir 10 yıl sonra anlaşılmıştır. Sonrasında da türleri, problemleri ne olacağı ne getireceği avantajları sürekli tartışılmaya başlanmıştır (6).

Günümüzde turizm alanında seyahat olanaklarının kolaylığı, teknolojinin ilerlemesi hareketliliği arttırmakla gelişme göstermekte ve farklılaşmaktadır. Dolayısıyla turizm talebinde bulunan kişilerinde ilgi alanları ayırım göstermektedir. Turizm farklılıkları da daha fazla alternatif turizm çeşitliliği oluşturmaktadır (7).

UNWTO’ya göre; her 10 işten birini turizm oluşturmaktadır. Dünya nüfusu arttıkça insanların tahribatı da artmaya başlamıştır. Sürdürülebilir turizmle doğal kaynakların tahribatının önlenmesi ve devamlılığı önemlidir. Küreselleşmenin etkisiyle teknoloji dünyada ilerlemiş aynı zamanda da demografik özelliklerin

değişmesiyle turizmde tekrardan değişime ihtiyaç duyulmuştur. Süper bilgili dünyada dijital platformlar turizm pazarına girmeye başlamıştır (8).

Turizmde erişilebilirlik en önemli unsurdur. İlgi çekici yerlerin erişilebilirliğinin turist memnuniyetinde etkisi büyüktür. Turizm destinasyonu oluşturmada da erişilebilirlik önemli bir bileşendir. Ulaşımın sağlanması turistik destinasyonların da büyümesini imkân kılacaktır. Gerekli bilgilendirmeyle ölü turistik alanların canlandırılmasını sağlamaktadır. Turistik yerin pazarlanması da cazibe yaratılmasının bir diğer özelliğidir (9).

1.3. Türkiye'nin Turizm Destinasyonu

Türkiye turizm potansiyelinin en güçlü olduğu özelliklere sahip bir konumdadır. Fakat bu potansiyelden yararlanamamaktadır. Turizm pazarında yer almak için rekabet edebilmek şarttır. Türkiye düşük ücretler ile cazibeyi arttırmakta bu alanda avantaj getirisini azaltmaktadır. Turizm destinasyonları oluşturarak ve kalite standartlarını düzgün uygulayarak pazardaki hakkını alma olasılığı yüksektir. Türkiye'de her yöreye, her mevsime, her duruma göre turizm destinasyonu çeşitliliğinden bahsedilebilir. İnanç turizmi, kayak turizmi, kış turizmi gibi birçok farklı alan vardır (10).

DTÖ verilerine göre; Avrupa ülkeleri arasında 2019 yılında 51,2 milyon kişi ile turist sayısına sahip 4. ülke Türkiye'dir. Avrupa turist sayısı sıralamasında 1. sırada Fransa, 2. sırada İspanya, 3. sırada İtalya bulunmaktadır. Yine 2019 senesine bakıldığında turizm gelirinde Avrupa da 29,8 milyon dolar ile ilk 10 ülke arasında 6. Ülke Türkiye'dir. Avrupa'da turizm gelirinde sırayla İspanya, Fransa, İngiltere yerini almaktadır. Avrupa ülkeleri sıralamasında 2017, 2018, 2019 senelerinde olumlu artışlar yakalanmıştır (11).

DTÖ verilerine göre; dünya da en çok turist gelen ülkeler arasında 2019 senesinde 6. Sırada 51,2 milyon kişi ile Türkiye olmuştur. Dünyada en çok turist karşılayan ülkeler arasında ilk sırada Fransa olmak üzere sırayla İspanya, ABD gelmektedir. Turizm gelirinde 2019 da Dünyada 14.sırada 25,8 milyar dolar ile Türkiye yer almaktadır. ABD 214,1 milyar dolar ile dünya turizm gelirine sahip 1. ülke sıralamasına girmiştir. İspanya ve Fransa sırasıyla dünya turist sayısında olduğu gibi turizm gelirinde de ilk üçte yer almaktadır (11).

DTÖ verilerine göre dünyada Türkiye'nin turizm konumu değerlendirilmelerinde; Türkiye 2011 senesinden itibaren turizm kişi sayısı sıralamasında 5 yıl boyunca dünyada 6. Sırada yer almaktadır. Bu yıllarda dünya genelindeki turizm geliri ortalaması sıralamasında 12 sıraya yerleşerek değişiklik olmadan 5 yıl boyunca sıralamada sabit kalmıştır. 2016 senesinde hem dünyadaki turizm sayısında hem de turizm geliri sıralamasında ülkemiz geri sıralara kaymıştır. Turizm sayısı 2017'de 8. 2018 ve 2019 senesinde 6. Sırada yerini almıştır. 2016 yılından sonraki 3 sene turizm sayısı olumlu görünse de turizm gelirlerinde ilk 10 sıraya girememiştir (11).

KTB'ye göre; 2020 senesinde ülkemize giriş yapan yabancı ülke vatandaşlarıyla Rusya 2,1 milyon kişiyle ilk sırada yer almaktadır. Sonrasında sırayla Bulgaristan, Almanya, Ukrayna, İngiltere vatandaşları olmuştur. Yabancı turistlerin en çok giriş yaptığı sınırlar sırayla İstanbul, Antalya, Edirne, Muğla, Artvin'dir. Yabancıların en çok gecelediği iller sırayla Antalya, İstanbul, Muğla, Aydın, İzmir' dir (3).

KTB'e göre; yurt dışından ülkemize gelen kişilerin %75,23'ü hava yolu, %23,21 kara yolu, %1,95 deniz yolunu tercih etmişlerdir (12).

KTB'e göre; Türkiye turizmden 2020 senesinde 12,1 milyar kazandı. Biri turist ortalama 762 dolar harcarken, 1 gece ortalama 61dolar kazandırmıştır. 2020 senesinde yabancı turistler 9,1 milyar dolar kazandırırken, yurtdışı ikamet edenlerin ülkemize getirisi de 2,9 milyar dolardır. Ortalama bir yabancı turist 716 dolar kazandırmışken yurt dışı ikametli kişilerin 926 dolardır (12).

Kültür ve turizm bakanlığı 2020 yılı Türkiye turizm getirilerini 3 sınıfa ayırmıştır. Bunlar;

- ✓ Kişisel harcamalar: yeme içme, konaklama, sağlık, yerli ulaşım, spor-egitim-kültür, tur hizmetleri, yerli uluslararası ulaşım, cep telefonu dolaşım harcamaları, marina hizmetleri harcamalarıdır.
- ✓ Diğer mal ve hizmetler: giyecek, ayakkabı, hediyelik eşya, halı-kilim vb, diğer harcamalardır.
- ✓ Paket tur harcamalarıdır (ülkeye kalan) (12).

2020 yılında sağlık harcaması kişisel harcamaların içinde yer alıp 548,882 bin dolar ile Türkiye turizm getirisi sıralamasında 8. Sırada yer almaktadır. Gezi, eğlence, sportif ve kültürel faaliyetlerin oranı en yüksek paydayı oluşturmaktadır (12).

2019 yılı TÜİK verilerinde sağlık amaçlı ülkeye giriş yaban yabancı sayısı 560.520 yurt dışı vatandaşlarımızın oranı 101.567'dir. 2020 senesinde yabancılar 336.326 yurt dışı vatandaşlarımızın sayısı 51.824 olarak belirlenmiştir (13).

1.4. Turizm ile Sağlık Turizminin Ortak Özellikleri

- Her iki grubunda seyahat esnasında konuşma bağlantıları, yolculukları, kalıp dinlendikleri yerler ve yönlendirmeleri hemen hemen fark göstermemektedir.
- Turizm amaçlı gelen gruptan her bir kişi sağlık turizmi adayı olmaktadır.
- Yurt dışından gelen kişi her iki grup hizmet alıcısı kategorisinde yer alabilmektedir.
- Ülke vatandaşı olmayan ve ülkemize giriş yapan her birey için anksiyeteye neden olan “turistin güvenliği” zorunlu standarttır.
- Toplumsal durumlardır.
- Yatırım ile iş alanı açmanın temelini şekillendirirler.
- Arz ve talebe sahip pazarlama sistemini barındırmaktadırlar.
- Sadece insan temelli gibi görünse de farklı çalışma gruplarının yer aldığı karışık bir işletme sistemidir.
- Amaçlar ortaktır. Hizmet talep edenin hoşnut kalmasını sağlamak ve maddi kazançlardır (2).

1.5. Sağlık Turizmini Genel Turizmden Ayıran Özellikler

- Odak noktası “insan sağlığı”dır.
- Sağlık turizmi denilince medikal turizm de denilebilmektedir.
- Diğer iş kesimlerine göre ayrıcalıklıdır.
- Karışık ve anlaşılması zordur.
- Hoşnut etmek amacıyla fazladan titizlik, çalışkanlık, gayret gösterilmez.
- Her şeyin önceden ayarlanması ve düzenlenmesi aynı zamanda kontrollü devamı önemlidir.

- Maddi getirisi ile diğer alanlardan önde gelmektedir.
- Sağlık turizmi hizmeti alan kişi olması gerekenden çok döviz kazandırmaktadır.
- Ne yapacağına ödeyeceği ücretler ve ne kadar zaman sonra hizmete ulaşacağı etkilemektedir.
- Bu alanın olmazsa olmazı da tıbbi teknolojilerdir (2).

2. SAĞLIK TURİZMİ

2.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Sağlık turizmi: Asıl hedefi sağlıktır. Bu çerçevede düzenlenen bütün yolculukları kapsamaktadır.

Turist sağlığı: Turistik gezi sırasında ortaya çıkan sağlık sorunlarının çözümünün hepsi, olası bir sağlığı tehdit eden durumun oluşmasına izin vermemek için alınan tedbirler ve sağlık komplikasyonları ile karşılaşılınca çözümünde başvuru olan tanı tedavi hizmetleridir (14).

Özkan'a göre sağlık turizmi kavramları;

Turizm sağlığı: Turizm canlılığının gerçekleşen yerdeki etkilerinin tamamını kapsayan olgudur. Bu kapsamda; turistin, çalışanların, çevrenin ve toplumun sağlığı oluşturmaktadır.

Turist sağlığı: Artık dünya genelinin büyük çoğunluğu engelli birey kategorisinde hayatını devam ettirmekte, engelli yakını da onlarla beraber sosyal aktivitelere bulunduğu düşünülürse ekonomik pazarda ciddi bir yerleri bulunmaktadır.

Sağlık turizmi diğer turizm çeşitliliğinde sayılar karşılaştırdığında ön sıralarda yer almasa da işlemlerde ki ekonomik getirisinin fazlalığı, uzayan kalış zamanları göz önüne alınırsa en çok kazandıranlar arasındadır (7).

Sağlık turizminde, turistin sağlık sorunları üzerine ya da oluşmaması üzerine seyahatler yapılmaktadır. Turizmde farklı günlük hayatın bunaltıcılığından uzaklaşmayı hedeflememektedir. İnsanlarla zorunlu olarak etkileşim halinde olunan bir alandır. Soyut değil somut bir kavram üzerine kurulmuştur. Sağlığın daha iyi olması, turist deneyimleri ile algılarının iyi yönde olması, vücutta bulunan ağrılara yapılan müdahale ve iyileştirmeleri içermektedir. Kısa sürede çözümler olacağı gibi yaşadıkları yere geri dönüşlerde de sonuçlar alınabilmektedir (15).

Sağlık turizmi kavramı kullanıldığı ülke, bölge, uygulanan prosedürle, süreçlere göre farklı tanımlanabilmektedir. Turistlerin memnuniyetlerini arttırmak için tıbbi tedaviler ve faaliyetlerin olduğu turizm etkinliği denilebilmektedir(16).

UNWTO'ya göre; sağlık turizmi bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayıp çevrelerinde ve sosyal hayatlarında daha iyi işlev görme kapasitelerini artıran tıbbi ve sağlık temelli faaliyetler yoluyla fiziksel, zihinsel, ruhsal sağlığa katkısı olan temel motivasyon kaynağı olan turizm biçimidir. 2'ye ayrılır. Medikal turizm, Wellness turizm (17).

Sağlık turizmi ne demektir diye sorulunca iki kelimeyi de içeren sağlık ve turizm düşünülmektedir. Fakat sağlık turizmine kapsadığı faktörler ile eksiksiz ele almak gerekmektedir. Farklı branşların bir arada ekip disiplini ile devam ettirmeleri gereken bir alandır. Sağlık turizminin son dönemlerde bu kadar üzerinde durulmaya başlaması da dünyada yaşlı nüfus sayısının artması ve teknolojik ilerlemelerdir (2).

Papp'a göre sağlık turizmi, sağlık ve zindelik birbiri yerine kullanılmaya başlamıştır. Ama dikkat edilmesi gereken bir ayırım vardır. Sağlık turizmi tıp ve tedavi yönlerini içerirken Wellness iyileştiriciden daha çok önleyici olmaktadır (18).

Sağlık turizmi; sağlığın devam ettirilmesi, daha iyi olması, iyileştirilmesi için sürekli yaşanılan bölgeden başka bir bölgeye yolculuk yapılması sağlık ile turizm imkanlarından faydalanıp sonrasında da geri dönmeden 24 saat geçirmesi şeklinde tanımlanmıştır (19).

Sağlık turizmi kişilerin sağlıklarını devam ettirecek, gerekirse çare bulacak, geri sağlıklı haline döndürecek, gerekirse de daha da sağlıklı duruma gelmek için hayatını devam ettirdiği ülkeden farklı bir yere gitmeleridir. Sağlık turizmi milletler arasında gerçekleşen devinim sayesinde sağlık hizmeti verenlerin gelişmesine olanak sağlamaktadır. Sağlıklı bir insan olmak zorlaştığı sağlıklı kalmaya yönelimler artmaktadır (20).

Sağlık turizminde hedef, kişilerin iyileşmeleri için psikolojik, fiziksel yetenekleri, ihtiyaç ve istekleri dikkate alınmalıdır. Gerekirse kişinin istediği özel etkinlikler ve iyileştiren şifalı sulardan da yararlanmalıdır (21).

2.2. Sağlık Turizminin Tarihi

Sağlık turizmi ilk çağlardan itibaren gerçekleşmektedir. Ziyaretler sırasında, yolculuklar sırasında olduğu bilinmektedir. 2. Dünya savaşı sonrası dikkat çekmeye

başlamıştır. Daha iyi olabilmek adına iyileştirmeler yapılmaya başlanmıştır. Daha iyi olma çabaları sağlık kalitesini arttırmıştır (2).

Tarih öncesi dönemde insanlar önsezileri ile hastalıklara müdahale etmiştir. Yeni araştırmalarda eski insanların kabileler arası en iyi tedavi eden kişiye hastasını götürmeye başlamasıyla sağlık turizminin başladığını görülmektedir. Antik çağlar ve ilk çağlarda da suyun etkisinden sağlık için yararlanılmıştır. Kaplıcalara ziyaretten, şifalı su içmeye kadar farklı kanıtlara rastlanmıştır. Eski Yunanlıların İzmir çevresine yaptıkları tapınaklarla ilk sağlık turizminin ortaya çıkmasını sağlamışlardır. Dünyanın dört bir yanından çare bulmak amacıyla gelenler olmuştur. Aynı yıllarda Hindistan' da da farklı bir tedavi uygulanmaktaydı. Yoga günden güne artmaktaydı. İnsanlar bu yeni alternatif yöntemleri öğrenmek ve uygulamak için Hindistan' a bir çare bulmak amaçlı gitmekteydi. Romalılar da savaş zamanı hastanelerini farklı ülkelerden olan yaralı askerleri tedavi için açmaktaydı. Sağlık turizminin savaş zamanı engellenemediği bir durum haline gelmekteydi. Ancak savaş sonrası üst mertebe sınıfta yer alan kişilerin sıcak su banyoları ve içmeceleri sağlık amacı dışında kullanılmaya başlanmıştır. Orta çağda Arap tıbbı gündeme gelmiş ve tıp en gelişmiş dönemini yaşamıştır. İslam dini bilim adamları birçok tıp kitabı çevirisi yapmışlardır. Bu dönemde sağlık turizmini “seyahat edin sıhhat bulun” hadisi ile desteklenmiştir. Rönesans dönemi İslam tıbbının sayesinde Latinceye çevrilen tıp kitaplarının okunmasıyla Avrupa için yeni bir dönem başlamıştır. “Sudan gelen sağlığa” önem vermişler ve birçok tesis araştırıp bulmuşlardır. Rönesans sonrası dönemde de zenginlerin üst sınıf insanın sağlık bulmak amaçlı bu bölgelere akın etmeye devam etmiştir. Avrupa' da sağlık turizminde dikkat çeken batı İngiltere' de bulunan kanalizasyon sistemlerinin olmasıydı. Sağlık turizminin Avrupa' da artmasıyla oradan gelen gelirlerle çevre düzenlenmesine gidilmiş, talepler arttıkça da kuruluşlara da standartlar getirilmeye başlanmıştır.1900lerde Amerika ve Avrupa sağlık turizmi merkezi haline gelmiştir.1933 senesinde Amerika tıp alanında heyet kurarak sistemin standartlarını belirlemiştir. 1960' dan sonra sağlık turizmi hareketliliği Hindistan' a doğru Ayurvedik tedavi ve yoga etkinliklerine kaymaya başlamıştır. 1980'den sonra Amerika vatandaşları bile teknolojinin gelişmesi ile tıp maliyetlerinin artmasını göz ardı edememiş ve ilk olarak dış tedavisi olarak farklı bir ülkeyi tercih etmeye başlamışlardır. 1994 senesinde sağlık turizmi furyasından nasibini alan Amerikan vatandaşları hiç değilse kendi koydukları hastane standartları uygulanan kuruluşları tercih etmeleri için JCI akreditasyonu kurumunu oluşturmuşlardır. Tayland, Hindistan ve Singapur gibi sağlık

turizmini önemseyen ülkeler JCI akreditasyon standartlarına uyarak en iyi gelir kaynağı haline getirmişlerdir (22).

Geçmiş tarihlerde Türk devletleri sağlığa önem verdiklerini yaptıkları tarihi yapıtlar ile kanıtlamaktadır. Yolculuk esnasında hem dini ayinlerini gerçekleştirebilecekleri hem de şifa bulabilecekleri mekânlar yapmışlardır. Dini turizm sağlıklı olmak için gerekli olduğu düşünülmektedir (2).

Türkiye geliştirmekte olan bir ülke olmasına rağmen sağlık turizmi camiasında söz sahibidir. Başarıları tesadüfi değil belli bir disiplinli çalışmanın sonucu olmuştur. Birçok sağlık kurumunda bulunan kalite standartları uluslararası seviyededir. Sağlık turizminde İleri tıbbi teknoloji, düşük fiyatlar, jeopolitik konumu ve muhteşem doğasıyla bütün özellikler çekiciliği arttırmaktadır (2).

Ülkemizde özel sağlık hizmeti veren kurumlar yabancı sağlık sigorta şirketleri ile anlaşarak sağlık turizmini hareketlendirmektedir. Fakat toplu bir yönelim yaratmamıştır. SATURK ve sağlık bakanlığının adımıyla anlaşmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (20).

2.3. Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler

Tontuş'a göre; sağlık turizminin günden güne önem kazanmasını 2 maddede etkenleri sıralanabilmektedir. Bu etkenler;

- İç kaynaklı (itici) faktörler: Kişilerden ya da kurumların sağlık bakımı ihtiyacını için ikamet ettiği ülkeden farklı bir ülkeyi seçmesine neden olan kendi ülkesinin sebep olduğu etmenlerdir.
- Dış kaynaklı (çekici) faktörler: İç kaynaklı faktörlerden farklı olarak tercih ettiği farklı ülkenin sahip olduğu etmenleri kapsamaktadır.

Etkenlerin farklılıkları ürününde daha geniş çerçevede olmasına olanak sunmaktadır. Fakat sağlık turizminde istenen hizmet profesyonellik gerektirirse istenilen hizmet öznelendirilmelidir. Yine de öznel olan hizmetlerin tanıtımı duyulabilir olmalıdır (23).

Sağlık turizmi tanıtımı ülke ekonomisini canlandırmak içinde bir avantajdır. Sağlık hizmeti almak istemeleri için talepte bulunmaları gerekmektedir. Bunun için de

sağlık hizmeti verecek bölgeden haberdar olması gerekmektedir. Gideceği ülkenin süregelen turizm imkânları ile sağlık hizmeti seviyesinden haberdar olmalıdırlar (23).

Aksoy ve Yılmaz' a göre sağlık turizminde pazarlama faktörleri;

- İç kaynaklı faktörler; kişinin yaşadığı yerdeki sağlık sisteminden kaynaklı oluşan problemlerden kaynaklı etkenlerdir.
- Dış kaynaklı faktörler; sağlık turizmi düşünülen ülkedeki cazip etkenlerdir (24).

2.4. Sağlık Turizminin Tercih Edilmesi ve Engel Olan Faktörler, Fırsatlar, Zorluklar

2.4.1. Sağlık turizminin tercih edilme nedenleri

Hanefeld ve arkadaşlarına göre sağlık turizminin tercih edilme nedenleri (26);

- Tedavi ve seyahat motivasyonu;
 - Kamu sistemi dışında tedavi için motivasyon;
 - Seyahat motivasyonları; işe yararlık, maliyet, uzmanlık, yakın kültür, tatil yapma arzusu.
- Kişisel tercihlerden kaynaklı; olmayan uzmanlıkların bulunması, bekleme süresi, bir alanda kalitenin kötü olduğu algısı, estetik cerrahinin özel olması ve maliyetinin yüksek olması, hizmet alması için teşviklerin olması (reklam, arkadaş tavsiyesi, aile baskısı gibi)

Sağlık turizm hedef kitlesinde olan kişilerin karar verme süreci; özel tedavi alma isteği, yurt dışına seyahat etme kararı, gidilecek yerin seçimi, hizmet sunucu seçimi etkili olmaktadır (25).

Ayrancı ve arkadaşlarına göre;

- Ülkesinde gelişmiş teknolojinin olmaması, olsa da bu alanda profesyonelleşmiş çalışanların yetersizliği ya da olmaması,
- Tedavi olurken turizm rekreasyonlarından yararlanma talepleri,
- Uygun fiyatlı sağlık hizmetinin olmaması,

- Hasta mahremiyetine önem vermek istemeleri,
- Ölmek istememe, son çare yolları arama

Sağlık turizmini tercih edilme nedenleri arasında sayılmaktadır (26).

UNWTO'ya göre;

- Sağlık sistemlerinin aşırı yoğunluğu, yaşlı nüfusun artması, yeni yaşam istekleri,
- Kentleşme, yanında kronik hastalıklar,
- Medikal Turizm'de teknolojiye ve bu alanda iyi olanların gizliliğine yapılan yatırımlar,
- Teknolojik gelişmeler; örneğin, kapalı ameliyatlar,
- Akıllı giyilebilir teknolojiler, elektronik sağlık, mobil sağlık; akıllı çözümlerle kişisel tedavi planları,
- Kişisel sağlık verilerinin korunması (gizlilik) ve kanunlar,
- Sınır ötesi hasta hareketliliği (özellikle Avrupa birliğinde)

Sağlık turizmüne yönelme nedenleri olarak belirlemiştir (17).

2.4.2. Sağlık turizmüne engel olan faktörler

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'na göre;

- “Sağlık sigorta haklarının sınır aşırı taşınabilirliği sorunu”: Sağlık sigortalarının ülke dışında geçerliliğinde olan problemler. Sigorta kapsamına girmeyen yol ücretleri, gelişen komplikasyonların sigorta dahilinde olmadığı için sigorta şirketlerinin sorun çıkarması olasıdır.
- “Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin denklik sorunu”: Sağlık hizmetinde çalışanların uluslararası geçerli uzmanlıklarının olmaması eğitim düzeyleri hakkında güvensiz yaklaşmaktadırlar.
- Postoperatif bakım ve komplikasyonların yönetimi sorunsalı: Sağlık hizmeti alan kişilerin ülkelerine döndükten sonra bakım mecburiyetinde kalırsa sigorta kapsamında değilse ve gelişebilecek olası sağlık sorunları için tekrar ücret ödemesi probleminin doğmasıdır.

- “Malpraktis yasalarında karışıklık”: Tedavi sırasında istenmeyen sorunların ortaya çıkması ve kimin sorumlu olduğu kimin karşılayacağı konusundaki belirsizliklerdir.
- “Hasta kayıtlarının dijital ortamda tutulmasında yetersizlik”: Gelişmiş ülkelerin üzerinde durduğu bir faktördür. Sağlık hizmeti süresinde hasta için yapılan bütün durumların epikrizine doğru işlenmesi aynı işlemlerin yapılmasının önüne geçeceği gibi ülkesine geri dönünce olabilecek problemlerinde saptanmasını hızlandırır.
- “Sınır aşırı seyahat sorunsalı”: Pasaport olsa da yaşanan vize sorunlarıdır.
- “İletişim dili sorunsalı”: Sağlık hizmeti alırken anlaşılacak önemli bir faktördür. Sağlık alanında konuşulan ortak dilin İngilizce olmasının yanında fazla sayıda gelen ülkenin vatandaşlarının dillerinin bilinmesi de avantaj sağlayacaktır. Doğru iletişim kuruma karşı güveni pekiştirmektedir.
- “Kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlar”: Sosyokültürel belirsizlikler sağlık turizmi alıcılarını düşündürebilmektedir. Oluşan anksiyete kişinin bağışıklık sistemini zayıf düşürebilmekte bu da istenmeyen sorunlar arasında yer almaktadır. Hedef kişilerin özellikleri dikkate alınarak tedirginlikleri ortadan kaldırılabılır (20).

2.4.3. Sağlık turizminde fırsatlar ve zorluklar

Unwto’a göre sağlık turizminde fırsatlar (17);

- Demografik özelliklerin değişmesi,
- Yeni yaşam modelleri (LGBT, Z kuşağı, sağlık ve sürdürülebilir yaşam tarzları, sürdürülebilir yaşam),
- Ürün geliştirme stratejileri,
- Teknolojik gelişmeler ve yenilikler,
- Artan talep,
- Artan yatırımlar,

UNWTO'a göre sağlık turizmindeki zorluklar (17);

- Ulaşılabilirlik
- Uzmanlıklar, eğitimler
- Sağlık ve turizmin işbirlikçiliği
- Sürdürülebilirlik (doğa temelli etkinlikler, yerel vatandaş ve turistlerin refahı)
- Güvenilir bilgi
- Düzenleme ve etik

2.5. Dünyada Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi yeni bir kavram değildir. Eskiden sadece hastalıkların tedavisi değil güzelleşmek tazelenmek için de tercih edilmekteydi. Sağlık turizmi tedavi amaçlı yaygınlaşmaya başladığı zaman ekonomisi gelişmiş ölkelere akım olmuşken günümüzde ekonomisi güçlü ölkelerden diğer gelişmekte olan yerlere akım başlamıştır (27).

Globalleşen dünyada olan hareketlilikler sağlık turizminde de olumlu sonuçlar yaratmıştır. Gelişmekte olan ölkeler arasında olan Türkiye ve diğer ölkelerin bu sektörde ne yönde ilerleme kaydedeceği sağlık turizmine de yön verecektir (2).

Sağlık turizmi sosyal medyanın da sürekli üzerinde durduğu bir alandır. Son yüzyılda bu alandaki gelişmeler dünyada büyük yankı uyandırmış ve yüksek ücretler kazanmalarını sağlayarak dikkatleri üzerine çekmiştir (2).

Sağlık turizmi artık uluslararası düzeyde bir trend olarak karşımıza çıkmaktadır. Orta ve üst gelir düzeyine sahip kişilerin fiziksel, zihinsel, ruhsal sağlık sorunları hakkında endişeleri, artan iş stresi ile baş etme ihtiyacı ve durağan günlük yaşamın rutininden kaçma ihtiyacı gibi birçok sebepten dolayı moda ya uygun bir turist ürünü haline geldi (28).

Eğitim düzey ile ekonomik kazançların fazlalaştığı devletlerde sağlık masrafları da aynı oranda yükselmiştir. Gelişmiş ölkeler devlete olan maliyet yükünün azaltılması için uygun fiyat karşılığında hizmet sunan ölkeleri tercih etmelerini sağlamaya çalışmaktadır (29).

Sağlık turizmi çalışmaları dünyada ilgi konusu olmakla birlikte bu alandaki koşulları sağlaması açasından da özellikli bir bölümdür. Diğer hizmet veren alanlardan

ayıran özellikleriyle hizmet karşılığında döviz kazandırması cazibesini arttırmaktadır (30).

Sağlık turizmi sayesinde artık insanlar beklemek zorunda değildir. Sağlık için kaliteli hizmet için yüksek fiyatlar ödemek zorunda değildirler. Eyaletler arasında ve uluslararası birçok tercih hakkı oluşmuştur. Artık işverenler, işverenin desteğiyle medikal turizme yönelmektedir. Devletlerde artık politikalarında değişiklik yaparak sağlık turizmi için diğer ülkelerle anlaşmalar yapmaktadır. Çin gibi gitgide artan nüfusun taleplerine yetişemeyen ülkeler başka ülkeler ile sağlık ağları kurmaya başlamışlardır (31).

Turizm çeşitliliğinde mevsimsel faktörler olumsuz etkiler arasında yer alırken sağlık turizminin de bu durum tam tersidir. Sürdürülebilirlik mevsimsel şartlardan dolayı negatif faktörler kısıtlanır (32).

Küreselleşen dünyada sağlık turizminin gelişmesi de kaçınılmaz olmuştur. Bilgi alışverişinin olması, ulaşımın kolaylaşması, teknolojideki artış sağlık turizmini hareketlendirmiştir. Kolaylıkla teknolojiyi kullanarak internet üzerinden konu hakkında bilgi sahibi olunmaktadır (33).

Sağlık turizmi geliştirmekte olan çoğu ülke için ekonomik kaynak ve dış ticaret hizmetidir. Hindistan, Malezya, Singapur, Türkiye sağlık turizminde payı olan birkaç ülkedir (33).

Sağlık turizminde en çok tercih edilen ülkeler; ABD, Hindistan, Küba, Kosta Rika, Tayland, Singapur, Kolombiya, Malezya, Türkiye, Meksika, Almanya ve Güney Kore'dir. Güney ve Orta Amerika ABD vatandaşlarının sağlık hizmetine az ücret ödemek için tercih edilmektedir. Malezya ise Endonezya ve Filipin'ler de sağlık sisteminin gelişmemesinden faydalanarak sağlık turizmindeki hemen hemen dörtte üç hasta sayısını bu milletler oluşturmaktadır. Avrupa'da sağlık turizminin hareketlenmesini üye komşu ülkelerin işbirlikçi tutumları sağlamaktadır. Belçika'ya sağlık turizmi amacıyla gelen %92 oranına sahip komşu Avrupa ülkeleri olmuştur (34).

Sağlık turizminin gelişmesine bir pazar haline dönüşmesine yurt dışındaki değişik tedavi yöntemlerini ve olanaklarının gelişimini izleyen, standartları yüksek yerlerde sağlık hizmeti isteyen, fazlalaşan ücretler, bekleme sürelerinin çokluğu ve birçok dezavantajla maruz kalmak istemeyen kişilerin farkındalıkları bu süreci hızlandırmıştır (35).

Sağlık turizmi yeni bir turizm çeşidi değildir. Fakat daha önce olan amaçlarından farklı bir şekil almaktadır. ABD, AB, Almanya başta olmak üzere sağlık hizmetlerinde sorun yaşamaya başlamışlardır. Bu sorunlar; bekleme listeleri de bunların başında gelmektedir. Sağlık turisti sağlık ihtiyacını belirler, en iyi olanakları araştırır ve en uygun hizmet vereni bulur. Sağlık turizminde ülkeler rekabet sayesinde fiyat ve kalitede daha da iyi duruma gelmektedir. Örnek olarak Kore’de plastik cerrahinin gelişmesi erkek başvuran oranı kadın oranına yaklaşmaktadır. Plastik cerrahi artık sadece kadınların ilgi alanına değil herkesin ilgi alanına girmektedir. Havayolundaki ilerlemeden sonra ABD’ye gelip hizmet sonrası bakımı ülkesinde yaptırınların oranı da artmıştır. Singapur ve Hindistan kalp ve ortopedi ameliyatlarında uzmanlaşmıştır. Asya kozmetik uygulamalar için seçilen bir ülke oluşturmaktadır. Hindistan ve Singapur kardiyak tedaviler için tercih edilen ülkelerdir. Medikal tedavi dışında artık alternatif tıp uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Ayurveda, akupunktur, homeopati gibi uygulamaların yeri Güney Kore, Filipinler ve Tayvan gibi yeni sağlık turizmi ülkeleridir. Bu gelenekler güney doğu Asya ülkelerine meydan okumaktadır (36).

Uluslararası sağlık turizmi tanıtım kuruluşu medikal turizmi’nin istatistiklerine göre 2020-2021 yılı sağlık turizmi tercihlerinde 46 ülke arasında bölge değerlendirmelerinde Amerika %65,89, Avrupa %67,04, Asya %69,06, Afrika %63,8, Orta Doğu %62,15 olarak sağlık turizmindeki aktiflikleri ortaya koyulmuştur. Sağlık turizmi bölgelerinden en çok tercih edilme sıralamasına göre ülkeler ise; Asya’da Singapur %76,43, Amerika bölgesinde Kanada %76,47, yine Asya’da Japonya 74,23 olarak istatistiklerde ortaya çıkmıştır. Sağlık turizminde İran %44,38 en az orana sahiptir. Avrupa bölgesinde yer alan Türkiye’nin ortalaması %63,91’dir. Türkiye tesislerin kalite ve hizmet sıralamasında 23. Sıradadır (37).

Tablo 2.1. Ülkelerin Fiyat Karşılaştırması

İŞLEM	HİNDİSTAN FİYATI	TAYLAN FİYATI	TÜRKİYE FİYATI
Tek göz katarakt ameliyatı	1,400 \$	1,800 \$	907 TL
Diz protezi ameliyatı	6,000/ 12,000 \$	6,563/ 12,500 \$	4,419TL
Tüm yüz gerdirme ameliyatı	7,200 \$	2,813 \$	8.183 TL
Diş implantı	Ücret Belirtilmemiş	1719/ 2,813 \$	1,604 TL
Tüp bebek	6,500 \$	3,750/ 15,625 \$	Ücret Belirtilmemiş
By-pass ameliyatı	7,000 \$	17,188 \$	30,722 TL

Sağlık turizminin bir ülkede gelişmesi; bu alanda çalışanların aldığı ücretinde artmasını sağlar. Dolayısıyla kalifiye insanların ülke dışında çalışma istekleri azalmaktadır. Sağlık turizmi yeni iş imkânları sunarak ülkenin kalkınmasını sağlamaktadır. Ülke içi ekonomik kazanımların az olması medikal turizmden gelen dövizin çok olmasıyla dengelerin sağlanmasına olanak tanımaktadır (39).

Dünyada sağlık turizmi bir turizm çeşidi olmaktan ileridir. “Hizmet ihracatı” adı altında olan bu sektör çok değişikliğe uğramıştır. Önceleri hastanelerde tedavi amacıyla başlarken rehabilitasyon ve yaşlı engelli bakımını da içine almıştır. Türkiye’ de bu durum hala hastane odaklı olsa da dünyada ekonomik kazançları yüksek olan termal ve yaşlı sağlık hizmetleri üzerinde durulmaktadır. Sağlık turizminde 100 milyar dolarlık rakamdan paylarını almak isteyen ülkelerle dolmuştur. Gelişmiş ülkelerin sağlık turizmine destekleri kendi belirledikleri koşullar, uluslararası sertifikalar, düşük ücretle kısa sürede tedaviler başka ülkelerle anlaşmaları konusunda avantajlı konuma getirmektedir (40).

Teknolojinin ilerlemesinden haberleşme sistemi de nasibini almıştır. İnsanlar zorlanmadan hizmet vericiler hakkında bilgiye ulaşmaktadır. Kalite ve akreditasyon tercihlerde önemli bir etken olmaya başlamıştır. Dünyada da bu durumu ciddiye alan sağlık hizmeti veren kurumlar ve tesisler olumlu düzenlemelere gitmektedir (40).

Dünyada farklı yerlerin farklı cazip özellikleri bulunmaktadır. Ülkede bulunan güzelliklerin hepsi değil en göze çarpanlar en iyi yerlerden belirlenip marka değerinin oluşturmasına bakılmaktadır. Örneğin; Afyon termal tesislerde markalaşabilir, İstanbul medikal turizmde marka değerini öne çıkarabilir (40).

ABD, Hindistan, Tayland hasta güvenliği ve kalite üzerine yoğunlaşmış sağlık turizminde en çok kazanan ülkeler arasına girmişlerdir. Sağlık turizminde en çok tercih edilen alanlar lazer göz, diş, ortopedi, estetik cerrahi, tüp bebek tedavisi, kalp damar cerrahi, ışın tedavisi sadece bunlardan bir kısmıdır (40).

Bazı sağlık turizmine karşı olan insanlar gittikleri yerde komplikasyon yaşamaktan, daha az kaliteli hizmet almaktan dolayı çekinmektedirler. Sağlık turizmi içine çekilebilecek gruplar iki kategoriye ayrılmaktadır (40);

1-Diaspora sağlık turizmi; kişilerin ikinci bir vatan olarak hissettikleri ülkelere sağlık hizmeti almak için gitmeleridir. Almanya da doğup büyümüş Türk kuşaklarının ülkemizi sağlık tüketicisi olarak tercih etmesi örnek verilebilir. Bu sağlık turizmi çeşitliliğinden senelik 1 milyondan çok kişiden uluslararası seyahat ettiği düşünülmektedir.

2-Yasa-aşan sağlık turizmi; isminden de anlaşılacağı gibi ikamet ettiği ülkede/bölgede yasalarını kapsamayan işlem için gideceği ülke/bölge yasalarında karşılık bulan sağlık hizmeti için yapılan seyahatlerdir. İrlanda ve Polonya’da kürtaj yasağı ülkede yaşayan insanları yurt dışına çıkmaya zorlamaktadır.

Sağlık turizmi daire başkanlığına göre dünyada sağlık turizmi işleyişi (40);

Başvuru: Kişinin ikamet ettiği yerdeki aracı kurumla irtibata geçip, istekte bulunur.

Tıbbi kayıt: Aracı kurum isteği kabul edip hasta ile ilgili bütün evrakları tahsis edip gidilecek ülke formatında düzenler.

Tıbbi danışman: Aracı kurumla çalışan doktor tarafından hasta dosyası değerlendirilir.

Bilgilendirme: Süreçteki olası bütün ücretler, sağlık hizmeti verilecek yer, hizmet verecek kişiler konusunda bilgilendirmek.

Yazılı onam: Yasal izin formu imzalatılır sonrasında kişi bazlı “tıbbi tedavi seyahat formu” ile lüzum halinde vize işlemleri için evrak oluşturulur.

Koordinasyon: Kişinin ülke dışına çıkıp geri gelme sürecinin hepsi aracı kurum tarafından organize edilir.

Vaka yönetimi: Ülkeden ayrılan kişinin gideceği yerde karşılanması için düzenlemeler yapılır, kişi ulaştığı zamandan geri dönene kadar sorumluluğu olay yöneticisine devredilir.

Günlük takip: Her gün hasta bilgilendirilmesi alınır. Aile yakınlarına bilgiyi de aracı kurum verir.

Dönüş transferi: Aracı kurumun bilgisi dahilinde olay yöneticisi transferi gerçekleştirir.

Karşılama: Tekrardan yaşadığı ülkeye geldiğinde karşılanıp yaşadığı yere bırakılır.

Raporlama: Sigorta şirketi ile aile hekimine durum bildirimini yapılır.

Geribildirim: Hastadan olanaklar dikkate alınarak telefon/mesaj/yüz yüze görüşmeyle geribildirim alınır (40).

2.6. Türkiye’de Sağlık Turizmi

2014 yılında sağlık turizmine yönelik Türkiye’de ilk kez kurul toplanmıştır. Kurulun ismi “sağlık turizmi koordinasyon kurulu” olarak tanımlanmıştır. 2015 senesinde sağlık turizm koordinasyon kurulu “SATURK” olarak resmileştirilmiştir. Sağlık bakanlığına bağlı sağlık turizmine yönelik çalışmaları yönetecek komisyondur. Sağlık turizmi alanında mevzuat ve akreditasyon çalışmalarının yapılması, eğitim ve planlama çalışmalarının yapılması, uluslararası tanıtım, planlama, fiyatlandırma çalışmalarının koordinasyonunu yapacaktır (41).

Türkiye’nin çekiciliği, kolay ulaşılabilirliği, ileri düzey elektronik tıbbi sistemleri ile sağlık turizmine çok elverişlidir. Gelişmiş, modern, standartlarıyla diğer ülkelerle yarışan sağlık kurumlarının olmasıyla birlikte dünyayı etkisi altına alacak yaşlıların gün geçtikçe artmasıyla doğal su kaynaklarından yararlanmak için tercih listesinde ön sıralarda olması kaçınılmazdır (14).

Türkiye’ye gelen sağlık turizmi çeşitliliğindeki bütün grupların hepsi olanaklardan yararlanmaktadır. Ayrıca ülkemize gelen sağlık turizmi kullanıcıları alternatif seçeneklerden de 4 mevsim yararlanmaktadır. Küreselleşmeyle birlikte sağlık alanındaki seçeneklerin artması sağlık turizmini genişletmiştir (20).

Globalleşen dünyada turizm hizmet alanında getirisi çok olan bir gelir kaynağıdır. Ekonomik potansiyelinin artmasından dolayı hizmet sağlayıcılar sağlık turizmine son dönemlerde eğilim göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde beklentiler düşük ücretler, kısa bekleme süresi, standartların beklenen düzeyde ya da daha iyi olması tercihlerde ön sıralarda yer almaktadır. Sayılan olanaklara sahip devletler sağlık turizmi alanında hak sahibi olabilmektedir. Türkiye sağlık turizmi pazarında yeterli düzeylerde yer alamamaktadır. Hatta diğer ülkelerle kıyaslandığı zaman sahip olduğu tarihe ve tabii mükemmelliklerin eklenmesine rağmen sağlık turizmi alanında dünyaya göre geri kalmıştır. Dünyada sağlık turizminin ekonomik döviz gelirinin devletlere sağladığı yararın Türkiye’de de üzerinde durulması gerektiği anlaşılmıştır (32).

Türkiye sağlık turizmi alanında son dönemlerde gelişmeye başlamaktadır. Akredite hastanelerin varlığının fazlaşması, yabancı dile önem verip bu yönde çalışanların miktarının fazlaştırılması, diğer ülkelere oranla ücretlerin ekonomik düzeylere çekilmesi gibi olumlu değişiklikler yapılmıştır. Sağlık turizmini bir araya getiren ve devamını sağlayan kurumların çabaları sonuç vermiştir. Türkiye’nin hedefi daha da iyi olup hakkı olanı almaktır (42).

Türkiye turizm değerlerinin yanı sıra uluslararası standartlara sahip sağlık kurumlarının varlığı sağlık turizm alanında öncelik sırasına sahip ülkelerdendir (19).

Ülkelerde sağlık turizminin ilerlemesinde ve sürdürülebilirliğin olmasında devletin yardımı önem arz etmektedir. Sağlık turizmi pazarında yer alan ülkelerin ilk sıralarda tercih edilmeleri için devlet destek ve teşvikleri sağlanmalıdır. Sağlık turizmi turizm destinasyonunda ki kişilerin bıraktıkları paranın çok üzerinde olduğu bilinmektedir. Fakat Türkiye’de sağlık turizm amaçlı gelen kişiler diğer ülkelere göre daha az döviz bırakıp gitmektedirler. Dolayısıyla ülkemize gelecek hedef kitleyi belirlerken yüksek maliyetli istekleri olan grup için çalışmalar yapılmalıdır (43).

Sağlık turizmi ülkelere ekonomik gelir kazandırdıkça iyileştirme çabaları da artmaya başlamıştır. Maddi gelir kaynakları nerden geldiğine bağlı olarak o alana yönelmeler başlamaktadır. Farklı bölgelerdeki fiyat farklılıkları daha uygun olan ülkelere yönelmeye teşvik etmektedir. Türkiye’de bu alanda cazip pazarların arasında yer almaktadır. Türkiye’nin diğer avantajı coğrafik konumudur. Coğrafik yakınlığa sahip ülkelerde bulunan insanların tercih oranı oldukça yüksek olan Avrupa kıtasıdır (44).

Turizm eskiden beri çoğu ülke için değerli olan ekonomik getirisi olan temellere sahiptir. Türkiye’de turizm sektöründe sahip olduğu özelliklerden ötürü bu konuda yetkinliği olan bir destinasyondur. Ancak gün geçtikçe turizm çeşitliliği de değişmiş sağlık turizmi de gelişmiş ülkelerin ağırlığı daha fazla hak elde etmişlerdir. Ülkelerin ilerleyen turizm çeşidindeki sağlık turizmine ilgilerinin maddi gelirlerin artmasıyla daha fazla yarar sağlayabilmek için bu alana yatırımlar artmıştır. Türkiye’nin de bu alanda yer alması gerekmektedir (45).

Sağlık turizmi sadece hizmeti sunmanın iyi olmasıyla bitmemektedir. Bu ürünü pazarlama da tanıtımın önemi yadsınmaktadır. Hizmet olsa da reklam olmazsa talep de az olmaktadır. Türkiye’nin sağlık turizminde eksikliği de budur. Parasal verilerin kaydı takip edilmesinde yaşanan sorunlar bir düzen oluşmasını da engellemektedir. Devamlı sağlık turizmi ile ilgili düzenlemelerin uygulanmasının istenmesi tekrardan bir adaptasyon süreci oluşturmaktadır. Vakit kaybı oluşmakta dolayısıyla sunulan kalitenin azalmasına neden olmaktadır. Bu alanda sürekli mevzuat değişikliğine gidilmesindense net kurallar konulması gerekmektedir (45).

Sağlık turizmi alanında çalışan personelin yabancı dil bilme oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Hizmet almak için yurt dışından gelen kişiler için cazip hale getirmenin bir yolu da çalışanlara yabancı dil eğitimleri açılması, bunun karşılığının da verilmesi gerekmektedir (45).

Sağlık turizminde yeterli sayıda ve bu alan üzerine ilgili olan doktorun bulunmaması eksikliklerden bazılarıdır. Bir diğer eksik ise eğitilmiş çalışanların olmamasıdır. Yapılabilecek değişiklikler ise okullarda bu alanda dersler verilmeli, alanda çalışanlara ek ücretlendirme ile teşvik edilmelidir (45).

Türkiye’de sağlık turizm alanında uluslararası anlaşmalar imzalayarak, hukuk alanında istihdamlar yaparak, bu alanı destekleyecek kurumların açılmasını destekleyerek turizm karından yararlanmaya çalışmaktadır. Türkiye’de ki sağlık kurumları JCI akreditasyonunu alarak ülke standartları arasındaki en yüksek düzeydeki kurumlarla yarışmaktadır. Ulaşım kolaylığı ve tercih olasılığı fazla olan hava yollarının bulunması fazladan bir avantaja dönüşmektedir (32).

Türkiye’de sağlık turizmini olumsuz etkileyen faktörler de bulunmaktadır. Devletle ilgili işlerin yürütülmesinde yaşanan yavaşlıklar, anlaşılamayan yasal

düzenlemeler, bu alanda çalışan insanların uluslararası yasal düzenlemeleri tamamıyla bilmemeleri, yeterince dikkat çekememek, beğendirme çalışmalarının yapılmaması sağlık turizm potansiyelinin önüne geçmektedir (32).

Sağlık turizmi sonrası olumlu sonuçlarla ülkelerine geri dönen kişiler kulaktan kulağa bilgilerle sağlık turizmi reklamına destek vermektedir. Bu sayede sağlık turizmi alanında çalışan personelin tekrar başkaları tarafından tercih edilme olasılığı artmaktadır. Sosyal kültürel çevre ile gelen turist ile yerli halkın etkileşimi sağlanması sonucu uluslararası seviyede bağlar oluşur. Bilgi aktarımları, teknolojik ilerlemeden faydalanma soysa kültürel çevrenin katkısı bulunmaktadır. Sağlık turizminin ülkelere getirisinden dolayı daha da yeniliklere ve gelişmelere açık olması ilerlemeleri sağlayacaktır. Sağlık turizmi pazarındaki düzeylerin artması da yurtdışından gelen kişilerin memnuniyetinin yanında yerel halkında memnuniyetine olanak tanır (32).

Türkiye’de Dünya’da ki sağlık turizmi pazarında etkin rol oynayabilmesi için doğru adımlarla ilerlemesi gerekmektedir. Bu alanda en fazla sözü geçen devletlere bakılarak mevduatlar düzenlenmeli kurumlara devlet desteği her açıdan sağlanmalıdır. Kurum alt yapısının yanında personel alt yapısının da yeterli düzeyde olmasına önem verilmelidir. Gerekli görülen değişikliklerin yeniden doğru olarak düzenlenmesi sağlık turizmi pazarında bir an önce atılmak için gereklidir (32).

Sağlık turizminde sağlık turistlerinin Türkiye’yi seçmelerindeki sebepler arasında sunulan medikal hizmetlerine düşük ücret ödemeleridir. Diğer bir neden ise sunulan hizmet standartlarının yüksek olmasıdır. Almak istedikleri hizmetin yaşadıkları yerde sigortanın karşılamaması, karşılasa bile gereğinden fazla bekletme sırasına alması Türkiye’yi tercih etmelerinde cazip hale getirmektedir (46).

Türkiye de sağlık turizminin avantajları saptanmalı bu yönde ilerlemeler kaydedilmeli, gerekli durumlar üzerinde durulmalıdır. Bu sayede uluslararası pazarda rekabet etmesine imkân tanınır (46).

Medikal turizmde kurumların tanıtımı yetersiz gelmektedir. Devlet de ülkenin reklamını yapmalıdır. Medikal turizmde turizme ek olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarının da bir bütün olarak işlerin yürütülmesine katılması gerekmektedir. Medikal turizmde kime ya da kimlere hitap edileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Türkiye’nin öncelikle coğrafi yakınlıktan faydalanabileceği ülkeleri belirlemesi ihtiyaç duyulan hizmetlerin sunumunu kolaylaştırması avantajını elde etmelidir (46).

Türkiye' ye gelen kişilerin hem tedavi hem tatil yapma olanaklarından faydalanabilecekleri ortamlar hazırlanmalıdır. Sadece 1 kereye has tedavi olmak değil sürekli tercih edilen bir ülke olmak için uluslararası standartlara önem verilmelidir. JCI ve İSO alacak kurumlar devlet tarafından desteklenmelidir. Ülkemize sağlık hizmeti almaya gelen her kişi reklam olduğu unutulmamalı dolayısıyla sağlık turizmi hizmetine uygun olmayan yerlerin kapatılması gerekmektedir. Bu konuda da devlet hassasiyet göstermesi gerekmektedir (46).

Kılavuz'a göre Türkiye'nin sağlık turizminde seçilen ülkeler arasında olmasının nedenleri;

- JCI belgesine sahip kurumların varlığı
- Yüksek standartlara sahip sağlık hizmetleri ve gelişmiş teknolojilere sahip olma
- Uygun fiyat aralığı
- Hoş karşılama ve kültür uyumu
- Ulaşım kolaylığı
- Turizm altyapısı
- Rekreasyon olanaklarının bulunmasıdır (33).

Soysal'a göre sağlık turizminde Türkiye'yi seçmenin avantajları; ucuz ve dünya kalite standartlarına sahip olması, güvenilir, çoğu ülkeden vizesiz ve direkt uçuş olması, Avrupa ile uyuşan iklimi, Asya-Avrupa-Afrika üçgeninin merkezinde bulunmak olarak sıralamıştır (47).

Soysal'a göre sağlık turizminde Türkiye' yi seçmenin dezavantajları; termal turizmde yeni olmamız, ülke vatandaşından farklı ücret alınması, uzman personel eksikliği, kontrolsüz yapılan işlemlerin komplikasyonlarının takip edilememesi, yabancı dil bilenlerin azlığı olarak sıralamıştır (47).

Türkiye farklı açılardan avantajları elinde bulunduran sağlık turizmi ülkelerindedir. Coğrafi konumu, turizme sahip olması, sağlık alanındaki teknolojik ilerlemeleri bulundurması, kaliteli sağlık hizmeti vermesi, ekonomik fiyatlar ülkemizin sağlık turizminde olumlu özellikleridir. Dünya da olan bu sağlık turizmi avantajlarının yanında insanların sağlık merkezlerine verdikleri değer arttığı fark edilmektedir. Türkiye'ye sağlık turizmi kapsamında gelen kişiler dahiliye, ortopedi, kadın hastalıkları

ve doğum bölümünü tercih etmektedirler. Göz ameliyatları ve saç ekimi başta olmak üzere estetik cerrahide tercih edilen bölümler arasındadır (34).

2.6.1 Türkiye’ye hasta hareketliliğinde yer alan ülkeler ve nedenleri

- Akrabalık bağları olan ülkeler; Bulgaristan, Yunanistan, Suriye
- Türk nüfusunun çok olduğu ülkeler; Almanya, Hollanda, Fransa
- Alt yapı sorunu çeken ülkeler; Libya, Irak, Balkan ülkeleri, Orta Asya Türk Cumhuriyetleri
- Sağlık hizmetleri pahalı olan ülkeler; İngiltere, Amerika, Almanya
- Uzun bekleme sırası olan ülkeler; İngiltere, Hollanda, Kanada
- Sigorta sistemlerinin ödeme yapmamasından dolayı gelenler dış tedavisi gibi; Fransa, İngiltere, Almanya, İrlanda
- Özellikle hizmetlerin talep yoğun olan ülkeler; Orta Doğu ülkeleri, Balkan ülkeleri(34).

2.6.2. Türkiye’de Uluslararası hasta sınıflaması

- “Medikal turist”; yaşadığı yerden ülkemize sağlık kazanmak maksatlı gelen insanlardır.
- “Turistin sağlığı kapsamında hizmet alan hasta”: tatil amaçlı Türkiye’de bulunan kişilerin acil ya da planlamadan ihtiyacı olan sağlık hizmetini almaya mecbur kalan turistlerdir.
- “Sağlık alanında ikili anlaşmalı ülkelerden gelen hasta”: Sağlık bakanlığımızın karşılıklı olarak ülkelerle imzaladıkları sağlık kapsamında gelen bireylerdir.
- “Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkelerden gelen hastalar” farklı ülkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumlarının aralarında yaptıkları anlaşmalar dahilinde karşılıklı sahip oldukları sağlık imkanlarından faydalanmak için Türkiye’ye gelen insanlardır (20).

2.7. Sağlık Turizmi Çeşitliliği

Iordoche ve arkadaşlarına göre sağlık turizm çeşitlemesi (48);

- Wellness turizm: ekolojik ve doğa turizmi, köy turizmi
- Sağlıklı yaşam turizmi:
 - Spa: spa, yoga, aromaterapi
 - Rehabilitasyon; fizyoterapi, hemodiyaliz
- Medikal turizm: medikal servisler, kanser tedavileri, cerrahi operasyonlar.

Ayrancı ve arkadaşlarına göre sağlık turizmi 3 kategoride yer almaktadır. Bunlar (26);

- Medikal turizm: “kişilerin tedavi ve rehabilitasyon için yurtdışında bulunan sağlık kurumlarından hizmeti almasıdır.
- Termal turizm, SPA: kaplıca tesislerindeki tıbbi uygulamaları kapsamaktadır.
- Yaşlı engelli turizm: her iki grubun bakımını, rehabilitasyon ile tıbbi hizmetlerin bütününe kapsamaktadır.

Sağlık Turizmi; medikal turizm, termal sağlık turizmi ve ileri yaş- engelli turizmi olmak üzere 3 alt bileşenden oluşmaktadır. Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın termal turizm çalışmalarından, Sağlık Bakanlığının medikal turizm çalışmalarından ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ise İleri yaş ve engelli turizmi çalışmalarından bahsedilmesi amaçlanmaktadır (49).

2.7.1. Termal Turizm-Spa Wellnes Turizm

Termal turizm, içerisinde ayrıışmış mineraller olan maden sularının rahatlama, dinçleşme, tedavi gibi birçok nedenle değerlendirilmesinden sağlık turizmi çeşitliliğinde yer almaktadır. Eskiden beri tedavi bulmak amacıyla sıcak su kaynaklarının kullanımı hastalıklara çare ararken günümüzde modern ve tıbbi açıdan sağlığa faydalı hale getirilen tesisler ilgilenenlere sağlık turizmi çeşitliliğine girmektedir (20).

Spa 19. Yüzyılda tanımlanan “Salus Per Aquam” “su ile gelen iyilik/sağlık” tır (20).

Wellness: “Akıl ve vücut sağlığında zindelik”. Bu kategoride çeşitli masajlar, cilt bakımları, çamur banyosu, yosun tedavileri, talossoterapi yer almaktadır (20).

Wellness turizm; fiziksel, zihinsel, ruhsal, mesleki, bilinci dahil olmak üzere insan hayatındaki bütün anları iyileştirmek ve dengelemek üzerine bir tip turizm aktivitesidir (17).

Spa-wellness: Spa'nın klasik tanımı su ve çamur tedavileri olmaktan çıkmıştır. Artık Spa güzel kokular ile terapiler, farklı masaj uygulamaları, suyun bütün ısı derecelerinden faydalanarak hızlı ya da yavaş olarak değişik yöntemlerle çıkmasını sağlayıp bu etkilerle oluşan güzel hislerin oluştuğu tamamlayıcı tedavi olarak tanımlanmaktadır (14).

Wellness: Tam bir bütünlük halinin yanında sosyal çevre ile de iyi ve sağlıklı olmak anlamına gelmektedir. Bu iyilik ve zindeliği sürdürecekt masajlar, yüz bakımları, kil banyoları gibi doğadan kazanılan malzemelerle oluşturulan sağlıklı yaşam yöntemlerinin kullanıldığı vücut bakımları bu alana girmektedir (14).

Kaynarca: Maden sularının bulunduğu yerden çıkıp yeryüzünde görüldüğü yerlerdir. Kaplıca ya da ılıca bu değerli yerlerden faydalanmak için etrafına yapılan yapıları kapsamaktadır (14).

Kaplıca: Maden sularının çıktığı yerlerden faydalanmak için çevresine yapılan tesisler olarak tanımlanmaktadır (50).

Maden sularının gruplandırılması (50);

- Fiziksel özellikleri bakımından maden suları; derecelendirilmesine göre çok sıcak, sıcak soğuk olarak gruplandırılır.
- Kimyasal özellikleri bakımından maden suları; içerisindeki elementler göre bikarbonatlı, sülfatlı, tuzlu, kükürtlü, karbon dioksitli, demirli, arsenikli, iyotlu, karışık ve radyoaktif olarak gruplandırılır.

Termal Kür Merkezleri; nitelikli termal suların çeşitli hastalıkların tedavi edilmesinde kullanılmasına olanak tanıyacak şekilde tasarlanmış sağlık ünitelerini içeren alanlar olarak tanımlanabilmektedir (49).

Termal Kür Merkezleri içerisinde yapılan uygulamalar (49);

- Eksternal Uygulamalar (Vücut Dışına Uygulama)
 - Banyolar,
 - Duşlar,
 - Peloidler,
 - Gaz banyoları,
- İnternal Uygulamalar (Vücut İçine Uygulama)
 - İnhalasyonlar,
 - İrrigasyonlar,
 - Mineralli suların içilmesi yapılmaktadır.

Termal turizm: “Termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türü” olarak tanımlanmaktadır (51).

Kür: “Tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir” (51).

Kültür ve turizm bakanlığı ’na göre kür çeşitlendirmesi (51);

- **Kaplıca tedavisi:** Toprak, yer altı ve deniz kaynaklı mineralli sular, gazlar, peloidler (çamurlar) ve iklimsel unsurlar gibi doğal tedavi unsurlarının yöredeki iklim olanakları ve gerekli görülen diğer tedaviler ile birlikte kür tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.

- **Balnooterapi:** Termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı kullanılmasıdır.
- **İnhalasyon uygulamaları:** Termomineral su zerrecikleri ile yapılan soluma uygulamalarıdır.
- **İçme kürleri:** Mineralli sular ile kaplıcalarda ya da yaşanan yerde yapılan içme kürleridir.
- **Peloidterapi:** “Doğal, jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve/veya inorganik maddeler olan peloidlerin bir balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır. Halk arasında şifalı çamurların tedavi amaçlı kullanılması olarak bilinmektedir.”
- **Klimaterapi:** “Hava sıcaklığı, nem, rüzgâr şiddeti ve hızı, güneş ışınımı ve benzeri iklimsel faktörlerin sistematik ve dozlanmış kür tarzında uygulanmasıdır.”
- **Talassoterapi:** “Koruyucu ve tedavi edici ve/veya kür amaçlı olarak tıbbi gözetim ve denetim altında, deniz suyu iklimi ve unsurlarının kür tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.”
- **Hidroterapi:** “Termomineral sular ile yapılan yıkama, duş ve dökme gibi uygulamalardır. Ayrıca, her birey için özel olarak düzenlenen ve ideal olarak amaca uygun inşa edilmiş havuzlarda gerçekleştirilen, sinir-kas-iskelet sistemiyle ilgili fonksiyonları geliştirme-iyileştirme amaçlı bir havuz tedavi programı” olarak da tanımlanmaktadır.

Özbek’e göre su ile yapılan kür çeşitlendirmesi (52);

- Mineralli sularla kür yapılması **balneoterapi**,
- Denizden gelen su ve iklim kürüne **taloseterapi**,
- Sağlıklı iklimde bulunmak ve iklimden yararlanarak yapılan küre **klimaterapi**,
- Tatlı sular ile kür yapılmasına **hidroterapi** denmektedir.

Kaplıcalarda kullanılan sağlık uygulamaları (51);

- **Fizik tedavi ve rehabilitasyon:** “Kaplıca tedavisinde kullanılan elektro terapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.”

- **Medikal Tedavi:** “Kaplıca tedavisi sırasında hastaya lokal veya sistemik olarak uygulanan ilaç tedavi yöntemidir”.
- **Destek Uygulamalar:** “Sağlık eğitimi, diyet uygulamaları, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, davranış değişikliği eğitimleri ve psikolojik destek yöntemidir.”

2.7.2. Termal Sağlık Turizmi Tesislerinde Olması Gereken Standartlar

- Termal hizmet veren kurumlar belirlenen alt yapıyı bulundurmalıdır.
- Termal su kaynaklarının buldukları içerikler sağlık turizmi talebi ile gelen kişilere bilgi verilmelidir.
- Termal turizmin sürdürülebilir olması için çevrenin düzeni muhafaza edilmelidir.
- Kurumlarda yeterli sayıda kalifiye personel çalıştırılmalıdır.
- Termal turizm hizmeti veren tesislerde son model tıbbi teknoloji barındırılmalıdır.
- Tercih sebeplerinden kolay ve düşük maliyetli seyahat kapsamında yer almalıdır.
- Termal sağlık turizmi olması için doğal sıcak su havuzlarına sahip olmalıdır.
- Tedavi sözleşmelerinin uluslararası standartlarını sağlaması, hizmet alıcılarına da işlemler ile ilgili gerekli bilgi eksiksiz anlatılmalıdır (32).

Ülkelerin sağlık hizmetleri konusunda yetersiz kaldığı yerde sağlık turizmi devreye girmektedir. Sağlık için yurt dışı seyahatlerde bulunulması turizmin yeni çeşitliliği içinde yer almaktadır. Tarih boyunca sürekli gelişime uğrayan bir turizm çeşitliliği vardır. İlk amacı sıcak sularından ve mineralli sularından faydalanmak olsa da bu çerçevede genişlemiştir. 21. yüzyılda dünya nüfusunun artması yanında bir sürü de sorunu getirmiştir. Hava, su, toprak kirliliklerinin neden olduğu sağlığı tehdit eden birçok problem oluşmuştur. Kişiler yaşadıkları çevrede karşılaştıkları bu dertlerden kaçış yolu arayıp oksijeni bol, şifalı suları olan, doğayla buluşabildikleri yerlere seyahat etmektedirler. Dinlenip, arınabilecekleri ve dinç olarak geri dönebilecekleri yerlerden yararlanmaktadırlar. Deniz kum güneş turizminden termal ve kaplıca tesislerine yönelim başlamıştır (53).

Termal turizm 12 ay boyunca diğer turizm seçenekleri ile aynı anda yapılabilmektedir (42).

Termal turizm değişik nitelikleriyle büyük bir yelpazeye sahiptir. Bu turizm piyasası her durumdan etkilenebilir. Tercih edilenler arasında yer almak için sadece en iyi tesislerin olması değil aynı zamanda bu alanda uzmanlaşmış çalışanlarında olması dikkate alınmalıdır. Termal turizmi daha ileri götürmek için yapılan propagandaların yanında içerisinde bulundurduğu yapıları da incelenerek ortaya çıkarmak gerekmektedir. Keşfedilen yenilikler banyo biliminin yardımı ile doğru olarak düzenlenmeli, kurulacak tesislerde bu özellikler dikkate alınmalıdır (27).

2.7.3. Dünyada Termal Turizm

Batı ülkelerine baktığımızda termal turizmde gelir kaynağı en iyi ülkeler Avusturya, Almanya, Fransa, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Romanya olarak görülmektedir. Almanya Münih'te Bad Fushing Termal Tesisleri küçük bir şehir niteliğinde olup hastaneden eğlence merkezine kaplıcalardan termal su tesislerine kadar 12 ay açık her isteğe karşılık bulan bir tesistir. Yıllık Türkiye'nin toplam turizm getirisini bu tesis tek başına kazanmaktadır. Almanya da doktor tanısı ve raporuna sahip olduğu takdirde kaplıca ücretleri hem kamu hem de özel şirketler tarafından tamamen ya da bir kısmının ödendiği ülkelerdendir. Macaristan birçok tarihi medeniyete ev sahipliği yapmış yerlerden biridir (54).

Asırlar içinde termallerde tedavi için kullanılmıştır. Budapeşte çevresinde kurulu termal tesislerin tarihi özellikleri bulunmaktadır. Yıllık ülkeye gelen turistlerin %25'i kaplıcaları ziyaret etmektedir. Macaristan' da Almanya' da ki gibi termal tedavi olduğunda sağlık kapsamında karşılanmaktadır. İtalya termal tesisleri sönmüş volkanik oluşumlar etrafında ülkenin her yerinde bulunmaktadır. İtalya' da Almanya' da ki gibi termal tedavi olduğunda sağlık kapsamında karşılanmaktadır. Çek Cumhuriyeti ve Slovakya ülkelerinde termal tesisler gelenekleşerek alternatif tıp olarak kullanılmaktadır. Dezavantajı kışın sağlık merkezleri yaza göre daha az kullanılmaktadır. Özel sigorta hastalık kanıtlanırsa tedavi için büyük miktarını ödemektedir (54).

Türkiye Romalılarından bu yana birçok medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Doğal sıcak suların çıktığı yer ve iklim ısını da kapsayan bir kelime ılıca, bu yerlerin üzerinin kapatılması ile oluşan yerlere de kapalı ılıca denmiştir. Kapalı ılıca zamanla kaplıca olarak değişmiştir. Türklerin buhar banyosu ile Romalıların kaplıcaları kültürel değişimle birleşip Türk hamamları oluşmuştur. Türkiye sahip olduğu iklim çeşitliliğinden ve

termallerin birçok ilimizde bulunması avantajından tam olarak yararlanamamaktadır. Avrupa ülkelerinde 100-120 gün olan kür süresi ülkemizde 220-240 gün aktif kür uygulaması yapılabilmektedir (54).

TÜİK' e göre Türkiye'de 90 kaplıca 19342 yatak vardır. Bunlardan çevre duyarlı 4 yıldızlı termal otel 4 tane 2034 yatak kapasiteli, 5 yıldızlı 13 tane 7637 yatak kapasitesine sahiptir (55).

Anadolu kültüründe yer alan kaplıcaların sağlık ve tedavi için tercih edilmesi günümüzde de süregelen bir alışkanlıktır. Sadece Anadolu medeniyetlerinde değil dünyanın dört bir yanında eskiden beri yer almaktadır. Sağlık alanında değerinin anlaşılması ile sağlık turizminde çoğu ülkenin üzerinde durduğu bir alandır. Türkiye'de bulunan kaplıcaların istenilen düzeyde içeriklerin bulunması sağlığa faydalarını ortaya koymaktadır. Doğal olmasına rağmen ülkemizde bu alandaki tesislere yapılan yatırımlar az miktardadır. Zengin ülkeler de artık tedavi masraflarını azaltmak için fiyat aralığı uygun olan ülkelere ihtiyaçlarını karşılamaya yönelmektedir. Ülkemize, Avrupa ülkelerinden termal tedaviye hastaların gelmesi yapılan anlaşmalarla ekonomik kazanımların bu alana yöneleceği öngörülmektedir (29).

Sağlık turizminde eski yapılardan da faydalanılmalıdır. Eski binaların emeklilere iyi gelmesi, kötü hastalıkları iyileştirmesi imajları dikkate alınmalıdır. Sanatoryum gibi eski sağlık binalarının doğayla iç içe kurulan tesisler hastane alt yapısından da faydalanarak avantaj sağlayacaktır. Kurulan tesis tedavi amaçlı olduğu kadar doğa yürüyüşleri, sporlar, aktiviteler de cazip hale getirilmelidir (56).

2.8. Engelli Turizmi

WHO'ya göre engellilik; sağlık sorunu olan kişilerin (genetik hastalıklardan mental retardasyon, psikolojik hastalıklardan depresyon gibi) kişisel ve çevresel faktörlerle (negatif davranışlar, erişilemez ulaşım, girilemeyen binalar, az sosyal destek gibi) arasındaki etkileşimdir (57).

DSÖ'ye göre engellilik hayatın bir parçasıdır. Her insanın hayatının bir kesiminde kalıcı ya da geçici sakatlıkla karşılaşacağı bir durumdur. Dünya genelinde yaşayanların %15'e yakın engelli bulunmaktadır. Bu nüfusun %3,8'i 15 yaş üzerini temsil etmektedir. %3,8 kitlede olan kişiler sosyal hayatta ciddi problemlere maruz kalıyor ve yaşamlarında

sıklıkla sağlık hizmetlerine gereksinimleri olmaktadır. İleri yaş insanların çoğalması, bir ve birden fazla kronik hastalıklara sahip olma oranı yükselmekte dolayısıyla engelli hayat sürenlerin miktarı fazlalaşmaktadır (58).

Yıldız ve Zafer'e göre engelli turizmi; engelli kişilerin var ettiği turizm faaliyetleri ve seyahatlerdir. İlerleyen dönemlerde turizm pazarında ihtiyaca dönüőecek bir alandır. Fakat günümüz için engelli turizmde olmaması gereken olumsuzlar yer almaktadır. Bu turist grubuna turizm yatırımcıları uzak durmaktadırlar. Engelli turizm için olması gereken ulaşım ve konaklama kolaylığı için yapılması gereken değişimlere ek maliyetten dolayı ılımlı bakmamaktadırlar. Türkiye' de bu durum yasal zorunlulukla bulundurulması gereken oda miktarı oranı %1'i geçmemektedir (59).

Oduncuoğlu'na göre; engellilik kişinin hayat standardını sınırlayıcı ve kısıtlayıcı sağlık bozukluklarıdır. Engelli kişilerin engelli olmayanlarda olduğu gibi gereksinimlerinin varlığı dikkatlerden kaçan bir durumdur. Engellilerin yolculuk yapmak ve turizm etkinliklerinde yer almak temel haklarından biridir (60).

Bozça ve arkadaşlarına göre; engelli kişilerin engel oluőturan hallerin giderilmesi ya da sosyalleşmeleri için koruyucu, iyileştirici, rehabilite edici sağlık olanakların sunulduğu turizm çeşsidir. Sağlık turizmi yaygınlığı artmaktadır. Dünyanın her yerine ulaşımın kolaylaşması sınır olayını ortadan kaldırması sağlık hizmetinin talebinin karşılanmasına olanak sağlamaktadır. Ülkeler arası dil, yol, seyahat, yüksek maliyetlerin azalması gibi durumların kolaylaşması insanlara yurtdışında da tercih hakkı doğurmaktadır (61).

Erişilebilirlik kavramı engelli turizmde önemli bir kavramdır. Engelliler eskiden dışlanmakta yok sayılmaktaydı. Artık ülkeler bu konuda daha hassas davranmaktadır. Ulaşımındaki zorluklar sorunların başında gelmektedir. Planlanan yolculukların en başında ulaşım problemi ile karşılaşılması olumsuz etki yaratmaktadır (20).

21.yüzyılda engelliler için "sosyal ve tıbbi turizm" kavramı üzerinde durulmaktadır. Sağlık turizmi engelliler ve yaşlıların ile turizm destinasyonunda bulunan diğer gruplar arasında etkileşim olmasına olanak tanır. Sosyal ve psikolojik rehabilitasyona olanak tanır. Eko turizm desteklenerek engelli ve yaşlı genç grubunda bulunanlar için bedensel ruhsal zindelik sağlar. Engelli turistlerin turizm faaliyetleri gerçekleştirmesi diğer engelli kişiler için de pozitif bir durum haline gelmektedir (62).

2.9. Yaşlı Turizmi

İnsanların yaşlanması kaçınılmaz bir durumdur. Yaşlanma sürecinde sağlık, sosyal, toplumsal ve ekonomik boyutları vardır. Genellikle yaşlıların görmezden gelinmesi gelişmekte ülkeler başta olmak üzere büyük problemler doğuracaktır. Bu sorunlarla karşılaşılmasını için zaman geçirebilecekleri yaşadıkları ortamdan uzaklaşabilecekleri hem ülke içi hem de ülke dışı seyahatlerine olanak tanıyan teşvik ve düzenlemeler yapılmalıdır. Bu sayede hem kişi hem toplum hem de devletlere nefes aldırıcı bir durum oluşacaktır (63).

Üçüncü yaş grubu için yaş aralığı herkesin tanımında farklı tanımlanmıştır. Yaş grubuna takılmadan Türkiye'ye gelen üçüncü yaş gurubuna bakıldığında gezi, eğlence, faaliyet amacıyla geldikleri görülmektedir. Sonra ki sıralamaya arkadaş ve akraba gezmeleri gelmektedir. Sağlık ve tıbbi nedenler de bu sıralamalardan sonra gelmektedir. Sağlık ve tıbbi sebepler ülkemize gelen üçüncü yaş turistlerinin ilk ve asıl amaçları arasına girmemektedir. Üçüncü yaş turistler turizm çeşitlemesini en çok kullanan gruplar arasındadır. Dolayısıyla ülkeler için getirisi yüksek olan üzerinde çalışmalar yapılması gereken bir alandır (63).

Gelişmiş devletlerde eğitim düzeyleri ile bolluk rahatlık içinde yaşam arttıkça sağlık hizmeti ücretlendirmesi de fazlaşmaktadır. Yaşlı bireylerin artışı ile ortaya çıkan sorunlara aranan tıbbi çözümlerin ücret karşılığı sigorta sağlayıcılarını maddi olarak sıkıştırmaktadır. Sigorta sağlayıcılar çözüm olarak sağlık turizmi kapsamında avantajlı ülkelerle imza atmaktadır. Bu imzalar kapsamında paket anlaşmalarla az ücretle kaliteli hizmet alma hedeflenmektedir (63).

Yaşlı turizmi 60 yaş üzeri yaşlı bireyleri kapsamaktadır. Ülkelerde ölüm yaş oranlarının gittikçe daha da artması, aksine de yeni doğan nüfusunun azalması devletlerde ilerde ciddi sorunlara neden olmaya başlayacaktır. İnsanlar hayatları boyunca belli bir yaşa gelip dinlenene kadar devletleri için çalışmaktadır. Emeklilik dönemlerinde de çalıştıklarının karşılığının değerinin verilmesini istemeleri en doğal haklarıdır (20).

Gelişmiş ülkelerde yaşanan en büyük tehditlerden biri üretmeyen bir toplum oluşmaya başlamasıdır. Günümüzde insanların sürekli çalışmak zorunda olması yaşlı bireylere bakacak kimsenin evde bulunamamaya başlaması gitgide artmaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan bu grubun gereksinimlerini karşılayacak kurumlar doğmaya başlamıştır.

İleri yaştaki bireylerin yardım alabilecekleri bu kurumlara da günden güne talep artmaktadır (20).

DSÖ'ye göre sağlıklı yaşlanma: ileri yaşlarda bolluk bereket içinde yaşamayı sağlayan işlevlerin geliştirilmesi ve devam ettirilmesidir (64).

Sağlıklı yaşlı bakımı: 65 yaş üzeri fiziksel ve ruhsal sorunu bulunmayan bağımsız olarak özbakımını gerçekleştiren grubu kapsamaktadır. Tesislerin hitap etmek istediği grup aralığında yer almaktadır. Tesislerin bu topluluğa hitap edebilecek etkinliklere sahip olması gerekmektedir. Ayrıca özellikle yaşlı bakım teknikerleri ile sayıları değişkenlik gösteren hemşire, fizyoterapist ve doktor bulundurmak zorundadır (20).

Kronik hastalıklara sahip yaşlı bakımı: 65 yaş üzeri sürekli hale gelmiş hastalıklara sahip bireylerin belirli zaman aralıklarıyla tesiste meşguliyet terapilerinin olması yanında sıradan kontrollerinin yapılmasını kapsamaktadır. Tesislerin avantajı yaşlı bireylerin olası bir sağlık sorunuyla önceden saptanarak çözümünün sağlanmasına yardımcı olmaktır (20).

Rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşlı bakımı: Hastane koşullarına sahip tesislerde yaşlıların yaklaşık 1 aylık süre ile sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması için kalmalarıdır (20).

DSÖ'ye göre her insanın sağlıklı ve uzun bir hayat sürme hakkı vardır. Her 6 kişiden 1'i 60 yaş üzeri yaşlı nüfusu temsil etmektedir. 2015'te 900 milyon olan yaşlı nüfus 2050'de 2,1 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bu oran özellikle gelişmiş ülkelerde daha da artmış bulunmaktadır. Dünyada ki yaşlı nüfusun artması yeni sağlık alanlarına da imkân tanımaktadır. DSÖ her yaş dostu bir dünya için sağlık ve sosyal hizmetler, ulaşım, kalacak yer ve şehir alt yapısı konusunda ülkelerin bu değişen demografik özelliklere ayak uydurması beklenmektedir (65).

DSÖ'ye göre; yaşlanma zorlukların yanında avantajlarda sunmaktadır. Birinci basamak sağlık sisteminden yararlanma, uzun süreli bakım, yaşlılık üzerine eğitilmiş çalışan istihdamı, yaşlı dostu fiziksel ve sosyal çevre ihtiyacı oluşacaktır. Değişen yaş nüfusunun önemini kavrayıp yatırım yapan ülkelerin ekonomik kazançları oluşturacaktır (66).

Yaşlı nüfusa sahip Avrupa ülkeleri Türkiye için sağlık turizmi pazarıdır. 65 yaş üzeri nüfusları son yıllarda genel nüfusun dörtte birine ulaşmıştır. Bu yaş grubundaki

insanların sağlık sorunları farklı olmakla birlikte zorunlu hale gelebilmektedir. Bu turizm çeşidinde geziler, rehabilitasyonlar, farklı terapi yöntemleri, bakım evleri bulunmaktadır. Ayrıca yaşlı turizmle birlikte engellilere ayrıcalıklı gezi turları, bakım olanakları sunulmaktadır (67).

Bölükbaş'a göre yaşlıların sayısının artması ile ileri yaşla birlikte seyreden sağlık komplikasyonları da ortaya çıkmaya başlayınca devletler ne kadar zengin olursa olsun bir süre sonra bu ekonomik yükün altından kalkmaları zorlaşacaktır. Kurumlar bir süre sonra yeterli olamamaya başlayacaktır. Devletler de evde bakım modelini benimsemelerinin yanında sağlık turizmine de yönelmeler olacaktır. Artık her yerde belli etkenler sağlık politikalarının belirleyicilerini öne çıkarmıştır. Bu etkenler; yaşlı nüfusun çoğalması, kronik hastalıkların çoğalması, bakım ile yüksek tedavi ücretleri ile bu camiada çalışacak kişi sayısının azlığıdır (68).

Yaşlı nüfusun artmaya başlaması üretimden çok tüketim olması doğum oranları azalınca genç nüfusun daha da azalması devletleri düşündürmeye başlamıştır. Devletler her kişinin ücretsiz sağlık sigortası kapsamına alınmasındansa özel sağlık sigortasını tercih etmeye başlamıştır. Sağlık turizmine yönelimde bu aşamada başlamaktadır. Sigorta içeriğinde olmayan sağlık hizmetleri olsa da bekleme zamanının fazla olması, fazla ücretler vermek istememe sağlık turizmini canlandırmaktadır (44).

Turizm sektörünün artık "tatil köyü" mantığıyla gelen kişilerin ufak çaplı ihtiyacı olan olanaklarla birlikte tatil yapılmasına olanak tanınan yerler haline dönüşmüştür. Gelen kişiler köy dışında aktivite yapmadan tatillerini bitirme imkânları sunulmaktadır. Ancak bu uygulama üçüncü yaş grubunun memnun kalmamasına neden olmaktadır. Ülkeyi tanıma, yeni bilgiler öğrenme, kültürel temaslarda bulunma istekleri önemsenmemektedir. 50 yaş turistlerin geldiği yerde vaktini değerlendirebileceği faaliyetlerin bulunmaması ilerleyen dönemlerde bu grubun oluşturacağı turizm pazarından istenilen düzeyde yararlanılamayacağı anlamına gelmektedir (69).

Çoklu kronik hastalığı olanlar için turizm 50 yaş üzeri olup birden çok hastalığa sahip insanların seyahatleri sağlıklı yaşam için sağlık turizmi ziyaretleridir. En yaygın çoklu kronik durumlar, koroner hastalık ve kalp yetmezliği, kan basıncı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip II diyabet, artrit, osteopeni, demans formları ve boş zaman için seyahat etmeyi engelleyen kırılgnalık derecelerine yol açabilen kas-iskelet sistemi problemleridir.

Geriatrı turizminden farklı olarak 50 yaş üzeri birden fazla kronik hastalığı bulunan kişiler koşullar sağlanması durumunda seyahat etmeye devam ederler. Bu sağlık turizmi çeşitliliğinde kişilerin sadece sağlık kuruluşlarında ya da SPA hizmeti gibi tesislerde ki hizmetlerden yararlanmaları gerekmemektedir. Gelen kişilerin gelirleri, çevreleri, dinleri, ulusal tutumları dikkate alarak alternatif turizmden faydalandırılmalılardır (28).

Teknolojinin ilerlemesi ile artık yaşlıların sağlık sorunlarına çözümler bularak yaşam kalitelerinin artmasını sağlamıştır. Bu grup kendine güveni olan, sağlıklı hisseden, hayatlarında söz sahibi olan bir gruptur. Dolayısıyla bu grubun seyahat isteği hala devam etmektedir. Turizm pazarında ihtiyaçlarını, önceliklerini, kavramalarını karşılayabilecek ürün ve hizmet bekleyen bir gruptur. Emeklilik farklı hayat akışında farklı bir durum yaratsa da yeni imknlara da olanak sağlamaktadır. Boş zamanlarını eskiden olduğu gibi sınırlamak zorunda kalmadan, turizm öncelikleri en st seviyede yer almaktadır (70).

İnsanların gitgide yaşlanması abalasalar da geciktirmeye çalışmalar da er geç olacaktır. Turizm alanında gelişmek isteyen Türkiye nc yaş turizme önem vermeye başlaması gerekmektedir. Sadece yabancı para girişine odaklanmamalıdır. Türkiye'nin özellikle bu grup üzerinde yaratacağı imaj için stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

2.10. Medikal Turizm

Medikal turizm ülkeler arası anlaşmalar sayesinde birçok alanda avantaj sağlamaktadır. Yüksek parasal miktarlara da sahip olmasından dolayı gün geçtikçe önemi fazlalaşmıştır. Artık insanların sadece tıp ve sağlık maksadıyla yani medikal turizm ziyaretleri olmasından dolayı daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır (20).

İnsanlar sosyodemografik özellikleri ne olursa olsun tercih ettikleri sağlık hizmetinin standartlarının yüksek olmasını istemektedir. Sağlık turizmi ile medikal turizm ülke dışına çıkıp sağlık temelli hemen hemen aynı amacı gtsede medikal turizmin altında “tedavi amacı” yatmaktadır (20).

Eskiden başka ülkeleri tercih etme sebepleri kullandıkları sağlık sözleşmesi yaptıkları anlaşmaların içerisinde bulunmayan sebepler yatarken günümüzde bu durum değişikliğe uğramıştır. Artık estetik, diş protezi, doku ve organ nakli gibi farklı nedenlerden dolayı kendi ülkesi dışında yerlere gitmeyi tercih etmektedir (20).

Kişilerin her ne sebeple olursa olsun yaşadıkları ülke dışına muayene olmak, tedavi olmak, cerrahi girişimsel işlem yaptırmak için seyahat etmeleri hasta popülasyonunun artması medikal turizmdir. Bir anda kazandığı ivme ile uluslararası pazarında yerini almıştır. Bu pazarda giderek önemli bir yere gelmesi insanların tercih nedenlerinin maddi avantajlar ve zaman tasarrufudur. Tabi ki daha da iyi teknoloji, ucuz yolculuklar, internet camiasındaki reklamlar ve daha birçok faktörler yurt dışı medikal turizm tercihiinde etkili olmaktadır (20).

Medikal turizm, sağlık turizmi, medikal seyahatler birbirine karışmakta ve sağlık turizmi verileri net olarak ayrıştırılamamaktadır. Medya da söylendiği gibi cerrahi ameliyatlara için uzak ülkelere gidilmesinden çok yakın coğrafyaya sahip ülkeler ya da aynı ülke içinde farklı eyaletler seçilmektedir. Medikal turizmde medikal hizmet veren şirketler önemlidir. Sonra da medya ve elektronik ağızdan ağıza fısıltı (E-WOM) etkili olmaktadır. Bakım kalitesi, uygunluğu, ekonomik ve kültürel faktörlerde medikal turizm tercihiinde etkilidir (71).

Medikal turizm: Uzaktaki mesafede bulunan yurtdışında ki yerlere tıbbi tedavi olmak için hatta bu sırada tatili de amaçlayan ziyaretlerdir. Uzman doktorların olduğu özel girişimsel işlem öncelik sırasında olan bir turizmdir. Her medikal turizm için gelen birey aynı zamanda bir tatilcidir (67).

Tıp turizmi birçok farklı isimle tanımlanmaktadır. En yaygın kullanılanı medikal turizmdir. Tüketici odaklı bir terimdir. Medikal turizmde 3 çeşit tanımlanabilir.

1. Uluslararası medikal turizm: Sağlık turizmi sektöründe adını duyurarak tercih edilen ülkelerin kullandığı bir terimdir. Bu grupta yurt dışına giden sağlık turizm alıcıları yer almaktadır.
2. Yerli medikal turizm: ülke içindeki ziyaretlerde yapılan medikal turizmi ifade eder. Amerika devletinde eyaletler arası seyahatlerdeki sağlık hizmetlerini ifade etmektedir.
3. İşveren desteğiyle medikal turizm: özellikle Amerika da olan işverenlerin çalışanları için yerli ve uluslararası anlaşmalarla sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmaları amaçlı imzaladıkları sözleşmeleri kapsamaktadır (72).

Medikal turizm araştırıp kafa yorarak en gelişmiş teknolojiyi en uygun fiyatla almak için yapılan tıp seyahatleridir. Medikal turizmin kazandırdığı döviz ülkeler

tarafından keşfedilmekte bu alandaki yenilikler için adımlar atılmaktadır. Düşük maliyetli yüksek kalitede hizmet sunan ülkelerin rekabet halinde olduğu bir alan konumuna geldi. Ülkelerin getirdiği yenilikler; internet tabanlı siteler aracılığıyla, sonradan oluşabilecek tıbbi komplikasyon paketleri sunarak, web sayfalarında dil problemine çözüm bularak ve ödenecek ücretin para birimini kolaylaştırarak sağlık turizmi pazarında ileri götürmektedir (73).

Kılınç'a göre; medikal turizm herhangi bir nedenle kişilerin tedavi için yaşadıkları ülkeden yurt dışına önceden belirledikleri seyahat anlamına gelmektedir. Yurt dışına gittiği yerde turistik aktivitelere katılma zorunluluğu yoktur (30).

Sağlık turizmi geniş yelpazesi olan organ nakli, genel cerrahi ameliyatları, ortopedi ameliyatları, plastik cerrahi, diş hekimliği ve kadın doğum tedavileri gibi tıp tedavisi içeren sağlık hizmetlerinden, özel sağlık sorunu içermeyen spa ve wellness gibi sağlık hizmetlerine kadar uzanmaktadır. Medikal turizm sağlığın hizmetlerinin geliştirilmesinde ekonomik destek alternatiflerin yaratılmasını sağlayan bir avantajdır. Medikal turizm sektörde çalışanlar, sektöre yatırım yapanlar, sağlık sigorta şirketleri gibi bu alanda olan herkesin ortak çalışmasında etkilidir (74).

Bilinçli olarak medikal turizminin çeşitliliğinden ve hizmetlerinden haberdar olan çok az turist vardır. Hatta bu grup yolculuk stresi, kültür şoku, dil konusunda önlerine çıkan setler, yanlış anlaşılma ihtimalleri gibi birçok sebepten çekinmektedir (17).

Bir alan olarak tıp coğrafyası (medikal turizm alt kategorisinde) 17. Yy sonlarında 18. Yy başlarında ortaya çıkmıştır. Uzun zamandır da bilimsel bir alan olmuştur. Asıl amacı doğanın insanlar için faydalı özelliklerini ya da zıttı olan doğanın insan sağlığına verdiği zararlı özelliklerini saptamaktır. İlerleyen dönemlerde tıp coğrafyası ikiye ayrıldı. Tıbbi ve coğrafi diye sınıflandırıldı (75).

2.10.1. Dünyada Medikal Turizm

Medikal turizm son yıllarda bir anda atak yaşadı. Herkesin ilgi duyduğu bir Pazar haline geldi. Medikal turizm sanayisinde insanlar gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere akın etmektedir (76).

Kuzey ve Güney Amerika ülkesine göre Avrupa ülkelerinde de sağlık turizmi artış göstermiştir. Doğu ve orta Avrupa ülkeleri uygun fiyat aralıkları ile cazip hale

gelmektedirler. Avrupa ülkelerinin teknolojik alandaki ilerlemesi de etkili olmaktadır. Bu alanda yeterli sayıda çalışan uzmanlıkların bulunması da diğer bir etkileyen faktördür (76).

Artık herkes internet taraması yapmaktadır. İnsanların sağlık turizmi alanında yaptığı araştırmalar neticesinde fiyat karşılaştırmasını, gideceği yerin özelliklerini, insanların verdiği geri bildirimleri kolayca öğrenmektedir (76).

Medikal turizm kitle turizminin yanında yeni avantajlar sağlamaktadır. Ortaya çıkması muhtemel değişik türde turizm alternatifleri oluşmasına imkân tanımaktadır (76).

Avrupa veya Amerika' da sağlık hizmeti imzalanan sözleşmelerin bulunduğu kurumların aksine kişilerin istekleri doğrultusunda medikal turizmin içerik zorunluluğu bulunmamaktadır. Medikal turizm pazarında en hızlı atak yapan ülkelerin başında Asya ülkeleri gelmektedir. Hindistan, Tayvan, Taylan, Singapur makul ücretlendirmeye yüksek kalitede hizmete olanak sağlamaktadır. Son zamanlarda Brezilya, Rusya ve Türkiye sektöre adım atan ülkelerdir. Kişiler gittikleri bu ülkelerde imzaladıkları sözleşmelerle uygulanan hizmetlerin riskleri kendilerine aittir. Bütün bu risk faktörlerini kabul ederlerse yurt dışında tedavi için beklemek zorunda kalmayacaklardır. Kişilerin tedavilerinde aktif söz hakkı olması avantaj oluşturmaktadır (77).

Sağlık turizmi piyasası her durumdan etkilenebilen ansızın değişebilen bir piyasadır. Bu pazarda yer alabilmek ve devamını sürdürebilmek için tamamıyla hakim olunmalıdır. Sağlık turizmi süreçleri aralıksız takip edilmelidir. Önceden hazırlıklar, tahminler fayda etmemektedir. Sağlık turizminin sürekli değişiminde en küçük farklılıklar bile avantaja dönüşüp ülkeler arasında en başarılı noktaya getirir (77).

Turizm'de Asya ve Kuzey Amerika'nın aksine Avrupa Birliği değişik süreçlerden etkilenmektedir. Avrupa birliği turizm alanında ciddi rakiplerden biridir. Bu başarıları kısa süreli bir durum değildir. Uzun ve disiplinli çalışmaların etkisidir. İlerleyen dönemlerde de bu turizmdeki yerini devam ettirmek için çalışmalarını sürdürmektedir. Çağın ilerisinde bir teknolojik sisteme sahip, en popüler yeniklerden yararlandığı turizm alanına sahiptir. Buna rağmen Avrupa birliğinin sağlık turizmi pazarında başarıya ulaşmak için ne yapacağı belli değildir (77).

Avrupa birliği üyesi ülkelerin kendi aralarında sağlık sigortasını kapsayan anlaşmaları bulunmaktadır. Kişiler sağlık turizmi için üye ülkelerden seçtikleri sağlık

kapsamından uygun fiyatlara yararlanmaktadır. Bu ücretleri de sağlık sigortası karşılamaktadır. Ancak bu aralarında yaptıkları sağlık turizmi anlaşmasında sınırlılıklar bulunmaktadır. İstenilen kalite standartlarıyla, prosedürlerle anlaşma yapılan ülkelerin sistemleri farklılık göstermektedir. Uzun süre de orta yolu bulamayacakları görülmektedir. Kendi ülkelerindeki sağlık profesyonellerini ve kurumları bu konuda desteklese de politik olarak kişi sağlığını üst düzeyde tutmayı hedeflemektedir. Avrupa birliği sağlık turizmini desteklese de kendi sistemi dışında müdahale edememektedir. Çözüm olarak özel sağlık sigortaları kişi odaklı sağlık sorunlarını çözümleyici ve kalite standartlarına müdahale edip kontrol edici durumda olmalıdır. Bu şirketlerin belirledikleri koşulları sağlayan standartlar var ancak sağlık turizmini değil medikal turizm giderleri için oluşturulmuştur (77).

Asya'da sağlık turizminin çeşitlenmesinde medikal turizm önde gelenlerdendir. Uzak ülkelerde kamudan çok özel sektörün sağlık turizminde aracılık etmesi ulusal veri tabanlarının daha detaylı ve özenle üzerinde durulması gerekmektedir. Çünkü sağlık turizmi sektöründe açık rekabet ortamında özel sektörde doğru verilere ulaşmak mümkün olmayabilmektedir. Sağlık turizmi tedavi süresinde başka hiçbir etkinliğe katılmayı önermemektedir. Rehabilitasyon aşamasında da evde dinlenme olarak ayarlamaktadır. Asya sağlık turizm gelirlerinin hepsini devlet vergi sistemine vermektedir. Dolayısıyla Asya devletleri için sağlık turizmi iyi bir getiri kaynağıdır (77).

3. KALİTE KAVRAMI

3.1. Türkiye’de Kalite

Türkiye’de sağıktan yararlanma eskiden günümüzdeki gibi değildi. 2002 yılında artık bir plan yapılıp uygulanması kararlaştırıldı. 2003 yılında da tasarı gerçekleştirmek için yürürlüğe girdi. Bu eylem planı “sağıkta dönüşüm” olarak adlandırıldı. Amaç önceden beri süregelen sağık uygulamalarını tekrardan iyileştirme ve düzenleme yaparak yeni sağık sistemine uygun hale getirip adapte olmayı sağılayacaktır. SDP ekonomik kalkınma ve iş birliğı örgütüne göre maddi düzensizlik, başkalarının hakkına girilerek sağık hizmetlerine ulaşma, sağık çıktısının gelişmiş ülkelere göre ilerleyememiş olması, kötü sağık kalitesi dönüşümü zorunlu hale getirmiştir. Sağık devlet güvencesine alınmış herkesin sağıktan faydalanması amaçlanmıştır. SDP de farklı konular ele alınarak iyileştirme yoluna gidilmesi hedeflenmiştir (78).

Sağık bakanlığı sağıkta dönüşümü önceden beri süregelen sağık uygulamalarını tamamen yok etmek yerine tasarlanan yenilikleri uyum içerisinde belli bir kurala göre değıştirmek amaçlanmaktadır. Sağıkta artık çareler olmayacağını düşünen kamu bu yeni dönüşüm ile kendisinin de isteyeceğı bir program amaçlanmıştır. SDP’de sağıkta bilgi ve deneyimlerden faydalanılarak ulaşmak istenenlerin gerçekleştirilmesi için başlangıçlar yapıldı. SDP her insanın hakkı olan sağıktan hiçbir ayırım yapılmadan kaliteli ve çağımıza uygun olarak yararlanmasını sağılamak için sağığın düzenlenmesini amaçlar. Sürdürülebilirlik kavramı da dikkate alınmalıdır. Sistem oluşturulurken uygulanan yerin içinde bulunduğu durum göz ardı edilmemesi, olanakların gereksinimi karşılayacak düzeyde ve tek başına başlanmış durumun ilerlemesi düşünülmüştür (79).

Sağık bakanlığı sağıkta dönüşümü önceden beri süregelen sağık uygulamalarını tamamen yok etmek yerine tasarlanan yenilikleri uyum içerisinde belli bir kurala göre değıştirmek amaçlanmaktadır. Sağıkta artık çareler olmayacağını düşünen kamu bu yeni dönüşüm ile kendisinin de isteyeceğı bir program amaçlanmıştır. SDP’de sağıkta bilgi ve deneyimlerden faydalanılarak ulaşmak istenenlerin gerçekleştirilmesi için başlangıçlar yapıldı. SDP her insanın hakkı olan sağıktan hiçbir ayırım yapılmadan kaliteli ve çağımıza uygun olarak yararlanmasını sağılamak için sağığın düzenlenmesini amaçlar. Sürdürülebilirlik kavramı da dikkate alınmalıdır. Sistem oluşturulurken

uygulanan yerin içinde bulunduğu durum göz ardı edilmemesi, olanakların gereksinimi karşılayacak düzeyde ve tek başına başlanmış durumun ilerlemesi düşünülmüştür (79).

Hizmet kalitesinin iyileştirilmesi gerekirse destek verilmesi, eğitimler verilmesi, bilgi paylaşımı yaparak iyileştirme desteklenmektedir. İyileştirmede hastane personeli ve hasta ilişkileri gibi konular; akreditasyon, personelin eğitimi gibi konularda ayrı ayrı ele alınmaktadır (80).

SDP ile birlikte sürekli kalite iyileştirmesi yapmak üzere TÜSKA kurulmuştur. Sağlıkta yapılan yeniliklerle birlikte hastaların beklentisi yükselmeye başlamıştır. Projede de kalite kavramı ve gelişmesi için neler uygulanması gerekeceği konuları da ele alınmıştır. Akreditasyon, kalite sertifikasyonları terimlerine öncelik verilmeye başlanmıştır. Kurum isteği üzerine süreçleri gerçekleştirmesine yardımcı olur (80).

Devletlerin sağlık politikaları sağlık turizm çekiciliğinde faktör oynar. Sağlık personellerinin eğitimi, uluslararası kalite sertifikasyonları bunlardan bazılarıdır (81).

Sağlık hizmeti kararları sağlık çalışanları, donanımlar, sistemler, hastalar, uygulanan ilaçlar gibi veri girişleri ile olmaktadır. Bu veri kaynakları hastaya nasıl davranıldığını da ortaya koymaktadır. Empati yapabilen çalışan, rahat ve güvenli ortam, gelişmiş teknoloji gibi birçok hasta geribildirim sonuçları ortaya çıkmaktadır (82).

Standartların uygulandığı ürün veya hizmetin güvenilirliği ve niteliği artmaktadır. Hizmet alanlarında aynı davranışın oluşmasıyla saydamlık sağlanmaktadır. Bu sayede ilerde oluşabilecek tehlikelerin fark edilmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla her alanda ekonomik yararı olmaktadır (83).

Kalite üretim sektöründe başlarken sağlık alanına da girmesiyle bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Hastanede çalışanlar ile hastane dışından hizmet almak için gelenler iki gruba ayrılmıştır. Bu iki gruba iç müşteri ve dış müşteri denilmekte ve onların düşünceleri kaliteyi yönlendirmektedir (84).

Günümüzde sağlık çalışanlarının özellikleri ve sağlık alanındaki standartların yükselmesi uluslararası hasta potansiyelindeki artmasına ve bu alandaki sermaye fonunda olumlu parasal faaliyetleri sağlamıştır. Değişen sağlık turizmi pazarındaki arz talepler dikkate alınarak devletlerarasında ki anlaşmalar revize edilmeli, gerekli canlılığın oluşması amacıyla farklı faaliyetlerin yapılması gerekmektedir (85).

Medikal turizmde kalite, hastaların tercihinde önemli bir etkidir. Bu alana yeni girecek olan kurumların dikkat etmesi gereken bir özelliktir. Tercih edilen sağlık tesisinin uluslararası kalite standartlarına sahip olması kişide güven duygusunun oluşmasını sağlamaktadır. Hasta güvenliği de standartlar arasında yadsınamaz derecede önemlidir. Kişilerin tercihinde sağlık hizmetlerindeki standartların uluslararası düzeyde geçerliliği olması seçilmektedir (85).

Türkiye’de uluslararası kalite standartlarına sahip sağlık hizmeti sunan kurum sayısı fazlalaştıkça bu pazardaki ekonomi artacaktır (85).

Kalite standartları olsa da kişilerin kalite algılarının etkilenmesine neden olan bazı etmenler vardır. Sağlık hizmetinin her alanında ve aşamasında yenilikleri kapsayan eğitimler verilmelidir. Sadece hizmet veren kurumların değil aracı kişilerin ve veya kurumların birlikte karar verilen standartlara destek vermesi önemlidir (85).

Ürün ve hizmet kalitesi, memnuniyet, güven turizmde müşterinin sonraki davranışlarını etkilediği üzerinde birçok çalışma bulunmaktadır (86).

Medikal turizmde hizmet almaya gelen kişiyle ilk karşılaşmadan son ana kadar her aşamada kaliteli hizmet verebilmenin gerekliliği fark edilmektedir. Sağlık turizminde ilk andan itibaren birçok kurum ve birçok insan ile karşılaşılmaktadır. Hasta memnuniyet seviyesini en üst düzeyde tutmak için sağlık turizmini gerçekleştirilen bu süreçte ekip olarak bir bütün halinde çalışılması gerekmektedir. Ekip çalışmasının herhangi bir parçasında olan kopukluk sağlık turizmi alan kişi üzerinde olumsuz etki bırakması bütüne karşı bir olumsuzluk algısı oluşturacaktır (30).

Sağlıkçuların demografik özelliklerinden eğitim düzeyi, bekleme süresinde kalacakları yerin hizmet kalitesi gibi faktörler medikal turizm kalitesinde belirleyici olmaktadır. Bu alanda hizmet kalitesini değiştiren etkenler 3’e ayrılabilir. Bunlar; beşeri, sosyal ve fiziki faktörlerdir. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, yabancı dil bilme oranları beşeri faktörlerden sadece bir kaçı arasında yer almaktadır (30).

Tanımlarında eşsiz tedavilerin göze battığı reklamlar, tıbbi işlemler ve hizmetlerde anlayışı görünme ve güven veren görüntülerin olması sağlık hizmeti sunanların tercih edilmesinde olumlu sonuç doğuracaktır. İnternet pazarlamacılığı bilgilere kolaylıkla ulaşılabilmesi sayesinde medikal turisti cezp edip çekmesi açısından önem kazanmaktadır (87).

Sağlık turizminde hem kamu hem de özel sektöre devletler tarafından destek verilmelidir. Bu konuda tecrübeli ülkelerde devletler bu duruma ayak uydurmuştur. İşleyişler belirli takip sistemleri kurularak olmalıdır. Devlet tarafından sağlık hizmetinin kalite şartlarının olması yasal düzenlemelerle standartlaştırılmalıdır. Çünkü yapılan yanlışların düzeltilmesinin zor olduğu bilinmelidir (88).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta memnuniyeti ön sıralarda yer alırken idarecilik, para girdi çıktısının takibi ve yeni hizmetlerin ortaya koyulması bir arada yürütülürken doğru pazarlamada gerekmektedir. Kurumlar sağlık turizminde sağlık turistini memnun edip kalite standartlarını arttırarak, kurumun alt yapısını sağlamlaştırarak, son teknolojileri tercih ederek en çok tercih edilen yer olmak peşindedirler (24).

Çağımızda artık çoğu insan sağlık turizmini araştırdıkları zaman çeşitli internet sitelerinden, yetkili devlet dairelerinden, sigorta kurumlarından ve birçok şekilde basitçe bilgilere ulaşabilmektedirler. Sağlık turizmi hem sigorta şirketlerinin hem de devletin desteklediği daha uygun ücretli hizmet sunulan yerlere gidilmesine olanak tanımaktadır. Kaliteli bir hizmet sunumu, maliyet düşüklüğü ve yakın ülke seçimleri gelişmiş devletlerdeki sağlık destekçileri için cazip hale gelmektedir (24).

3.2. Kalite Algısı

Her çeşit hizmet veren kurumlar hizmet alıcılarının hizmet kalitesi algılarının daha iyi olması amacıyla somut etkenleri dikkate almalıdır. Hizmet alıcılarının sunulan hizmet kalite ve önemi algıları onları memnun eder ve tekrar satın alma isteklerinde önemli bir faktör oluşturmaktadır (89).

Her alanda hizmet sunumu ve yüksek standartların varlığı ile hoşnutluk ve güven oluşturarak tekrar talepte bulunulması yönünde pozitif eğilimler oluşmaktadır. Turizm alanında olan herkes hoşnutluk ve güvenin sağlanması daha da ileriye nasıl götürüleceği yönünde kaygı yaşamaktadır (86).

Müşteri iletişimine hassasiyet kurum kültürü ile ilgilidir. Dolayısıyla hizmet sektöründe dikkate alınması gerekenler arasında personel de olmalıdır. Bu aşamada çalışan kişileri isteklendirmeye teşvik ederek, uzmanlaşabilecekleri eğitimler vererek, olması gereken tutumları öğretmek, görev algılarını netleştirerek duyarlılıkları

arttırılmalıdır. Çalışanların duyarlılıkları artınca hizmet kalitesi artacak ve hizmet çekiciliği sonucu müşterinin satın alma talebi oluşacaktır (90).

DSÖ'ye göre sağlık sistemlerinin gittikçe karmaşıklaşması globalleşen dünya hasta güvenliği sorununu da beraberinde getirmektedir. Hasta güvenliği sağlık hizmeti sunumunda olası bir sorunun en düşük seviyeye düşürülmesi hatta komplikasyonun hiç olmaması üzerine kurulan bir sistemdir. Yarar sağlamayacaksa zarar verme ilkesi benimsenmelidir. Sağlık hizmetlerinin her aşaması içten içe bir güvensizlik hissiyatına sahiptir. Yeni sağlık hizmetleri sisteminde teknolojinin ilerlemesi, küreselleşme, farklı tedaviler hasta güvenliği sorununu doğurmaktadır. DSÖ aldığı son kararlarla üye ülkelerin aralarında hasta güvenliğinin sürdürülebilmesi, eşitlik, hesap verebilirlik ilkelerini benimseyecektir (91).

Hasta güvenliği resmî gazetede yönetmelikle yürürlüğe girmiştir. Hasta güvenliği Türkiye'de bulunan bütün sağlık işletmelerini kapsamaktadır (92).

Hasta güvenliği kurumdaki bütün çalışanların katılması gereken bir konudur. Yönetim tarafından üzerine düşülmesi ve belli aralıklarla ya da ihtiyaç halinde eğitimler düzenlenmelidir. Hasta güvenliği kurum tarafından oluşturulması gereken bir kültürdür. Herkes özveriyle çalışması gerekmektedir. Bunun sonucunda da ortaya çıkan olumsuz olayların önüne geçilir (93).

Ölçme; kişilerin, maddelerin, düzenin her yönüyle bilinen istenen niteliklerinin var olup olmadığını, varsa ne kadarına hâkim olduğunun simgelerle hatta matematik numara simgeleriyle gösterilmesiyle açıklanabilir. Değerlendirmede de bu elde edilen verilerin başka bir doğru olan kriterle karşılaştırarak yapılan işlemin doğru olup olmadığının belirlenmesidir. Sonuç olarak; ölçme istenen durumu anlaşılır duruma getirme iken değerlendirme, karar verme uygulamasının yanında ölçmede çıkan sayısal eldelerinin incelenmesini kapsar. Sağlık hizmetlerinde de ölçme ve değerlendirmeler yapılmaktadır. Amaç sağlık hizmetlerini en iyi şekilde ulaştırmaktır. Ancak bu üç doğru ile mümkün olabilir. Zamanın seçimi, uygulamaların uygunluğu, bireylerin uygun olması istenen hedeflerdendir. Sağlık hizmetlerinin iyi bir düzeye ulaşılması isteniyorsa durmayan bir iyileştirme yapılması gerekmektedir. Ama öncelikle istenen düzeyde hangi seviyede bulunduğu bulunması gerekmektedir. Kalitede kesin yargılar inandırıcı bulgulara dayandırılmalıdır (94).

Çağımızda genel olarak küreselleşme ve internet işletmesinin ilerlemesiyle işletmeler artık ortaya konulan ürün niteliğini, hizmetin çabuk olmasını, inandırıcılığını, hizmet alanının memnuniyetini, tekrar tercih edilme durumu gibi birçok durumda yarış halindedirler. Kurumlarda haliyle ürün ve hizmetlerini bir kıyas içerisine sokmaktadırlar. Kıyaslamalar esnasında, sunulan ürün ile hizmetin iyiliği, hizmet alanının memnuniyeti vb. ürün ya da hizmetin performansı gibi kavramlar oluşmaktadır. Oluşan kavramların istenilen düzeyde olmasını ve duraksız daha iyiye götürmek için üretim başarısını geliştirici ve daha iyiye götüren önlemlere başvurulmalıdır (95).

Hastalar tedavi olmak istedikleri anda, doğru müdahaleyle tedavi eden kurumlar daha memnun olmalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla hastalar güçleri yettiğince kalitesi yüksek hastanelere gitmeye öncelik vermektedir. Başvurdukları yerlerdeki sağlık hizmetinin düzeyi arttıkça tekrar hizmet almak için gidecekler ve çevresindekilere de olumlu önerilerde bulunacaklardır. Hizmetten memnuniyet sağlık sektörü ile hizmet sektöründe farklılıklar göstermektedir. Sağlıkta geri dönüş olmaması, alternatifinin olmaması, hataya yer verilmemesi, hastalığın iyileşmesi düşüncesinden başka beklentisi olmama gibi farklı etmenler memnuniyeti etkileyebilmektedir. Hastaların hastanede geçirdikleri zamanı kendilerince değer biçerek ve hislerini kullanarak memnuniyet kavramı olarak bakılabilmektedir. Kişi hastanede hakkındaki düşünceleri iyi yönde ise yeniden oraya gelme durumu da vardır. Bu kişi bu düşünceyle kesinlikle gelmez denilmemektedir. Çünkü kötü yönde düşünceleri olan kişinin hastaneye tekrar başvurmasından daha muhtemel görünmektedir. Kalitenin artmasıyla hasta memnuniyetinin arttığı da görülmektedir. Kalitenin farklı değerlendirme bölümleri vardır. İletişim kalitesinin artmasını ele alırsak iki yönlü kaliteli bir iletişim hastanın memnuniyetini pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Hasta muayene olmak için geldiği sağlık kuruluşunda doktor tarafından aşamalar anlatıldığı zaman, doktorun toplumdaki saygın yeri de göz önünde bulundurularak olumlu düşünceler oluşmaktadır. Yine diğer hastane çalışanları hakkında da aynı görüşe sahip olunmaktadır. Hastalar hastanenin fiziki koşulları ve görünüşünün kalite standartlarının üst düzeyde olmasından olumlu etkilendikleri yapılan araştırmalardan anlaşılmaktadır. Hastane de çalışan personelin dış görünüşünden, formasının düzenine kadar, mobilyaların ve tıbbi ekipmanların yeni olmasına kadar kalite ile memnuniyeti ilişkilendirilmektedir. Farklı sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan araştırmalarda tıbbi ekipmanın kalitesi, kurumun görünüşünün kalitesi ile memnuniyet ilişkilendirilebilmektedir. Hastanın sağlık kurumundan ayrılma

sürecinin kalitesi de memnuniyeti etkilemektedir. Hasta hastaneden ayrılırken iyileşerek gitmesi hastanede kalma sürecinde olumsuz düşünceleri olsa da sonuç iyi olursa düşünceleri de olumlu yönde olmaktadır. Hastanın hastane de kalma süresi uzadıkça, alternatif tedavi imkânları sunulmadıkça hasta memnuniyeti de azalacaktır (96).

Hastane bulunması gereken kalite standartlarını uygulamada sıkıntı yaşandığı zaman hasta memnuniyeti de azalmaktadır. Hasta tedavi olmak için geldiği hastanede hastaya parasal getiri olarak bakılıp tedavi sürecinde olması gereken tedavi sürecinden farklı uygulamalar yapılması memnuniyeti azaltmaktadır. Ya da hasta ile iletişim kurulmayıp cevaplar verilmemesi sürekli hastalara mutsuz davranmakta memnuniyeti azaltmaktadır. İletişim kalitesini arttırmak için eğitimler düzenlenip çalışanların nasıl davranmaları gerektiği kurallarla belirlendiği zaman uygulamada hasta memnuniyetinin de arttığı görülmektedir (97).

Artık insanların internetten, kitaptan farklı yerlerden okuyup karşılaştırma yaparak bilgileri artmakta dolayısıyla da istekleri de artmaktadır. Kişilerin yetiştiği çevre, kişiliği, yaşı, cinsiyeti, hastane çalışanı ile akraba olması gibi faktörler memnuniyetini etkilese de hemşirelik hizmetleri kalitesinin yüksek olması olumlu olarak değiştirdiği görülmektedir. Ama ilk kez hastaneye yatan ile daha önce yatıp tecrübe kazanmış kişi arasında memnuniyet farkları da görülmektedir. Kalite düzeyi yüksek bakım aldıklarında sonraki yatışlarında daha da iyi olmasını beklemekteler, ilk defa yatan hasta ise kıyas yapamayacağı için içinde bulunduğu durumu değerlendirip memnuniyetini kaliteye göre derecelendirmektedir. Hastalar karşılıklı olarak konuşarak ve anlatarak bilgilendirme yapıldığı zaman tercih hakkı verildiği zaman memnuniyet düzeyleri artmaktadır (98).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Neleri Kapsar? Akreditasyon Nedir?

Teknolojinin çok çabuk ilerlemesi sağlık sektörünü de ciddi derecede etkilemiştir. İnsanlar her şeyden haberdar olarak kıyas yapmaya başlamışlardır. Bu kıyas sağlık sektöründe hizmet kalitesinde gelişmelerin olmasını gereklilik haline getirmiştir. Ülkeler insan sıhhat ve güvenliğinin korunması amaçlı uymak zorunda oldukları şartları standartları hazırlayan bağımsız faaliyet gösteren kurumların desteğiyle belirleyip ihtiyaç haline getirmiştir (99).

Sağlık hizmetlerinde hastanın tanısının doğruluğunu, yapılan uygulamaların gerektiği kadar olması ve hasta memnuniyetini kapsamaktadır. Artık sağlık kurumları hasta memnuniyetini arttırmak ve hasta kazanma çabalarından dolayı kendi belirledikleri kalite standartları yerine onaylanmış bir kalite prosedürüne tabi olmak istemektedirler. Uluslararası hastaların da kurumun sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için herkes tarafından kabul görmüş akreditasyon sertifikasına tabi olmak istemektedirler. Sağlık hizmetlerinde kalite standartları kavramı sürekli değişmektedir. Ülke genelinde sağlık alanında yapılan hatalar, uluslararası yapılan hatalar, sürekli araştırma konuları sonucu çıkan bulgular, kuruma uygunluğu gibi durumlarda değişiklik göstermektedir. Ama genellikle medikal tedavi aşamalarında uyulması gereken kurallar oluşturulmalıdır. Kalite standartları hastanın tanısının ve tedavisinin uygunluğuna ve memnuniyet konularını içermektedir (100).

Hastalar ile çalışanlara göre; eksiksiz ve kusursuz hizmet, deneyimli çalışan, fiziksel koşulların iyiliği, temiz ve mikroptan arınmış ortam olması gereken kurallar arasında olmalıdır (101).

Kalite hizmetlerinin aynı biçimde devam ettirilmesi için aynı kurallar koyulması gerekmektedir. Amaç ise daha nitelikli hizmetlerin verilmesidir. Kalitenin uygun hale gelmesi, geliştirilmesi, başarılı olması, daha öncekilerden daha iyi hale getirilmesi, devamlı olması için standartlar getirilmektedir (102).

Gelişen dünya ekonomisinin ülkemizi de etkilemeye başladığı getirileri fazla olan hizmet sektörü, yaşam süresinin uzaması ve insanların istekleri arttıkça daha da gelişmeye zorunlu hale gelmeye başlamıştır. Gelişmeye zorlanmanın bir nedeni de rekabet ortamından kaynaklıdır. Bu rekabeti de sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin maddi getirilerinden kaynaklı olduğu söylenebilir. İnsanlar için zorunluluk olan sağlık ne kadar kaliteli biçimde sunulursa memnuniyetin artmasıyla kurum kendisini daha da geliştirme ve kaliteli hale getirmeyi hedefleyecektir. Ülkemizde de sağlıkla ilgili birçok yeni yer işlev görmeye başlamasıyla belirli kalite standartları için adımlar atılmaktadır. Fakat kurumun kendisinin belirlediği kurallar hizmet kalitesinde tek başına ilerleyici bir çözüm yolu değildir. Bu aşamada hastanedeki insanların kalite hakkındaki düşünceleri aralıklarla belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşuna arasındaki yarış yüksek getirisi olan parasal sebeplerden kaynaklanmaktadır. Kar elde etmede hastanın gereksinimleri,

arzuları ve yerine getirilmesini düşündükleri önem vermesi kazanç sağlamak için dikkat etmelidir (103).

Akreditasyon sağlık kuruluşlarının kendi istekleri üzerine bir kurum tarafından denetlenip uygunluğuna puan verilip onaylanması işlemidir. Bu işlem sonrası sertifika verilmekte ve devamlılık olması gerekmektedir. Çünkü belirli aralıklarla kurumda devamlılık olup olmadığı tekrar puan verilerek değerlendirilmekte gerekirse sertifikasyon iptal edilmektedir. Akreditasyon standartları denetlenirken, denetim yapan kuruluş kâr amacı gütmeyen Akreditasyonu hastanelerin isteme sebepleri hizmet kalitesinin kurum içerisinde kişinin eğitimine, farkındalığına, tecrübelerine göre değil; aynı olan her hasta, hastalık, durum, olay için aynı süreçlerin gelişmesi istenmektedir. Akredite olmuş kurumun standartları uluslararası niteliğe sahip olmaktadır (99).

Akreditasyon; ülkede ya da dünyada onaylanmış kurum tarafından, standartlarının bağımsız olarak dışarıdan denetlenip sonrasında da olur verilmesi sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmaya başlamıştır. Akredite kurum bir daha ki akreditasyon sürecine kadar herkes tarafından bilinen ve onaylanan kalite standartları garanti altına alınmaktadır (104).

Dünya sağlık örgütü akreditasyonu “dış kalite değerlendirmesi” olarak tanımlamıştır. Kurum belgesi, izin belgesi gibi hastanenin onay sürecinde uluslararası niteliği olan akreditasyon öne çıkmaktadır. Belgelendirme programlarından sertifikasyon, denetleyicilerin kişisel düşüncelerine imkân verirken akreditasyon sağlık hizmeti veren kurumun performansının sınırını yoklar. İzin belgesi olan ruhsatlandırma ile karşılaştırılınca olması gereken en alt kurallara erişmeyi amaçlamaktansa, her zaman daha iyiyi ve elde edilebilecek kalite standartlarına bir amaç belirleyerek ulaşmayı hedefler. Akreditasyon uluslararası niteliğe sahip bağımsız denetleyiciler tarafından tedavide farklılıkları en aza indirmek, olmaması gereken bakım hizmetlerinin yok etmek, gereksiz parasal giderleri en aza indirmek gibi amaçları olan bu süreçte de uyulması gereken yol ve yöntemleri yazılı hale getirip sürekli ileriye götürmeyi isteklendirmedir (105).

4. YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu; sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri ile sağlık turizmi kalite ve iletişim algıları arasındaki farklılıkların anlamlı olup olmadıkları, sağlık turizmi kalite algıları ile sağlık turizmi iletişim algıları arasındaki ilişkilerin sağlık turizminde önemli 5 il genelinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırma ile incelemektir. Bu doğrultuda, sağlık turizmi hizmetlerinde hasta iletişim algısı ile sağlık turizmi kalite algıları belirlenecektir.

4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı; sağlık alanında çalışanların sağlık turizmi kapsamında, hizmetlerinde hasta iletişim algısı ile sağlık turizmi kalite algılarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesidir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının iletişim algıları ve kalite algıları ile cinsiyet, meslek grubu, mesleki tecrübe, çalıştığı il, yabancı dil bilme durumları ve sağlık turizmi kapsamında aldıkları çeşitli eğitim değişkenlerine göre analiz edilmesi amaçlanmıştır.

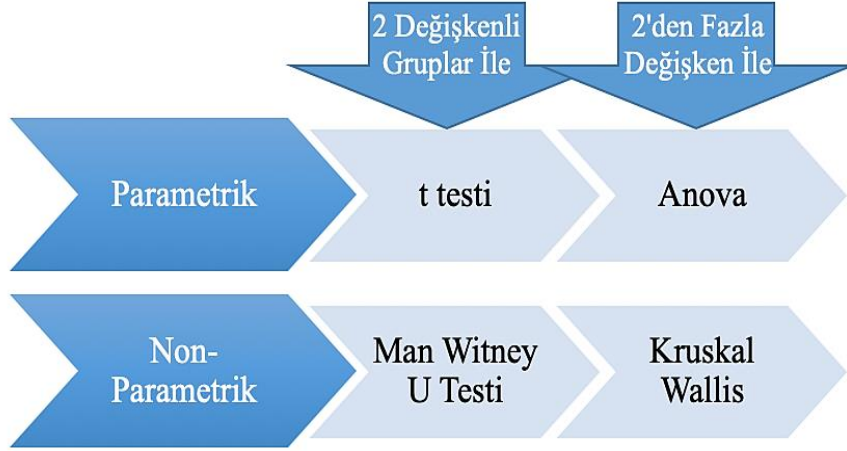
Türkiye’de ve uluslararası literatürde sağlık turizmi kalite algısı ve iletişim algısı konularındaki çalışmaların çoğu sadece sağlıkta kalite algısı ve iletişim algısı olarak yürütülmüştür. Sağlık turizmi ile kalite ve iletişim algısı arasında ilişki ve farklılıkların belirlenmesi konusunda yapılan çalışmalar sınırlı kalmıştır.

Sağlık turizminde kalite ve iletişimin artırılması için öncelikle sağlık çalışanlarının sağlık turizm kalite ve iletişim algılarının artırılması gerekmektedir. Çünkü sağlık turizminin ülke ekonomisine sağladığı avantaj dikkate alındığında sağlık turistinin hizmet sağlayıcısı ile teması önemli bir yere sahiptir.

Bu çalışmanın özgünlüğü çalışmanın Türkiye’de sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri ile sağlık turizmi kalite ve iletişim algılarına göre ilişkileri ve farklılıklarının araştırılması konusunda çalışma bulgularının alana yeni bir katkı sağlayacak olmasıdır.

4.3. Araştırmanın Yöntemi

Yapılan bu araştırmada ülkemiz için sosyal ve ekonomik olarak ciddi öneme sahip sağlık turizmi sektörünün önemli bir yere sahip sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite ve iletişim algı düzeylerinin demografik ve mesleki değişkenler bağlamında farklılaşmaları Şekil 4.1' e göre analiz edilerek ortaya konulmuştur. Sağlık turizmi kalite algılarının, iletişim algıları ile ilişkileri de araştırılmıştır.



Şekil 4.1. Farklılık Analizlerine İlişkin Karar Verme Şeması

* $p < 0,05$ gruplar arasında fark vardır

** $p > 0,05$ gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmanın yöntem bölümünde sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite ve iletişim algı düzeylerinin belirlenmesi için kullanılan anket uygulaması hakkında detaylı bilgilere yer verilmektedir. Öncelikle araştırmaya katılması muhtemel Türkiye’de 5 ilde eylemli olarak çalışan sağlık çalışanlarının evren ve örneklem grubu tanımlanmakta, araştırmada kullanılacak olan veri toplama yöntemi açıklanarak ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyleri hakkında bilgi verilmektedir.

4.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma kesitsel betimleyici tiptedir. Araştırmanın evreni Denizli, Bursa, İzmir, Antalya, Mersin’de hastanede görev yapan hemşire, doktor, sağlık memuru, teknisyen ve tıbbi sekreterden oluşmaktadır. Bu illerin seçilme nedeni, sağlık turizmi istatistiklerinde çoğunlukla tercih edilen 5 farklı il olmalarıdır. Araştırma geniş bir alanı kapsadığından

söz konusu alanın tümüne ulaşmada, zaman ve maliyet sorunu ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple araştırmada belirlenen evren üzerinden örneklem alınma yoluna gidilmiştir. Özellikle sağlık turizminde tercih edilen illerde çalışan sağlık çalışanları seçilmiştir. Etik kurallar doğrultusunda sağlık çalışanları isimleri ve çalıştıkları kurum isimleri çalışma içerisinde kullanılmamıştır.

Bilimsel çoğu araştırma, evrenin tamamı yerine, evreni temsilen yansız olarak seçilen örneklem üzerinde gerçekleştirilir. Bu durumda araştırmacı, ihtiyaç duyduğu verileri örneklemden toplar (106). Örneklemin demografik özellikleri gibi başka özellikleri de evreni simgeleyeceği bilinmelidir (107).

Araştırma sürecinde online anket aracılığı ile veri toplama yolu izlenmiştir. Bu kapsamda 5 ilde görev yapan sağlık çalışanlarına veri tabanında bilgilerini paylaşan 612 sağlık çalışanına mail yoluyla ulaşılarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Bu süreç sonunda toplanan 612 anket formu üzerinden araştırma analizleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan profesyonel sağlık çalışanlarından elde edilen bu örneklem büyüklüğünün evreni temsil edebileceği ve bu sayının yapılan araştırma sonuçlarının evrene genellenebilmesi için yeterli olduğu düşünülmektedir.

4.3.2. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri için anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler Temmuz 2020 ile Aralık 2020 tarihleri arasında yanıtlanmıştır.

Tarama yöntemindeki bu araştırmada veri toplamak üzere kullanılan anket 11 maddeden meydana gelmektedir. Ayrıca araştırma, araştırmacı tarafından çalışmada yer alacak sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri ile alakalı kapalı ve açık uçlu demografik ve mesleki sorulardan meydana gelmektedir. 11. madde kurumlarının ve kendilerinin sağlık turizmi kapsamında kalite ve iletişim algıları alt boyutları bulunan ölçekten oluşmaktadır. Sağlık turizmi kalite algısına ilişkin sorularda 5’li likert değerlendirme yöntemi doğrultusunda “Hiç önemli değildir”, “Az önemlidir”, “Orta düzeyde önemlidir”, “Önemlidir” ve “Çok önemlidir” seçenekleri oluşturulmuştur. Sağlık turizmi iletişim algısına ilişkin sorularda 5’li likert değerlendirme yöntemi doğrultusunda “Hiç sorun yaşamam”, “Nadiren sorun yaşarım” “Bazen sorun yaşarım”, “Sık sık sorun yaşarım” ve “Her zaman sorun yaşarım” seçenekleri oluşturulmuştur.

Önceden hazırlanan anket katılımcılara daha kolay ulaştırılması ve Kovid19 sürecinde mesafe kurallarına uyulması kapsamında web tabanlı anket uygulaması olan onlineanket.gen üzerinden online ortama aktarılmıştır. Alınan etik kurul izni sonrasında ilgili anket linki sağlık çalışanlarına gönderilmiştir.

Anket Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aysun Şebnem Kiremitçi (2008) ve Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Şebnem Sevtap Canver (2015) tarafından yapılan sağlık turizmi ile ilgili yüksek lisans araştırmalarında kullanılan anketlerden yararlanılarak oluşturulmuştur (108, 109).

4.3.3. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirliliği

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde kullanılan anket formlarının güvenirlilikleri şu şekilde hesaplanmıştır:

- Sağlık Turizminde Kalite Algısı boyutu: 0,845
- Sağlık Turizminde İletişim Algısı boyutu: 0,811

Her iki ölçek formunun güvenirliliği istatistiksel olarak kabul edilebilir düzeydedir.

4.3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada www.online-anket.gen.tr sitesi aracılığıyla gerçekleştirilen veri toplama sürecinde elde edilen veriler, SPSS'e uyumlu olan bir dosya formatında indirilerek SPSS 24.0 paketli istatistik programına aktarılmış ve analiz işlemine başlanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde; öncelikle normallik testi uygulanmıştır. Elde edilen veriler üzerinden gerçekleştirilen Normallik testi kolmogrow-smirnow testi sonuçları dikkate alınarak ($p > .05$) ya da basıklık- çarpıklık katsayıların değerleri +2 ila -2 arasında bulunma durumları dikkate alınarak verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir. Verilerin normal dağıldığı durumlarda ise iki alt grubun olduğu durumlarda bağımsız örneklem için t-testi, üç ya da daha fazla alt grubun olduğu durumlarda ise one-way Anova testi uygulanmıştır (107).

Sağlık turizminde hasta ile iletişim ve sağlık turizmi kalite algısı boyutunu belirlemek üzere yapılan araştırmaya veri temin etmek için hazırlanan ölçek ifadelerine

faktör analizinin yapılması ve bu kararının doğruluğunun belirlemek amacıyla KMO ve Barlett testleri yapılmıştır. Bu kapsamda yapılan analizler Tablo 4.1’ de verilmiştir. İletişim boyutu ifadelerine ilişkin olarak KMO test değeri 0,854 olarak ölçülmüş ve bu oranın ($p>0,500$) olması, kalite boyutu için seçilen örneklem büyüklüğünün ifadeleri açıklamak için anlamlı bir geçerliliğe sahip olduğu gözlenmektedir. Bartlett’s testi chi-square değeri 3621,349 ve serbestlik derecesi olan Assimtonic Significancy değeri ($p:0,000/ p<0,050$) olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda elde edilen değer ($p<0,05$)’ten küçük olması, iletişim boyutu ifadelerine faktör analizi yapılması kararının doğru olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1. Sağlık turizminde hasta ile iletişim algısı verilerinin geçerlilik analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,854
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3621,349
	df	45
	Sig.	,000

Sağlık hizmetleri kalite algısı ifadelerine ilişkin olarak KMO test değeri 0,882 olarak ölçülmüş ve bu oranın ($p>0,500$) olması, seçilen örneklem büyüklüğünün ifadeleri açıklamak için anlamlı bir geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir. Bartlett’s testi chi-square değeri 4412,208 ve serbestlik derecesi olan Assimtonic Significancy değeri ($p:0,000/p<0,050$) olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda elde edilen değer ($p<0,050$)’ten küçük olması, sağlık hizmetleri kalite boyutu ifadelerine faktör analizi yapılması kararının doğru olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2. Sağlık turizminde sağlık hizmetleri kalite algısı verilerinin geçerlilik analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,882
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4412,208
	df	55
	Sig.	0,000

Yapılan faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin iki boyutu ortaya çıkmıştır. Bu boyutların iletişim ve kalite olarak faktör yüklerinin kendi boyutları içerisinde anlamlı bir şekilde dağıldığı görülmüştür.

Tablo 4.3. Doğrulayıcı faktör analizi

BOYUT	FAKTÖR ANALİZİ YAPILAN İFADELER	1	2
İLETİŞİM	1 Hasta ile olan iletişimde		0,512
	2 Hasta yakınları ile olan iletişimde		0,625
	3 Hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan		0,545
	4 Hastanede hastalara sunulan yemeklerden		0,511
	5 Hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili		0,520
	6 Hastane kurallarını uygulama konusunda		0,640
	7 Sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili		0,685
	8 İlave tedavi ve işlemler ile ilgili		0,648
	9 Tedavi sonucunu izleme		0,610
	10 Tedavi maliyetleri ile ilgili		0,515
KALİTE	11 Tedavi maliyetinin düşük olması	0,554	
	12 Yüksek standartta sağlık hizmeti sunması	0,652	
	13 Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	0,610	
	14 Konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülkede bulunması	0,650	
	15 Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olması	0,510	
	16 Hizmet verme süresinin kısa, etkili ve hızlı hizmet olması	0,664	
	17 Hastanenin teknik donanımının iyi olması	0,690	
	18 Hastanenin hekim kadrosu	0,710	
	19 Hastanenin uluslararası standartları uygulaması	0,746	
	20 Aracı kuruluşların yönlendirmesi	0,697	
	21 Kalite akreditasyon belgesinin etkisi	0,746	

4.4. Araştırmanın Varsayımları

Yapılan araştırmanın varsayımları şu şekildedir:

1. Araştırmaya katılım gösteren kişilerin, kullanılan anket gönüllülük esasına dayalı olduğu için sorulara doğru, samimi ve objektif bir biçimde cevap verdikleri,
2. Araştırmada, sağlık çalışanları için kullanılan anketin ve uygulanan istatistiksel yöntemlerin araştırmanın konusuna, amaçlarına, sorularına uygun verileri toplayabilecek içerikte olduğu varsayılmaktadır.

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırma, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite ve iletişim algısı düzeylerini belirleyen anket ve araştırmanın zaman, maddi imkân ve erişebildiği kaynaklardan elde edilen veriler ile sınırlıdır.

4.6. Araştırmanın Problemleri

Türkiye’ de 5 ilde görev yapan sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite ve iletişim algılarının analizinin saptanmaya çalışıldığı bu çalışmada asıl problem cümlesi “ Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite ve iletişim algıları nasıldır?” ve “ Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi alanında aldıkları eğitimler yeterli midir?” şeklinde oluşturulmuştur. Bu problem cümlesi doğrultusunda aşağıdaki alt problemler oluşturulmuştur.

1. Sağlık çalışanları sağlık turizmi ve alt boyutlarında ki algı düzeyleri nasıldır?
2. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
3. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
4. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
5. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
6. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu meslek değişkenine göre farklılık göstermekte midir?

7. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu meslek değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
8. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu mesleki tecrübe değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
9. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu mesleki tecrübe değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
10. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu görev yaptığı il değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
11. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu görev yaptığı il değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
12. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu yabancı dil bilme değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
13. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu yabancı dil bilme değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
14. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu mesleki tecrübe değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
15. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu mesleki tecrübe değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
16. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu sağlık hizmetlerinde ek gelir verilmesi gerektiğini düşünme değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
17. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu sağlık hizmetlerinde ek gelir verilmesi gerektiğini düşünme değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
18. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu sağlık turizmi hizmet içi eğitim alma değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
19. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu sağlık turizmi hizmet içi eğitim alma değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
20. Sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite algısı boyutu sağlık turizmi ile ilgili alınan eğitim değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
21. Sağlık çalışanları sağlık turizmi iletişim algısı boyutu sağlık turizmi ile ilgili alınan eğitim değişkenine göre farklılık göstermekte midir?

5. BULGULAR

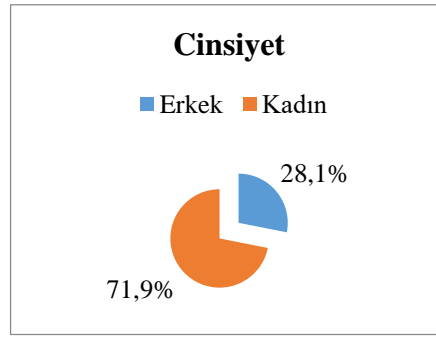
Araştırmaya katılanların demografik özellikleri cinsiyet, eğitim durumu, meslekleri, mesleki tecrübeleri, hangi ilde çalıştıkları hakkında 5 temel özellik Tablo 5.1’de özetlenmiştir.

Tablo 5.1. Katılımcılara İlişkin Temel Tanımlayıcı Bilgiler (N:612)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	172	28,1
	Kadın	440	71,9
Toplam		612	100
Eğitim Durumu	Lise	9	1,5
	Ön lisans	49	8
	Lisans	440	71,9
	Lisansüstü	114	18,6
Toplam		612	100
Meslek	Hemşire	398	65
	Sağlık memuru	34	5,6
	Doktor	64	10,5
	Sağlık teknisyeni	45	7,4
	Tıbbi sekreter	71	11,6
Toplam		612	100
Mesleki Tecrübe	5 yıl	152	24,8
	6-10 yıl	158	25,8
	11-15 yıl	112	18,3
	16-20 yıl	82	13,4
	21+ yıl	108	17,6
Toplam		612	100
Çalıştığı İl	Denizli	130	21,2

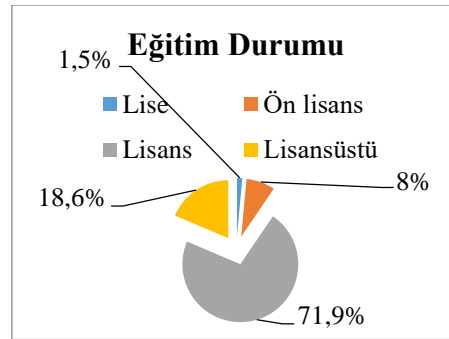
	Bursa	110	18
	Antalya	150	24,5
	Mersin	110	18
	İzmir	112	18,3
Toplam		612	100

Yapılan araştırmada 172 erkek ve 440 kadın olmak üzere toplam 612 kişi ankete cevap vermiştir.



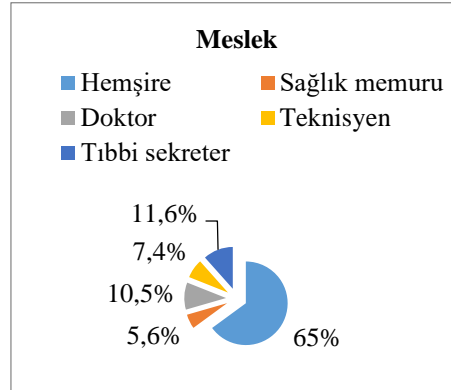
Şekil 5.1. Katılımcıların Cinsiyetine göre Dağılımı

Araştırmacıların mezuniyet eğitim durumlarına bakıldığında ankete katılanlardan 9 kişi lise, 49 kişi ön lisans mezunu, 440 kişi lisans mezunu, 114 kişi yüksek lisans ve üstü mezuniyetleri olduğu görölmektedir.



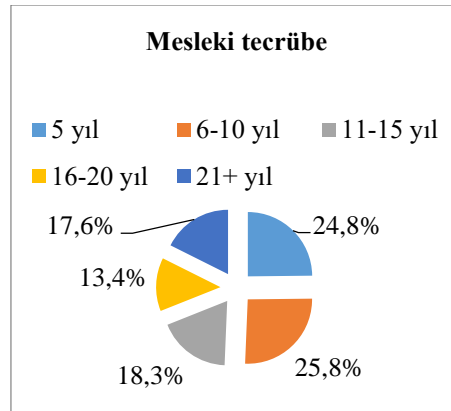
Şekil 5.2. Katılımcıların Mezuniyet Eğitim Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcılardan 398 kişi hemşire, 34 kişi sağlık memuru, 64 kişi doktor, 45 kişi sağlık teknisyeni, 71 kişi tıbbi sekreter meslek grubunda yer almaktadır.



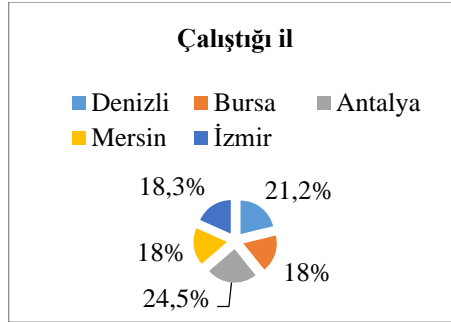
Şekil 4. Katılımcıların Meslek Gruplarına göre Dağılımı

Yapılan araştırmada; katılımcıların meslek tecrübelerine bakıldığında zaman 5 yıllık meslek tecrübesine sahip 152 kişi, 6-10 yıl arası meslek tecrübesine sahip kişi sayısı 158, 11-15 yıl arası meslek tecrübesine sahip kişi sayısı 112, 16-20 yıl arası meslek tecrübesine sahip kişi sayısı 82 ve 21 yıl ve üzeri meslek tecrübesine sahip kişi sayısı 108 olduğu görülmektedir.



Şekil 5.3. Katılımcıların Meslek Tecrübesine göre Dağılımı

Katılımcıların çalıştığı il' e bakıldığı zaman Denizli'den 130 kişi, Bursa'dan 110 kişi, Antalya'dan 150 kişi, Mersin'den 110 kişi, İzmir' den 112 kişi anketi yanıtladığı görülmektedir.



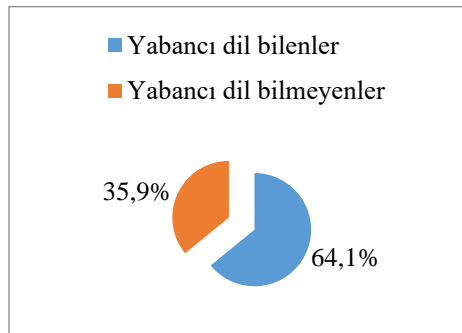
Şekil 5.4. Katılımcıların Çalıştıkları İl'e göre Dağılımı

Araştırmada katılımcıların yabancı dil bilme oranları aşağıdaki Tablo 5.2'de gösterilmiştir.

Tablo 5.2. Katılımcıların Yabancı Dil Bilmelerine göre Dağılımı

		n	%
Yabancı dil	Bilenler	392	64,1
	Bilmeyenler	220	35,9
Toplam		612	100

Katılımcıların yabancı dil bilen sayısı 220 kişi iken yabancı dil bilmeyenlerin sayısı 392 kişidir.



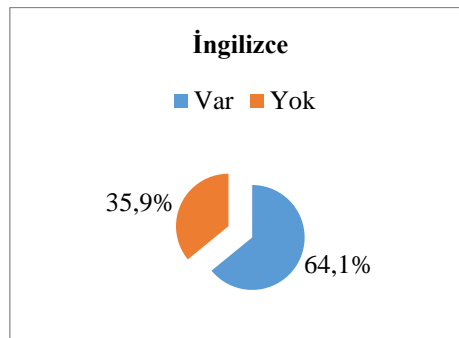
Şekil 5.5. Katılımcıların Yabancı Dil Bilmelerine göre Dağılımları

Katılımcıların bildikleri yabancı dil çeşitleri aşağıdaki Tablo 5.3’ de gösterilmiştir.

Tablo 5.3. Katılımcıların Bildikleri Yabancı Dil Çeşitlerine Göre Dağılımı

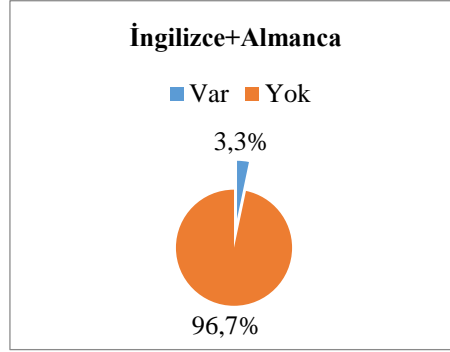
		n	%
Yabancı dil (İngilizce)	Var	392	64,1
	Yok	220	35,9
Toplam		612	100
Yabancı dil (İngilizce +Almanca)	Var	20	3,3
	Yok	592	96,7
Toplam		612	100
Yabancı dil (İngilizce +Rusça)	Var	10	1,6
	Yok	602	98,4
Toplam		612	100
Yabancı dil (İngilizce +Diğer)	Var	4	0,7
	Yok	608	99,3
Toplam		612	100

Araştırmaya katılanların 392 kişi yabancı dil olarak İngilizce bilmektedir. 612 kişiden 220 kişi İngilizce bilmemektedir.



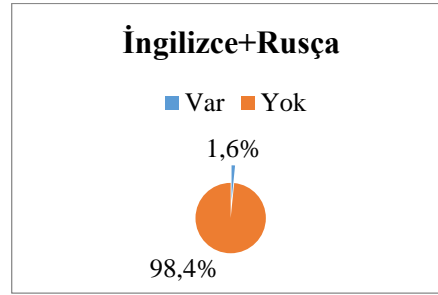
Şekil 5.6. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak İngilizce Bilen Kişilere göre Dağılımı

Yapılan çalışmada 612 kişiden hem İngilizce hem Almanca bilenlerin sayısı 20 kişidir. Hem İngilizce hem de Almanca bilmeyenler 592 kişidir.



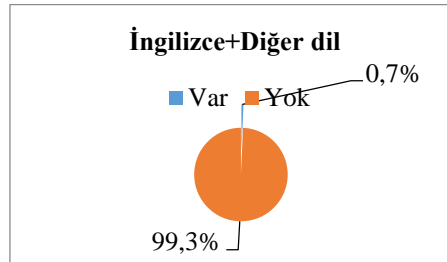
Şekil 5.7. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak Hem İngilizce Hem Almanca Bilen Kişilere göre Dağılımı

Katılımcılardan 612 kişiden 10 kişi hem İngilizce hem de Rusça bilmektedir. 602 kişi hem İngilizce hem Rusça bilmemektedir.



Şekil 5.8. Katılımcıların Yabancı Dil Olarak Hem İngilizce Hem Rusça Bilen Kişilere göre Dağılımı

Katılımcılardan 612 kişiden hem İngilizce hem diğer bir dil bilen kişi sayısı 4 kişi, 608 kişi hem İngilizce hem diğer bir dil bilmemektedir.



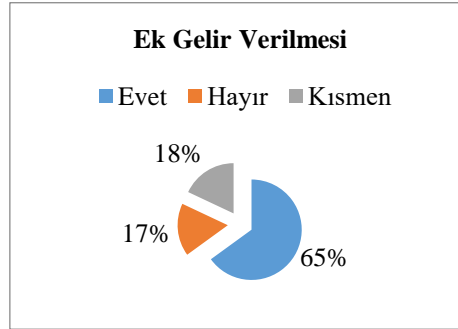
Şekil 5.9. Katılımcıların Hem İngilizce Hem Diğer Bir Dil Bilen Kişilere göre Dağılımı

Katılımcıların sağlık turizmi kapsamında verilen sağlık hizmetinde ek gelir verilmesi düşünme durumları aşağıdaki Tablo 5.4' te özetlenmiştir.

Tablo 5.4. Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetinde Ek Gelir Verilmesi Düşünme Durumları

		n	%
Ek Gelir Verilmesi Düşünme Durumu	Evet	398	65
	Hayır	104	17
	Kısmen	110	18
Toplam		612	100

Katılımcıların sağlık turizmi kapsamında verilen sağlık hizmetinde ek gelir verilmesini düşünme durumu incelendiği zaman evet düşünüyorum diyen 398 kişi, hayır düşünmüyorum diyen 104 kişi ve kısmen düşünüyorum diyen 110 kişi olduğu görülmektedir.



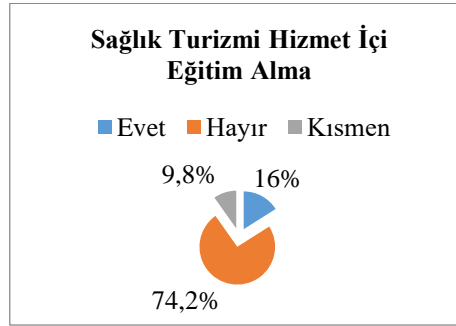
Şekil 5.10. Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetinde Ek Gelir Verilmesi Düşünme Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların kurumlarında sağlık turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumları Tablo 5.5' te özetlenmiştir.

Tablo 5.5. Katılımcıların Kurumlarında Sağlık Turizmi ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumları

		N	%
Sağlık Turizmi Hizmet İçi Eğitim Alma	Evet	98	16
	Hayır	454	74,2
	Kısmen	60	9,8
Toplam		612	100

Araştırmaya katılan 98 kişi sağlık turizmi hizmet içi eğitim alma durumuna evet derken 454 kişi hayır, 60 kişi kısmen demiştir.



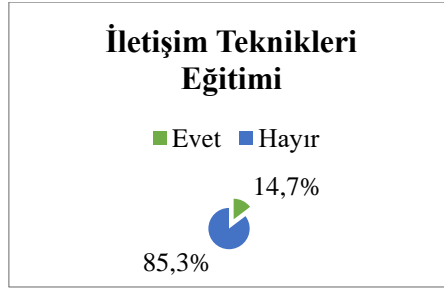
Şekil 5.11. Katılımcıların Kurumlarında Sağlık Turizmi ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına göre Dağılımları

Ankete katılan kişilerin sağlık turizmi kapsamında aldıkları eğitimler ile ilgili verdikleri yanıtlar Tablo 5.6' da gösterilmiştir.

Tablo 5.6. Ankete Katılanların Sağlık Turizmi Kapsamında Aldıkları Eğitimlere göre Dağılımları

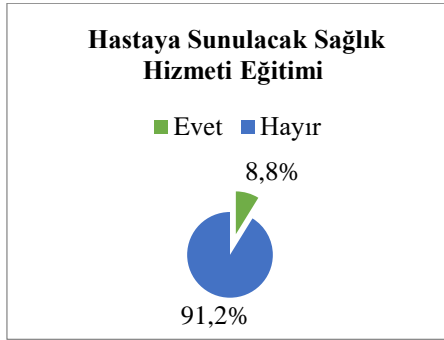
		n	%
İletişim Teknikleri Eğitimi	Evet	90	14,7
	Hayır	522	85,3
Toplam		612	100
Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi	Evet	54	8,8
	Hayır	558	91,2
Toplam		612	100
Hastanın Hakları Eğitimi	Evet	90	14,7
	Hayır	522	85,3
Toplam		612	100
Hastanenin Sunduğu Olanaklar ile İlgili Eğitimi	Evet	82	13,4
	Hayır	530	86,6
Toplam		612	100
Yabancı Dil Eğitimi	Evet	22	3,6
	Hayır	590	96,4
Toplam		612	100
Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler ile İlgili Eğitim	Evet	30	4,9
	Hayır	582	95,1
Toplam		612	100
Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim (Boş vakitlerinde nereleri gezip göreceği, nerelerden alışveriş yapabileceği veya hangi aktivitelere katılabileceği gibi)	Evet	24	3,9
	Hayır	588	96,1
Toplam		612	100

Araştırmaya katılanların iletişim teknikleri eğitimi almalarına göre dağılımlarına bakıldığında evet yanıtı veren 90 kişi olup hayır yanıtı veren 522 kişi bu konuda eğitim almadıklarını bildirmişlerdir.



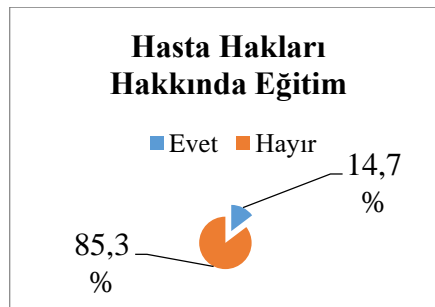
Şekil 5.12. Katılımcıların İletişim Teknikleri Eğitimi Alma Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitimi almalarına göre dağılımlarına bakıldığından evet diyen 54 kişi eğitim aldığını, 558 kişi hayır cevabını vererek eğitimi almadıkları cevabını vermişlerdir.



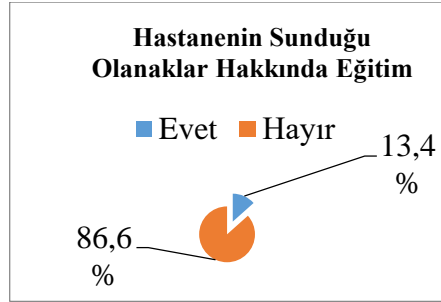
Şekil 5.13. Araştırmaya Katılanların Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmetleri Eğitimi Almalarına göre Dağılımları

Ankete katılanların hasta hakları hakkında eğitim alma dağılımı incelendiğinde evet yanıtı veren 90 kişi olup eğitim aldıklarını ifade etmişler, 522 kişi hayır yanıtını vererek eğitim almadıklarını bildirmişlerdir.



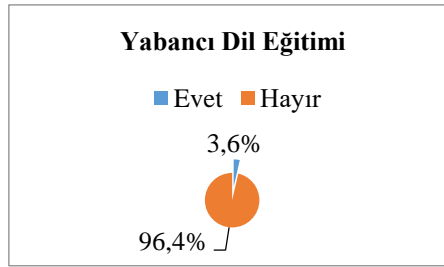
Şekil 5.14. Katılımcıların Hasta Hakları Hakkında Eğitim Alma Durumlarına göre Dağılımları

Katılımcıların, hastanenin sunduğu olanaklar konusunda eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; 82 kişi hastanenin sunduğu olanaklar konusunda eğitim aldım cevabını verdiği, 530 kişi ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.



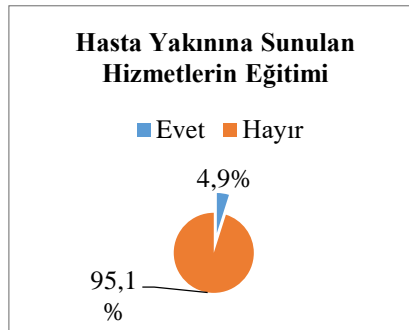
Şekil 5.15. Katılımcıların Hastanenin Sunduğu Olanaklar Hakkında Eğitim Alma Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların, yabancı dil eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; 22 kişi evet yanıtı vererek yabancı dil eğitimi aldığını, 590 kişi ise hayır eğitim almadım yanıtını verdiği görülmektedir.



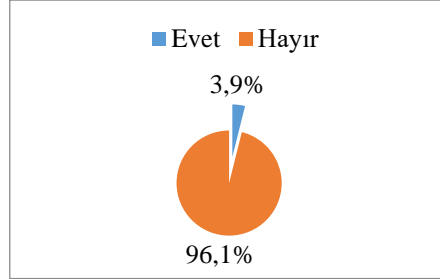
Şekil 5.16. Araştırmaya Katılanların Yabancı Dil Eğitimi Alma Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların, hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; 30 kişi hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitim aldım cevabını verdiği, 582 kişinin ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.



Şekil 5.17. Araştırmaya Katılanların Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler Hakkında Eğitim Alma Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların, hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda (boş vakitlerinde nereleri gezip göreceği, nerelerden alışveriş yapabileceği veya hangi aktivitelere katılabileceği vb.) eğitim almalarına göre dağılımları incelendiğinde; 24 kişinin evet yanıtı vererek eğitim aldığı, 588 kişi ise hayır yanıtı vererek eğitim almadığı görülmektedir.



Şekil 5.18. Araştırmaya Katılanların Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Alma Durumlarına göre Dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık turizmi açısından iletişim algılarına ait x ve ss değerleri Tablo 5.7’de özetlenmiştir.

Tablo 5.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Turizmi Açısından İletişim Algılarına Ait Bilgiler

		x	ss
1	Hasta ile olan iletişimde	2,31	1,01
2	Hasta yakınları ile olan iletişimde	2,4	0,987
3	Hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan	2,1	0,881
4	Hastanede hastalara sunulan yemeklerden	2,5	1,10
5	Hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili	2,25	0,961
6	Hastane kurallarını uygulama konusunda	2,19	0,977
7	Sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili	1,98	0,827
8	İlave tedavi ve işlemler ile ilgili	2,09	0,873
9	Tedavi sonucunu izleme	1,87	0,819
10	Tedavi maliyetleri ile ilgili	1,87	0,865

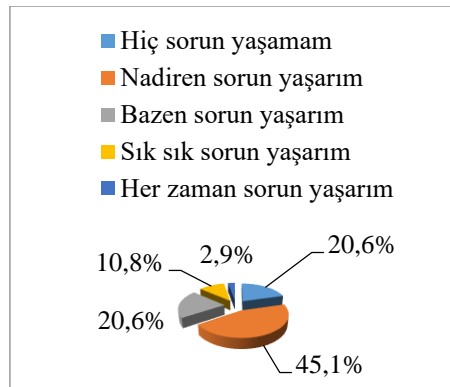
Yabancı hastalarla karşılaştıkları sorunlara ilişkin değerlendirmeler yapılırken yaşanan sorunlar ile ilgili görüşler “Hiç sorun yaşamam”, “Nadiren sorun yaşarım” “Bazen sorun yaşarım”, “Sık sık sorun yaşarım” ve “Her zaman sorun yaşarım” şeklinde ifadelere karşılık geldiğine dikkat edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama dağılımları aşağıdaki Tablo 5.8’ de gösterilmiştir.

Tablo 5.8. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalarla İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hasta ile olan iletişimde	Hiç sorun yaşamam	126	20.6	2,31	1,01
	Nadiren sorun yaşarım	276	45.1		
	Bazen sorun yaşarım	126	20.6		
	Sık sık sorun yaşarım	66	10.8		
	Her zaman sorun yaşarım	18	2.9		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 126 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 276 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 126 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 66 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 18 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



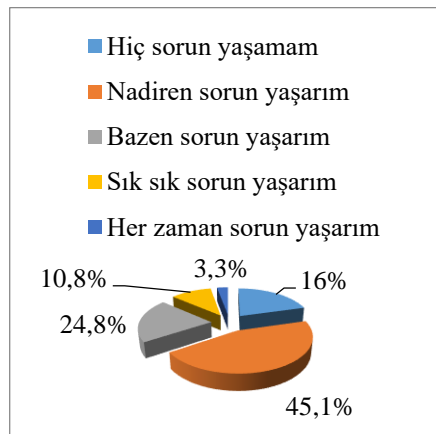
Şekil 5.19. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalarla İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama durumları Tablo 5.9’da özetlenmiştir.

Tablo 5.9. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hasta Yakınları ile İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hasta Yakınları İle Olan İletişimde	Hiç sorun yaşamam	98	16.0	2,4	0,987
	Nadiren sorun yaşarım	276	45.1		
	Bazen sorun yaşarım	152	24.8		
	Sık sık sorun yaşarım	66	10.8		
	Her zaman sorun yaşarım	20	3.3		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 98 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 276 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 152 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 66 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 20 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



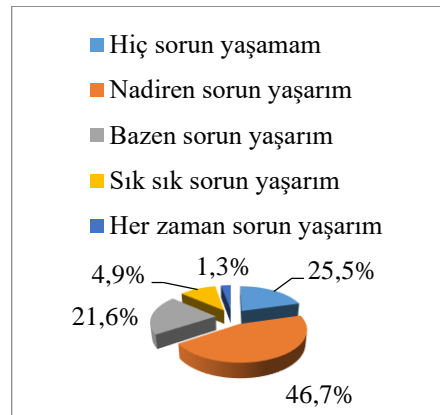
Şekil 5.20. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hasta Yakınları ile İletişimde Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama durumları Tablo 5.10’da özetlenmiştir.

Tablo 5.10. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlar	Hiç sorun yaşamam	156	25.5	2,1	0,881
	Nadiren sorun yaşarım	286	46.7		
	Bazen sorun yaşarım	132	21.6		
	Sık sık sorun yaşarım	30	4.9		
	Her zaman sorun yaşarım	8	1.3		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan dolayı sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 156 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 286 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 132 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 30 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 8 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



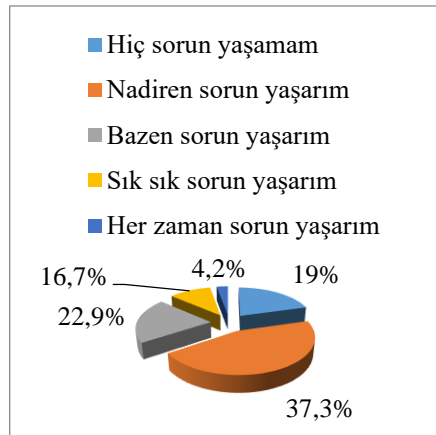
Şekil 5.21. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların hastanede yabancı hastalara sunulan yemeklerden dolayı sorun yaşama durumları Tablo 5.11’de özetlenmiştir.

Tablo 5.11. Araştırmaya Katılanların Hastanede Yabancı Hastalara Sunulan Yemeklerden Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastanede hastalara sunulan yemeklerden	Hiç sorun yaşamam	116	19.0	2,5	1,10
	Nadiren sorun yaşarım	228	37.3		
	Bazen sorun yaşarım	140	22.9		
	Sık sık sorun yaşarım	102	16.7		
	Her zaman sorun yaşarım	26	4.2		
Toplam		612	100		

Katılımcıların hastanede yabancı hastalara sunulan yemeklerden dolayı sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 116 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 228 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 140 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 102 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 26 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.

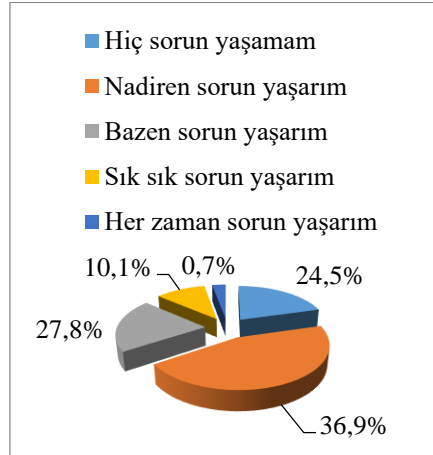


Şekil 5.22. Araştırmaya Katılanların Hastanede Yabancı Hastalara Sunulan Yemeklerden Dolayı Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Tablo 5.12. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalar Açısından Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili	Hiç sorun yaşamam	150	24.5	2,25	0,961
	Nadiren sorun yaşarım	226	36.9		
	Bazen sorun yaşarım	170	27.8		
	Sık sık sorun yaşarım	62	10.1		
	Her zaman sorun yaşarım	4	0.7		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 150 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 226 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 170 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 62 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 4 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



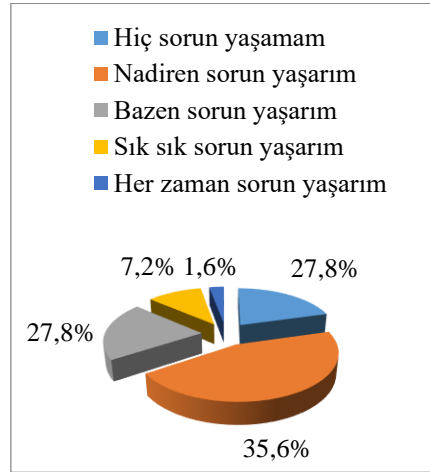
Şekil 5.23. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastalar Açısından Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların yabancı hastaların hastane kurallarına uyması konusunda sorun yaşama durumları aşağıdaki Tablo 5.13’de özetlenmiştir.

Tablo 5.13 Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastane kurallarını uygulama konusunda	Hiç sorun yaşamam	170	27.8	2,19	0,977
	Nadiren sorun yaşarım	218	35.6		
	Bazen sorun yaşarım	170	27.8		
	Sık sık sorun yaşarım	44	7.2		
	Her zaman sorun yaşarım	10	1.6		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastaların hastane kurallarına uyması konusunda ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 170 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 218 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 170 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 44 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 10 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



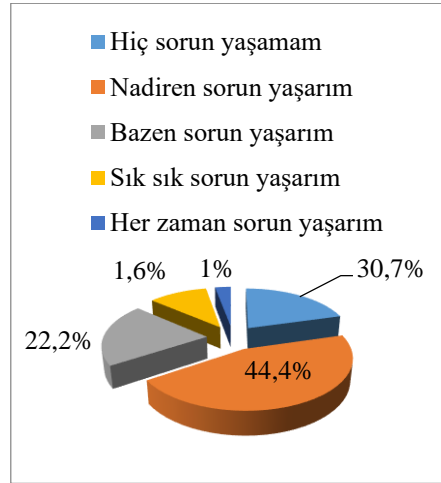
Şekil 5.24. Araştırmaya Katılanların Yabancı Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşamaları Tablo 5.14’ te gösterilmiştir.

Tablo 5.14. Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

		f	%	x	ss
Sunulan tıbbi hizmetin uygulaması ile ilgili	Hiç sorun yaşamam	188	30.7	1,98	0,827
	Nadiren sorun yaşarım	272	44.4		
	Bazen sorun yaşarım	136	22.2		
	Sık sık sorun yaşarım	10	1.6		
	Her zaman sorun yaşarım	6	1.0		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanması ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 188 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 272 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 136 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 10 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 6 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



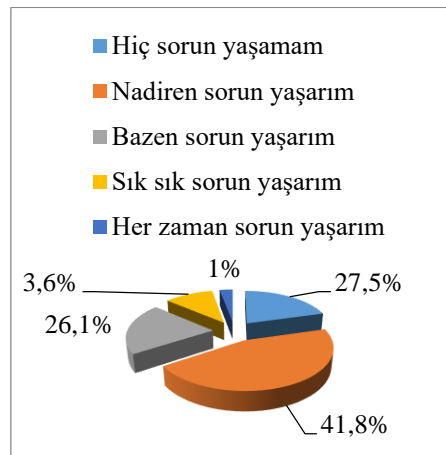
Şekil 5.25. Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama durumları Tablo 5.15’de gösterilmiştir.

Tablo 5.15. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından İlave Tedavi ve İşlemler ile İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

	f	%	x	ss			
İlave tedavi ve işlemler ile ilgili	Hiç sorun yaşamam	168	27.5	2,09	0,873		
	Nadiren sorun yaşarım	256	41.8				
	Bazen sorun yaşarım	160	26.1				
	Sık sık sorun yaşarım	22	3.6				
	Her zaman sorun yaşarım	6	1.0				
	Toplam	612	100				

Katılımcıların yabancı hastalar açısından ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 168 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 256 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 160 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 22 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 6 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



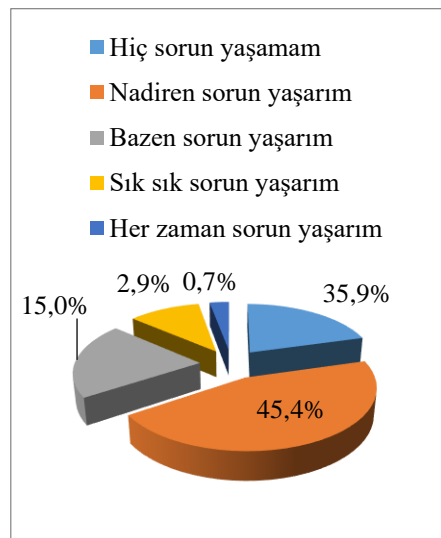
Şekil 5.26. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından İlave Tedavi ve İşlemler ile İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izlemeyle ilgili sorun yaşama durumları aşağıdaki Tablo 5.16’da gösterilmiştir.

Tablo 5.16. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Sonucunu İzlemeyle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

	f	%	x	ss			
Tedavi sonucunu izleme	Hiç sorun yaşamam	220	35.9	1,87	0,819		
	Nadiren sorun yaşarım	278	45.4				
	Bazen sorun yaşarım	92	15.0				
	Sık sık sorun yaşarım	18	2.9				
	Her zaman sorun yaşarım	4	0.7				
	Toplam	612	100				

Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izlemeyle ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 220 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 278 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 92 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 18 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 4 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



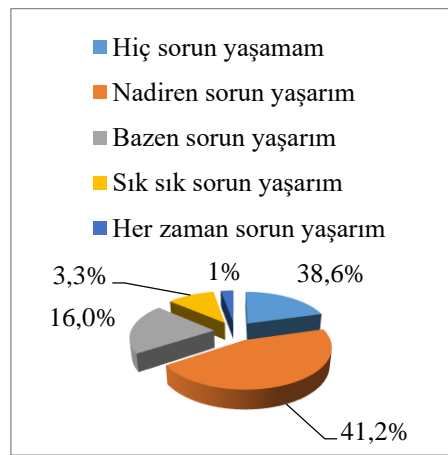
Şekil 5.27. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Sonucunu İzlemeyle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama durumları aşağıdaki Tablo 5.17’de gösterilmiştir.

Tablo 5.17. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Maliyetleri ile İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

		f	%	x	ss
Tedavi maliyetleri ile ilgili	Hiç sorun yaşamam	236	38.6	1,87	0,865
	Nadiren sorun yaşarım	252	41.2		
	Bazen sorun yaşarım	98	16.0		
	Sık sık sorun yaşarım	20	3.3		
	Her zaman sorun yaşarım	6	1.0		
	Toplam	612	100		

Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 236 kişi hiç sorun yaşamam yanıtını verdiği, 252 kişi nadiren sorun yaşarım yanıtını verdiği, 98 kişi bazen sorun yaşarım yanıtını verdiği, 20 kişi sık sık sorun yaşarım yanıtını verdiği, 6 kişi her zaman sorun yaşarım yanıtını verdiği görülmektedir.



Şekil 5.28. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Maliyetleri ile İlgili Sorun Yaşama Dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık turizmi açısından kalite algılarına ait bilgiler aşağıdaki Tablo 5.18’de özetlenmiştir.

Tablo 5.18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Turizmi Açısından Kalite Algılarına Ait Bilgileri

		x	ss
11	Tedavi maliyetinin düşük olması	3,58	1,16
12	Yüksek standartta sağlık hizmeti sunması	3,78	1,11
13	Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	3,35	1,26
14	Konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülkede bulunması	3,87	1,10
15	Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olması	3,64	1,25
16	Hizmet verme süresinin kısa, etkili ve hızlı hizmet olması	3,84	1,05
17	Hastanenin teknik donanımının iyi olması	3,82	1,14
18	Hastanenin hekim kadrosu	3,94	1,08
19	Hastanenin uluslararası standartları uygulaması	3,93	1,16
20	Aracı kuruluşların yönlendirmesi	3,81	1,09
21	Kalite akreditasyon belgesinin etkisi	3,63	1,21

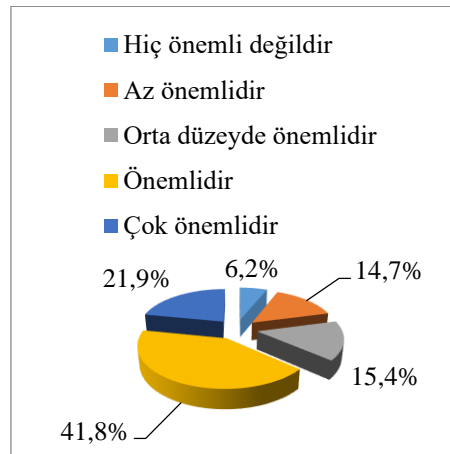
Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihi ile ilgili değerlendirmeler yapılırken tercihlerini etkileyen faktörlerin “Hiç önemli değildir”, “Az önemlidir”, “Orta düzeyde önemlidir”, “Önemlidir” ve “Çok önemlidir” şeklinde ifadeler karşılık geldiğine dikkat edilerek değerlendirilmiştir.

Katılımcıların, hastanelerinin yabancı hastalar tarafından tercihinde tedavi ve maliyetlerinin düşük olması durumları aşağıdaki Tablo 5.19’da gösterilmiştir.

Tablo 5.19. Katılımcıların, Hastanelerinin Yabancı Hastalar Tarafından Tercihinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması Dağılımı

		f	%	x	ss
Tedavi maliyetinin düşük olması	Hiç önemli değildir	38	6.2	3,58	1,16
	Az önemlidir	90	14.7		
	Orta düzeyde önemlidir	94	15.4		
	Önemlidir	256	41.8		
	Çok önemlidir	134	21.9		
	Toplam	612	100		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasının etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 38 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 90 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 94 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 256 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 134 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



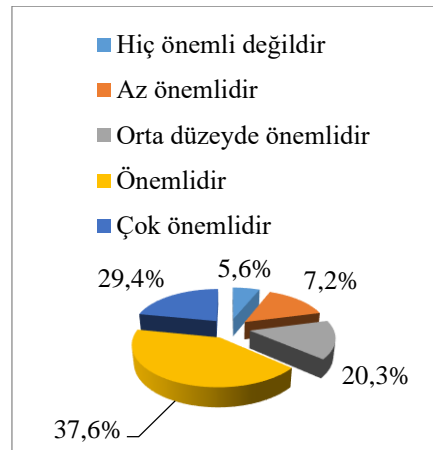
Şekil 5.29. Katılımcıların, Hastanelerinin Yabancı Hastalar Tarafından Tercihinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması Dağılımı

Katılımcıların hastanelerini tercihinde yabancı hastalar açısından tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesinin etken olması dağılımı Tablo 5.20’de özetlenmiştir.

Tablo 5.20. Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yabancı Hastalar Açısından Tercihinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesinin Etken Olması Dağılımı

		f	%	x	ss
Yüksek standartta sağlık hizmeti sunması	Hiç önemli değildir	34	5.6	3,78	1,11
	Az önemlidir	44	7.2		
	Orta düzeyde önemlidir	124	20.3		
	Önemlidir	230	37.6		
	Çok önemlidir	180	29.4		
	Toplam	612	100		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmet vermesinin durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 34 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 44 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 124 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 230 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 180 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



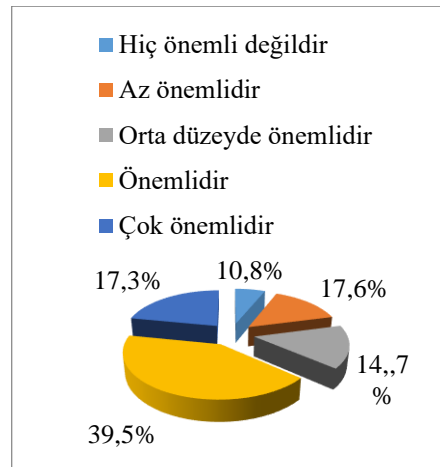
Şekil 5.30. Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yabancı Hastalar Açısından Tercihinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesinin Etken Olması Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olmasının etken olması dağılımı Tablo 5.20’de özetlenmiştir.

Tablo 5.21. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Coğrafi Açıdan Kendi Ülkesine Yakın Olması Dağılımı

		f	%	x	ss		
Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	Hiç önemli değildir	66	10.8	3,35	1,26		
	Az önemlidir	108	17.6				
	Orta düzeyde önemlidir	90	14.7				
	Önemlidir	242	39.5				
	Çok önemlidir	106	17.3				
	Toplam	612	100				

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafi açıdan kendi ülkelerine yakın olması durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 66 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 108 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 90 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 242 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 106 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



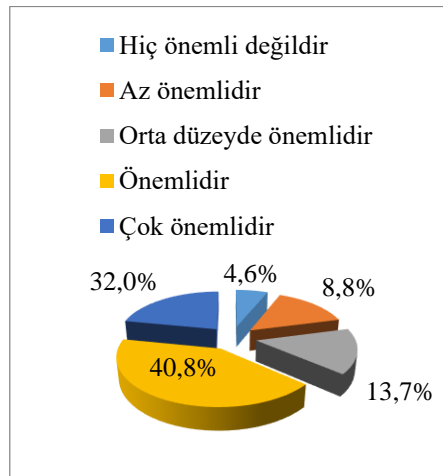
Şekil 5.31. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Coğrafi Açıdan Kendi Ülkesine Yakın Olması Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olmasının etken olma dağılımı Tablo 5.21’te özetlenmiştir.

Tablo 5.22. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Konaklama ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olması Dağılımı

	f	%	x	ss		
Konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülkede bulunması	Hiç önemli değildir	28	4.6	3,35	1,26	
	Az önemlidir	54	8.8			
	Orta düzeyde önemlidir	84	13.7			
	Önemlidir	250	40.8			
	Çok önemlidir	196	32.0			
	Toplam	612	100			

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz olması durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 28 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 54 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 84 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 250 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 196 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



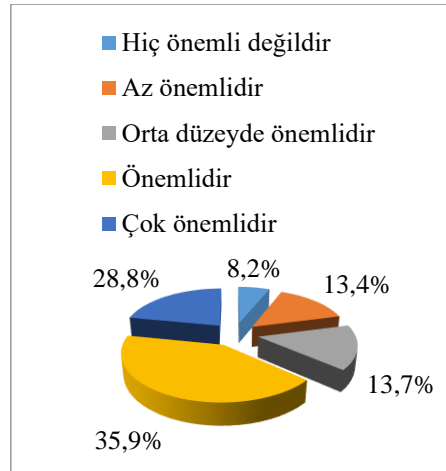
Şekil 5.32. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Konaklama ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olması Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasının etken olma dağılımı Tablo 5.23’de özetlenmiştir.

Tablo 5.23. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Türkiye’nin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasının Etken Olma Dağılımı

		f	%	x	ss
Türkiye’nin turistik özelliklerinin fazla olması	Hiç önemli değildir	50	8.2	3,64	1,25
	Az önemlidir	82	13.4		
	Orta düzeyde önemlidir	84	13.7		
	Önemlidir	220	35.9		
	Çok önemlidir	176	28.8		
	Toplam	612	100		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde Türkiye’nin turistik özelliklerinin fazla olması durumunun etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 50 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 82 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 84 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 220 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 176 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



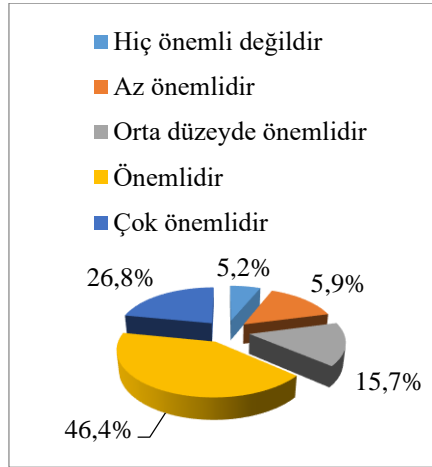
Şekil 5.33. Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Türkiye’nin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasının Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hizmeti verme süresinin kısa etkili ve hızlı hizmet vermesinin etken olma dağılımı Tablo 5.24'de özetlenmiştir.

Tablo 5.24. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hizmeti Etkili ve Hızlı Vermesinin Etken Olma Dağılımı

	f	%	x	ss			
Hizmet verme süresinin kısa, etkili ve hızlı hizmet olması	Hiç önemli değildir	32	5.2	3,84	1,05		
	Az önemlidir	36	5.9				
	Orta düzeyde önemlidir	96	15.7				
	Önemlidir	284	46.4				
	Çok önemlidir	164	26.8				
	Toplam	612	100				

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hizmeti verme süresinin kısa etkili ve hızlı hizmet vermesinin etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 32 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 36 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 96 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 284 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 164 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



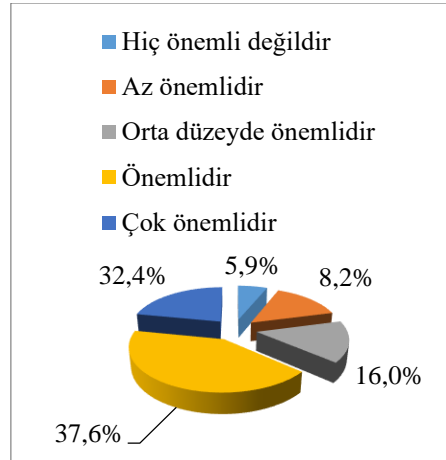
Şekil 5.34. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hizmeti Etkili ve Hızlı Vermesinin Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı Tablo 5.25’de özetlenmiştir.

Tablo 5.25. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Teknik Donanımının Etken Olma Dağılımı

		f	%	x	ss		
Hastanenin teknik donanımının iyi olması	Hiç önemli değildir	36	5.9	3,82	1,14		
	Az önemlidir	50	8.2				
	Orta düzeyde önemlidir	98	16.0				
	Önemlidir	230	37.6				
	Çok önemlidir	198	32.4				
	Toplam	612	100				

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 36 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 50 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 98 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 230 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 198 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



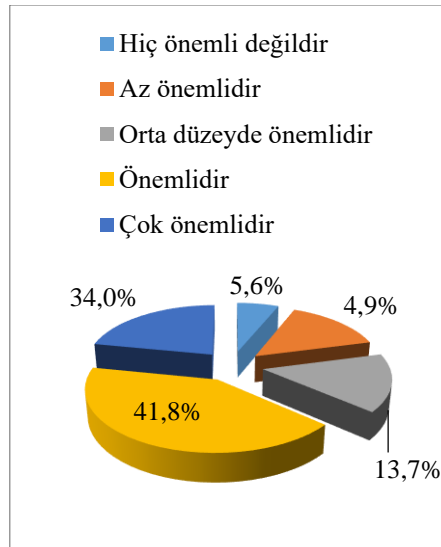
Şekil 5.35. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Teknik Donanımının Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı Tablo 5.26’da özetlenmiştir.

Tablo 5.26. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Hekim Kadrosunun Etken Olma Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastanenin hekim kadrosu	Hiç önemli değildir	34	5.6	3,94	1,08
	Az önemlidir	30	4.9		
	Orta düzeyde önemlidir	84	13.7		
	Önemlidir	256	41.8		
	Çok önemlidir	208	34.0		
	Toplam	612	100		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 34 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 30 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 84 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 256 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 208 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



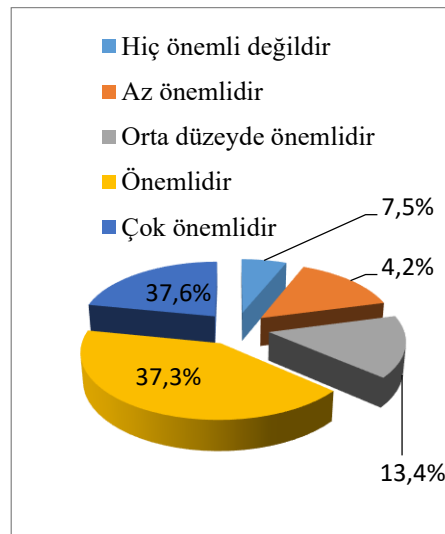
Şekil 5.36. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Hekim Kadrosunun Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı Tablo 5.27’de özetlenmiştir.

Tablo 5.27. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Uluslararası Standartları Uygulamasının Etken Olma Dağılımı

		f	%	x	ss
Hastanenin uluslararası standartları uygulaması	Hiç Önemli Değildir	46	7.5	3,93	1,16
	Az Önemlidir	26	4.2		
	Orta Düzeyde Önemlidir	82	13.4		
	Önemlidir	228	37.3		
	Çok Önemlidir	230	37.6		
	Toplam	612	100		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 46 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 26 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 82 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 228 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 230 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



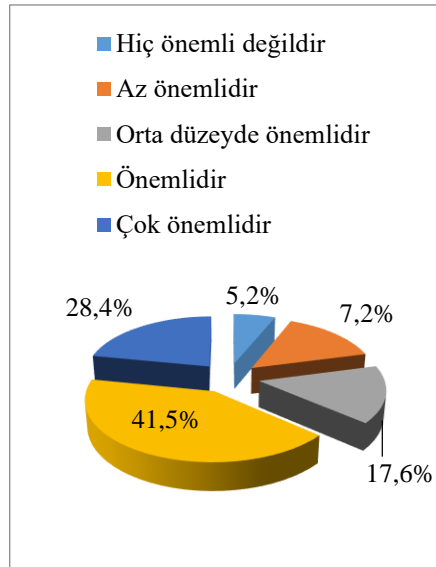
Şekil 5.37. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Uluslararası Standartları Uygulamasının Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma dağılımı Tablo 5.28’de özetlenmiştir.

Tablo 5.28. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesinin Etken Olma Dağılımı

		f	%	x	ss		
Aracı kuruluşların yönlendirmesi	Hiç önemli değildir	32	5.2	3,81	1,09		
	Az önemlidir	44	7.2				
	Orta düzeyde önemlidir	108	17.6				
	Önemlidir	254	41.5				
	Çok önemlidir	174	28.4				
	Toplam	612	100				

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma durumu incelendiğinde; katılımcılardan 32 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 44 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 108 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 254 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 174 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



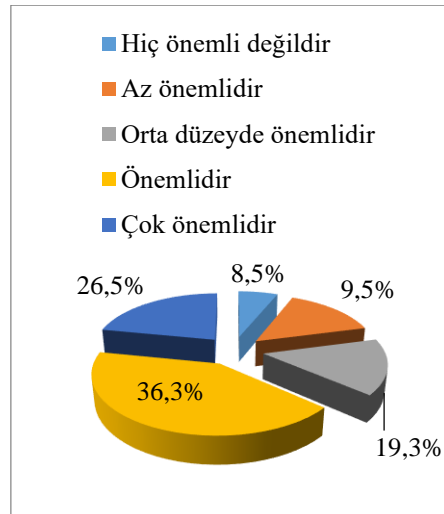
Şekil 5.38. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesinin Etken Olma Dağılımı

Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin olma dağılımı Tablo 5.29’da özetlenmiştir.

Tablo 5.29. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisinin Olma Dağılımı

		F	%	X	Ss		
Kalite akreditasyon belgesinin etkisi	Hiç önemli değildir	52	8.5	3,63	1,21		
	Az önemlidir	58	9.5				
	Orta düzeyde önemlidir	118	19.3				
	Önemlidir	222	36.3				
	Çok önemlidir	162	26.5				
	Toplam	612	100				

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin dağılımı incelendiğinde; katılımcılardan 52 kişi hiç önemli değildir cevabını verdiği, 58 kişi az önemlidir cevabını verdiği, 118 kişi orta düzeyde önemlidir cevabını verdiği, 222 kişi önemlidir cevabını verdiği ve 162 kişi ise çok önemlidir cevabını verdiği görülmektedir.



Şekil 5.39. Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisinin Olma Dağılımı

Tablo 5.30. Turizm Algısı Ve Alt Boyutları Betimsel İstatistikleri

	N	Ortalama	Standart sapma
Turizm Algısı	612	2,9878	,55116
İletişim Algısı	612	2,1556	,65117
Kalite Algısı	612	3,7442	,83252

Turizm algısı ölçeğinin ortalaması 2,98; standart sapması 0,551’dir. İletişim algısı boyutunda ortalama 2,15; standart sapması 0,651’dir. Kalite algısı boyutunda ortalama 3,74; standart sapması 0,832’dir.

Araştırmaya katılan bireylerin değişkenlere göre grup karşılaştırması:

Araştırmaya katılan kadın ve erkek grupları iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.31’de özetlenmiştir.

Tablo 5.31. Kadın ve Erkek Grupları İletişim Algısına İlişkin T Testi Sonuçları

Cinsiyet		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Kadın	439	2,16	0,687	610	0,389	0,697
	Erkek	173	2,13	0,550			

Tablo 5.31’de göre iletişim algısı bakımından erkek ve kadınların görüşleri arasındaki fark incelenmiştir. 439 kadın 173 erkek arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.31’ e göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından kadınların ortalaması \bar{x} (2,16) değeri hesaplanırken erkeklerin ortalaması \bar{x} (2,13) hesaplanmıştır. Buna göre kadınların iletişim algı ortalamaları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,697 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılan kadın ve erkek grupları kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.32’de özetlenmiştir.

Tablo 5.32. Kadın ve Erkek Grupları Kalite Algısına İlişkin T Testi Sonuçları

Cinsiyet		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Kadın	439	3,71	0,834	610	1,371	0,171
	Erkek	173	3,81	0,824			

Tablo 5.32'ye göre kalite algısı bakımından kadın ve erkeklerin görüşleri arasındaki fark incelenmiştir. 439 kadın 173 erkek arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.32'ye göre; yapılan test sonucunda kalite algısı bakımından kadınların ortalaması \bar{x} (3,71) değeri hesaplanırken erkeklerin ortalaması \bar{x} (3,81) hesaplanmıştır. Buna göre kadınların iletişim algı ortalamaları erkeklere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde $p:0,171$ hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Meslek grupları arasında iletişim algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.33'de sunulmuştur.

Tablo 5.33. Meslek Gruplarının İletişim Algılarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

	Meslek Grupları	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
İletişim Algısı	Hemşire	398	2,25	0,66	Gruplar arası	17,456	4	4,364	10,96	0	Hemşire-Tıbbi Sekreter
	Sağlık Memuru	34	2,14	0,49	Gruplar içi	241,625	607	0,398			
	Doktor	64	2,13	0,57	Toplam	259,081	611				Sağlık Memuru-Tıbbi Sekreter
	Sağlık Teknisyeni	45	1,99	0,49							Doktor-Tıbbi Sekreter
	Tıbbi Sekreter	71	1,73	0,59							

Tablo 5.33 incelendiğinde iletişim algısı yönünden hemşire grubu ortalaması $\bar{x}(2,25)$, sağlık memuru grubu ortalaması $\bar{x}(2,14)$, doktor grubu ortalaması $\bar{x}(2,13)$, sağlık teknisyeni grubu ortalaması $\bar{x}(1,99)$, tıbbi sekreter grubu ortalaması $\bar{x}(1,73)$ hesaplanmıştır. Meslek grupları arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde Tıbbi sekreter ile hemşire, tıbbi sekreter ile doktor, tıbbi sekreter ile sağlık memuru grupları arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde $p(0,0)$ hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz 0,05'ten

küçük olduğu belirlenmiştir. Meslek grupları ile iletişim algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık vardır.

Meslek grupları arasında kalite algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.34’ de sunulmuştur.

Tablo 5.34. Meslek Gruplarının Kalite Algılarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

	Meslek Grupları	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Kalite Algısı	Hemşire	398	3,77	0,822	Gruplar arası	9,913	4	2,478	3,637	0,006	Hemşire-Tıbbi Sekreter
	Sağlık Memuru	34	3,85	0,807	Gruplar içi	413,565	607	0,681			
	Doktor	64	3,59	0,717	Toplam	423,477	611				
	Sağlık-Sağlık Teknisyeni	45	3,98	0,608							Tıbbi Sekreter-Sağlık Teknisyeni
	Tıbbi Sekreter	71	3,47	1,034							

Tablo 5.34 incelendiğinde kalite algısı yönünden hemşire grubu ortalaması $\bar{x}(3,77)$, sağlık memuru grubu ortalaması $\bar{x}(3,85)$, doktor grubu ortalaması $\bar{x}(3,59)$, sağlık teknisyeni grubu ortalaması $\bar{x}(3,98)$, tıbbi sekreter grubu ortalaması $\bar{x}(3,47)$ hesaplanmıştır. Meslek grupları arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde Tıbbi sekreter ile hemşire; tıbbi sekreter ile sağlık teknisyeni aleyhinde anlamlı fark belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde $p(0,006)$ hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz $0,05$ ’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Meslek grupları ile iletişim algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık vardır.

Mesleki tecrübeye göre gruplar arasında iletişim algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.35’de sunulmuştur.

Tablo 5.35. Mesleki Tecrübe Değişkenine göre İletişim Algısı ANOVA Testi Sonuçları

	Mesleki Tecrübe	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı fark
İletişim Algısı	0-5 yıl	152	2,07	0,544	Gruplar arası	1,721	4	0,430	1,015	0,399	Yok
	6-10 yıl	158	2,20	0,655	Gruplar içi	257,361	607	0,424			
	11-15 yıl	112	2,13	0,850	Toplam	259,081	611				
	16-20 yıl	82	2,21	0,619							
	21+ yıl	108	2,17	0,561							

Tablo 5.35 incelendiğinde; iletişim algısı yönünden 0-5 yıl’a kadar meslek tecrübesi olan grup ortalaması \bar{x} (2,07), 6-10yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (2,20), 11-15 yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (2,13), 16-20 yıl meslek tecrübesi grup ortalaması \bar{x} (2,21), 21+ yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (2,17) hesaplanmıştır. Meslek grupları arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde anlamlı fark belirlenmemiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde p(0,399) hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz 0,05ten büyük olduğu belirlenmiştir. Mesleki tecrübe grupları ile iletişim algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık yoktur.

Mesleki tecrübeye göre gruplar arasında kalite algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.36’da sunulmuştur.

Tablo 5.36. Mesleki Tecrübe Değişkenine göre Kalite Algısı ANOVA Testi Sonuçları

	Mesleki tecrübe	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Kalite Algısı	0-5 yıl	152	3,70	0,760	Gruplar arası	13,156	4	3,289	4,865	0,001	0-5yıl ve 21+
	6-10 yıl	158	3,57	0,997	Gruplar içi	410,322	607	0,676			
	11-15 yıl	112	3,81	0,759	Toplam	423,477	411				6-10yıl ve 21+
	16-20 yıl	82	3,69	0,804							16-20yıl ve 21+
	21+ yıl	108	4,01	0,687							

Tablo 5.36 incelendiğinde kalite algısı yönünden 0-5yıl’a kadar meslek tecrübesi olan grup ortalaması \bar{x} (3,70), 6-10yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (3,57), 11-15 yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (3,81), 16-20 yıl meslek tecrübesi grup ortalaması \bar{x} (3,69), 21+ yıl meslek tecrübesine sahip grup ortalaması \bar{x} (4,01) hesaplanmıştır Mesleki tecrübesi olan gruplar arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde 5 yıllık tecrübe ile 21+ yıl tecrübe, 6-10 yıl tecrübe ile 21+yıl tecrübe aleyhinde anlamlı fark belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde p(0,001) hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Mesleki tecrübesi olan gruplar ile kalite algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık vardır.

Çalıştığı ile göre gruplar arasında iletişim algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.37’de sunulmuştur.

Tablo 5.37. Çalıştığı İl Değişkenine göre İletişim Algısı ANOVA Testi Sonuçları

	Çalıştığı İl	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
İletişim Algısı	Denizli	130	1,88	0,539	Gruplar arası	12,727	4	3,182	7,840	0	Denizli-Bursa
	Bursa	110	2,26	0,493	Gruplar içi	246,354	607	0,406			Denizli-Antalya
	Antalya	150	2,22	0,671	Toplam	259,081	611			Denizli-Mersin	
	Mersin	110	2,14	0,665						Denizli-İzmir	
	İzmir	112	2,26	0,776							

Tablo 5.37 incelendiğinde; iletişim algısı yönünden Denizli grup ortalaması \bar{x} (1,88), Bursa grup ortalaması \bar{x} (2,26), Antalya grup ortalaması \bar{x} (2,22), Mersin grup ortalaması \bar{x} (2,14), İzmir grup ortalaması \bar{x} (2,26) hesaplanmıştır. Çalıştığı ile göre gruplar arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde Denizli ile bursa, Denizli ile Antalya, Denizli ile Mersin, Denizli ile İzmir aleyhinde anlamlı fark belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde p(0,0) hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz 0,05ten küçük olduğu belirlenmiştir. Çalıştığı il ile iletişim algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık vardır.

Çalıştığı ile göre gruplar arasında kalite algısı yönünden anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için ANOVA Tukey testi uygulanmış bulgular Tablo 5.38’ de sunulmuştur.

Tablo 5.38. Çalıştığı İl Değişkenine göre Kalite Algısı Anova Testi Sonuçları

	Çalıştığı İl	N	\bar{x}	ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Kalite Algısı	Denizli	130	3,55	0,746	Gruplar arası	25,118	4	6,279	9,568	0,0	Denizli-Bursa
	Bursa	110	4,06	0,688	Gruplar içi	398,359	607	0,656			Denizli-Antalya
	Antalya	150	3,88	0,747	Toplam	423,477	611				Bursa-Mersin
	Mersin	110	3,70	0,861							Bursa-İzmir
	İzmir	112	3,50	0,997							Antalya-İzmir

Tablo 5.38 incelendiğinde; kalite algısı yönünden Denizli grup ortalaması \bar{x} (3,55), Bursa grup ortalaması \bar{x} (4,06), Antalya grup ortalaması \bar{x} (3,88), Mersin grup ortalaması \bar{x} (3,70), İzmir grup ortalaması \bar{x} (3,50) hesaplanmıştır. Çalıştığı il ile göre gruplar arasındaki aritmetik ortalama farkının anlamlı olup olmadığı incelendiğinde Denizli ile Bursa, Denizli ile Antalya, Bursa ile Mersin, Bursa ile İzmir, Antalya ile İzmir aleyhinde anlamlı fark belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde p(0,0) hesaplanmıştır. Bu nedenle p değeri referans değerimiz 0,05ten küçük olduğu belirlenmiştir. Çalıştığı il ile kalite algısına yanıt verenlerin arasında anlamlı farklılık vardır.

Araştırmaya katılanların yabancı dil İngilizce bilme durumuna biliyorum ve bilmiyorum diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.39’da özetlenmiştir.

Tablo 5.39. Yabancı Dil İngilizce Bilme Durumuna Biliyorum ve Bilmiyorum Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Yabancı Dil İngilizce Bilme		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Biliyorum	392	2,136	0,661	610	0,978	0,329
	Bilmiyorum	220	2,190	0,633			

Tablo 5.39'a göre; iletişim algısı bakımından yabancı dil İngilizce bilenlerin görüşleri arasındaki fark incelenmiştir. 392 biliyorum 220 bilmiyorum diyen kişi arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.39' a göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından biliyorum diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,136) değeri hesaplanırken bilmiyorum diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,19) hesaplanmıştır. Buna göre; biliyorum diyenlerin iletişim algı ortalamaları bilmiyorum diyenlere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,329 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından yabancı dil İngilizce bilme arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılanların yabancı dil bilme durumuna biliyorum ve bilmiyorum diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.40'da özetlenmiştir.

Tablo 5.40. Yabancı Dil Bilme Durumuna Biliyorum ve Bilmiyorum Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Yabancı Dil İngilizce Bilme		N	\bar{x}	ss	Sd	t	p
Kalite Algısı	Biliyorum	392	3,717	0,764	610	-0,597	0,550
	Bilmiyorum	220	3,759	0,868			

Tablo 5.40'a göre kalite algısı bakımından yabancı dil İngilizce bilenlerin görüşleri arasındaki fark incelenmiştir. 392 biliyorum 220 bilmiyorum diyen kişi arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.40' a göre yapılan test sonucunda kalite algısı bakımından biliyorum diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,717) değeri hesaplanırken bilmiyorum diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,759) hesaplanmıştır. Buna göre biliyorum diyenlerin kalite algı ortalamaları bilmiyorum diyenlere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,550 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından yabancı dil İngilizce bilme arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılanların iletişim teknikleri eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.41’ de özetlenmiştir.

Tablo 5.41. İletişim Teknikleri Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

İletişim Teknikleri Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	90	1,775	0,462	610	6,175	0,0
	Hayır	522	2,221	0,656			

Tablo 5.41’e göre iletişim algısı bakımından iletişim teknikleri eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 90 evet 522 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tabloya göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,775) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,221) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,0 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından iletişim teknikleri eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların iletişim teknikleri eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.42’de özetlenmiştir.

Tablo 5.42. İletişim Teknikleri Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

İletişim Teknikleri Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	90	4,119	0,519	610	-4,706	0,0
	Hayır	522	3,679	0859			

Tablo 5.42’ye göre kalite algısı bakımından iletişim teknikleri eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 90 evet 522 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.42’ ye göre yapılan test sonucunda

kalite algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (4,119) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,679) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin kalite algı ortalamaları hayır diyenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde $p:0,0$ hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan $0,05$ 'ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından iletişim teknikleri eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.43'de gösterilmiştir.

Tablo 5.43. Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	54	1,803	0,433	610	4,216	0,0
	Hayır	558	2,189	0,658			

Tablo 5.43'e göre iletişim algısı bakımından hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 54 evet 558 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tabloye göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,803) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,189) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde $p:0,0$ hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan $0,05$ 'ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.44’de özetlenmiştir.

Tablo 5.44. Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmeti Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	54	4,026	0,875	610	-	0,0
	Hayır	558	3,716	0,823			

Tablo 5.44’e göre kalite algısı bakımından hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 54 evet 558 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.44’e göre yapılan test sonucunda kalite algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (4,026) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,716) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin kalite algı ortalamaları hayır diyenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,0 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından hastaya sunulacak sağlık hizmeti eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastanın hakları eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.45’de özetlenmiştir.

Tablo 5.45. Hastanın Hakları Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastanın Hakları Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	90	2,155	0,629	610	0,001	0,999
	Hayır	522	2,155	0,655			

Tablo 5.45’de göre iletişim algısı bakımından hasta hakları eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 90 evet 522 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tabloye göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,155) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,155) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlerle aynı çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,999 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından hasta hakları eğitimi alma arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılanların hastanın hakları eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.46’da özetlenmiştir.

Tablo 5.46. Hastanın Hakları Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastanın Hakları Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	90	4,167	0,475	610	5,341	0,0
	Hayır	522	3,671	0,858			

Tablo 5.46’ya göre kalite algısı bakımından hasta hakları eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 90 evet 522 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.46’ya göre yapılan test sonucunda kalite algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (4,167) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,671) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlerle aynı çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından hasta hakları eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.47’de özetlenmiştir.

Tablo 5.47. Hastanenin Sunduğu Olanaklar ile İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastanenin Sunduğu Olanaklar ile İlgili Eğitim		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	82	1,836	0,412	610	4,855	0,0
	Hayır	530	2,205	0,667			

Tablo 5.47’ye göre iletişim algısı bakımından hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 82 evet 530 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.47’ye göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,836) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,205) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.48’de verilmiştir.

Tablo 5.48. Hastanenin Sunduğu Olanaklar İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastanenin Sunduğu Olanaklar İle İlgili Eğitim		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	82	3,864	0,663	610	1,410	0,159
	Hayır	530	3,725	0,854			

Tablo 5.48'e göre kalite algısı bakımından hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 82 evet 530 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.48'e göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,864) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,725) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin kalite algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde $p:0,159$ hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan $0,05$ 'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından hastanenin sunduğu olanaklar ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılanların yabancı dil eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin t testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.49'da verilmiştir.

Tablo 5.49. Yabancı Dil Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Yabancı Dil Eğitimi		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	22	1,536	0,201	610	4,618	0,0
	Hayır	590	2,178	0,650			

Tablo 5.49'a göre iletişim algısı bakımından yabancı dil eğitimi ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 22 evet 590 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.49'a göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,536) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,178) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde $p:0$ hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan $0,05$ 'ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından yabancı dil eğitimi ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılan yabancı dil eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.50’de gösterilmiştir.

Tablo 5.50. Yabancı Dil Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Yabancı Dil Eğitimi		n	\bar{x}	Ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	22	3,867	0,339	610	0,709	0,479
	Hayır	590	3,739	0,845			

Tablo 5.50’ye göre kalite algısı bakımından yabancı dil eğitimi ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 22 evet 590 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.50’ye göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,867) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,739) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,479 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından yabancı dil eğitimi ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırmaya katılanların hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitimi durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.51’de verilmiştir.

Tablo 5.51. Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitim		n	\bar{x}	Ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	30	1,766	0,451	610	3,384	0,01
	Hayır	582	2,175	0,653			

Tablo 5.51’e göre iletişim algısı bakımından hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 30 evet 582 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.51’e göre yapılan

test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,766) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,175) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,01 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05'ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitim durumuna evet ve hayır diyen grupların kalite algılarına ilişkin T testi sonuçları aşağıdaki Tablo 5.52'de özetlenmiştir.

Tablo 5.52. Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitimi Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların Kalite Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler İle İlgili Eğitim		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	30	4,072	0,70	610	2,22	0,027
	Hayır	582	3,727	0,83			

Tablo 5.52'ye göre kalite algısı bakımından hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitimi alma durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 30 evet 582 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.52'ye göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (4,072) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,727) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin kalite algı ortalamaları hayır diyenlere göre yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,027 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05'ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından hasta yakınına sunulan hizmetler ile ilgili eğitimi alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.53’de gösterilmiştir.

Tablo 5.53. Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
İletişim Algısı	Evet	24	1,82	0,55	610	2,54	0,011
	Hayır	588	2,16	0,65			

Tablo 5.53’e göre iletişim algısı bakımından hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 24 evet 588 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.53’e göre yapılan test sonucunda iletişim algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (1,82) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (2,16) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin iletişim algı ortalamaları hayır diyenlere göre düşük çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,011 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda iletişim algısı bakımından hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim alma arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmaya katılanların hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim durumuna evet ve hayır diyen grupların iletişim algılarına ilişkin T testi sonuçları Tablo 5.54’te verilmiştir.

Tablo 5.54. Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Durumuna Evet ve Hayır Diyen Grupların İletişim Algılarına İlişkin T Testi Sonuçları

Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim		n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Kalite Algısı	Evet	24	4,01	0,91	610	1,62	0,104
	Hayır	588	3,73	0,82			

Tablo 5.54’e göre kalite algısı bakımından hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim durumuna evet ve hayır diyen görüşler arasındaki fark incelenmiştir. 24 evet 588 hayır diyenlerin arasında karşılaştırma yapılmıştır. Tablo 5.54’e göre yapılan test sonucunda kalite algısı bakımından evet diyenlerin ortalaması \bar{x} (4,01) değeri hesaplanırken hayır diyenlerin ortalaması \bar{x} (3,73) hesaplanmıştır. Buna göre evet diyenlerin kalite algı ortalamaları hayır diyenlere göre yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında fark incelendiğinde p:0,0104 hesaplanmıştır. Bu bakımdan p değerinin referans değerimiz olan 0,05’ten küçük olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda kalite algısı bakımından hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim alma arasında anlamlı bir fark vardır.

6. SONUÇ VE TARTIŞMA

Dünyada sağlık turizmi kavramının artık daha da önemli hale geldiği günümüzde ülkemizde de bu yönde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda literatür incelendiğinde bu alanda çalışan kişilerin algılarına yönelik çalışmaların da az olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık alanında çalışanların sağlık turizmi kapsamında hizmetlerinde hasta iletişim algısı ile sağlık turizmi kalite algılarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hasta iletişim algısı ile sağlık hizmeti kalite algısını içeren ankete dayalı yapılan bu çalışma araştırma kapsamında incelenmiştir. Bu bölümde, ortaya çıkan bulgular literatürde yer alan daha önce yapılmış benzer çalışmalar ile karşılaştırılacaktır.

5'li likert tipi ölçekten alınan puanları değerlendirmede şu şekilde bir ölçüt oluşturulmuştur. 1-1,8 aralığı çok düşük; 1,8 -2,6 aralığı düşük; 2,6-3,4 aralığı orta; 3,4-4,2 aralığı yüksek; 4,2-5 aralığı ise çok yüksek algı olarak kabul edildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Örneklemdaki sağlık çalışanlarının sağlık turizm algısı puan ortalamaları 2,98 bulgusuna bağlı olarak orta düzeydedir. Sağlık turizmi alt boyutlarında ise; iletişim düzeyi puan ortalamaları 2,15 bulgusuna dayanarak düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının kalite algısı olgusu 3,74 puan ortalaması bulgusuna dayanarak yüksek olarak belirlenmiştir. Sağlık turizm algısı, iletişim algısı ve kalite algısı açısından sağlık çalışanlarının birbirlerine genel olarak yakın oldukları standart sapma değerine bakılarak söylenebilir. En fazla farklılaşma kalite algısındaiken turizm algısındaki farklılaşma daha az görülmüştür.

Ülkemizde turizm sektöründe olan pozitif yöndeki ivme sağlık turizminde gerekli öneme kavuşmamıştır. Sağlık turizminde iletişim konuları da dil kaynaklı ileri seviyeye ulaşamadığı düşünülebilir. Akredite kavramı oluşmaya başlayınca kalite düzeyi de doğru orantılı arttığı düşünülmektedir.

Araştırmada iletişim algısı yönünden kadın ve erkek katılımcılar benzer özellik göstermektedir. Kalite algısı açısında da tıpkı iletişim algısı gibi kadın ve erkekler benzerdir.

Bu sonucu literatürde destekleyen birebir aynı olmasa da benzer araştırmalarda, Demir ve Sağlık (2020) “Medikal turizmin kurumsal yeterliliğinin ve potansiyelinin hekim görüşleriyle değerlendirilmesi: Samsun İli örneği” başlıklı makalelerinde medikal

turizm açısından cinsiyetler kavramıyla ilgili anlamlı fark bulamamışlardır (110). Yine benzer bir sonuç Kızıldağ (2018) “Hekim dışı sağlık personeli ve sağlık yöneticilerinin medikal sağlık turizmi konusunda farkındalıklarının değerlendirilmesi” tezinde hekim dışı sağlık personelleri ve sağlık yöneticilerinden elde ettiği sonuçlara bakılarak medikal sağlık turizmi farkındalığının cinsiyete göre anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (111). Dökme’ nin (2016) “Sağlık turizmi açısından adana ilinin incelenmesi ve sağlık çalışanlarının medikal turizm faaliyetlerine bakış açısı: bir hastane örneği” tezinde de benzer olarak Adana bölgesinde uygulanan araştırmaya katılanların sağlık turizmi iletişim algıları ile cinsiyetleri bakımından farklılık bulunmadığı görülmüştür (112). Bu araştırmada kadın ve erkekler arasında iletişim ve kalite algıları yönünden fark bulunmaması sağlık kurumlarına başvuran kişiler ve çalışanların cinsiyet ayrımını ortadan kaldıracak düşüncelere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

İletişim algısı yönünden meslek grupları farklı özellik göstermiştir. Tıbbi sekreterlerin hemşire, doktor ve sağlık memurundan daha düşük düzeyde iletişim algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Nitekim bu sonucun nedeni tıbbi sekreterlerin hastalarla iletişimlerinin diğer meslek gruplarına göre yoğun olmaması olabilir.

Literatürde Dökme (2016) meslek ile sağlık turizmi iletişim algısı arasında fark olduğunu söylemiştir. Kızıldağ (2018)’da benzer sonuçlar elde etmiştir (111,112).

Kalite algısı yönünden meslek grupları karşılaştırıldığında sağlık teknisyenleri en yüksek düzeyde kalite algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Sağlık teknisyeni ve hemşirelerin sağlık kalite algıları tıbbi sekreterlerden anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Tıbbi sekreterler en düşük düzeyde kalite algısına sahip sağlık mesleki grubu olarak görülmüştür.

Acar ve Turan (2016) “Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine bir araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları örneği” makalesinde de hastane çalışanlarına yaptığı araştırmasında katılımcıların mesleklerine göre sağlık turizmi arasında anlamlı farklılık vardır (113). Bu farklılığın doktorlarda daha yüksek çıktığı görülmüştür.

İletişim algısı yönünden mesleki deneyim grupları arasında bir fark belirlenmemiştir. Mesleki tecrübe düzeyi sağlık çalışanlarının iletişim algılarını değiştirmemiştir. Literatürde bulgulardan farklı olarak Dökme (2016), Kızıldağ (2018) çalışma süresi az olanlar sağlık turizmi iletişim algıları daha az olup iletişim konusunda sorun yaşadıkları görülmüştür (111,112).

Sağlık turizm algısının kalite algısı boyutunda mesleki tecrübeye göre farklılaşma belirlenmiştir. 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip sağlık çalışanları en yüksek düzeyde kalite algısına sahiptir.

Mesleki tecrübe arttıkça sağlık mesleğinde olması gereken standartların farkında olma durumu da doğru orantılı artmaktadır.

Aba ve diğerleri (2019) çalışma süresi uzun olanlar arttıkça yabancı hastaların tercih etme oranları arttığını söylemektedir (114). Acar ve Turan (2016) ile Demir ve Sağlık (2020) sağlık turizmi ile katılımcıların mesleki çalışma yılı arasında anlamlı fark bulmuştur (113, 110).

Çalışan il değişkenine göre sağlık çalışanlarının iletişim algılarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmada sağlık çalışanları Antalya, İzmir, Mersin, Bursa ve Denizli olmak üzere toplam 5 ilden katılım sağlanmıştır. Denizli ilinde çalışan sağlık çalışanlarının iletişim algıları en düşük düzeyde belirlenmiştir. Bunun nedeni Denizli de ki sağlık turizminin yurt içi turizm kaynaklı olmasından kaynaklanabilir.

Kalite algısı çalışılan il değişkenine göre sağlık çalışanlarında farklılık göstermiştir. Bursa ve Antalya illeri en iyi düzeyde en iyi düzeyde kalite algısına sahip il olarak belirlenmiştir. Bursa çalışanları Denizli, Mersin ve İzmir'den; Antalya çalışanları ise Denizli ve İzmir'den anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Bunun nedenleri; ülkemize gelen yabancı turistlerin tercih ettiği iller arasında Antalya, İstanbul, Muğla, Aydın, İzmir olduğu düşünülürse hem hava yolu ulaşımı uluslararası en çok tercih edilen hem de akredite hastane olan illerden biri olarak Antalya görülmektedir. Antalya bölgesinde bulunan sağlık çalışanlarının diğer bölgelere göre yabancı turist ile karşılaşma ihtimali daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarına sağlık turizmi kalite ile iletişim algıları ile ilgili illerin karşılaştırması ile ilgili benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık turizmi iletişim algısının yabancı dil bilip bilmeme yönünden sağlık çalışanları arasında bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Yine benzer biçimde kalite algısında da yabancı dil bilen ve bilmeyen sağlık çalışanları arasında bir fark görülmemiştir. Benzer kalite algısına sahip diyebiliriz.

Yapılan çalışmadan farklı olarak Dökme (2016), Aba ve diğerleri (2019) yabancı dil bilenler ile sağlık turizmi iletişim arasında fark olduğunu belirtmişlerdir. Yabancı dil oranı arttıkça iletişim daha etkin ve kolay olacağını belirtmişlerdir. Çamlıdere ve Söyüç (2019) "İstanbul'da sağlık turizmi hizmeti verilen hastanelerde insan kaynakları bulma

ve seçme süreci ve bu süreçte karşılaşılan sorunlar” çalışmasında yabancı hastalar ile yabancı dil iletişimini genellikle ilgili birimden gelen tercümanlarla çözüldüğü saptanmıştır (115). Dolayısıyla çalışan sağlık turizminde iletişim problemi sorununu en aza indirmiş bulunmaktadır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim alıp almama durumlarının iletişim ve kalite algılarında bir fark oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesi de araştırmanın alt problemlerinden birisidir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının iletişim teknikleri, hastaya sunulacak sağlık hizmetleri, hastanın hakları, hastanenin sunduğu olanaklar, yabancı dil eğitimi, hasta yakınına sunulan hizmetler, hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda almış oldukları hizmet içi eğitimlerin sağlık çalışanlarının iletişim ve kalite algılarını etkileyip etkilemediği değerlendirilmiştir.

Sağlık turizmi hizmet içi eğitim verilmesi Çamlıdere ve Söyük (2019) araştırmasında da ele alınmış yaptığı çalışmada çoğunluk hastanelerin bu konuda kendi bünyesinde sıklıkla olmasa da eğitim programları olduğu belirlenmiştir. Canver (2015) “Kamu ve özel hastane çalışanlarının sağlık turizmine ilişkin algılarının değerlendirilmesi” tezinde sağlık turizmi eğitimi alan kişilerin almayanlara göre sağlık turizmi alanında daha az sorun yaşadığı bunun yanında hizmet içi eğitim oranı düşük olduğu ancak mesleki farklılık eğitim alma durumunu etkilemediği saptanmıştır. Kiremitçi (2008) “Turizmin gelişiminde bir alternatif olarak medikal turizm: bir sağlık kuruluşunda araştırma” ve Ö. Demirer (2010) “Türkiye’de medikal turizm ve geliştirilmesi: Örnek bir araştırma” tezlerinde de sağlık turizmi hizmet içi eğitim oranı düşük olduğu görülmektedir (108, 116).

İletişim teknikleri eğitimi alıp almama durumu sağlık çalışanlarının iletişim algıları arasında fark oluşturmuştur. Yine benzer biçimde kalite algılarında da fark oluşturmuştur. İletişim teknikleri eğitimi almış sağlık çalışanlarının almayanlara göre iletişim ve kalite algıları daha yüksektir. Canver (2015) tez çalışmasında da paralel sonuçlar elde edilmiştir (109). İletişim teknikleri eğitimi sağlık turizminde iletişim sorunu yaşama oranını azaltmaktadır.

Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitimi alıp almama durumu sağlık çalışanlarının iletişim algıları arasında fark oluşturmuştur. Yine benzer biçimde kalite algılarında da fark oluşturmuştur. Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitimi almış sağlık çalışanlarının almayanlara göre iletişim ve kalite algıları daha yüksektir. Dökme

(2016) ve Canver (2015) yabancı hastalar ile ilgili eğitim alma ile iletişim arasında anlamlı fark olduğu sonucunu elde etmişlerdir (109, 112).

Hizmet içi eğitimlerden hastanın hakları hizmet içi eğitimini alan sağlık çalışanlarının almayanlara göre kalite algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İletişim algılarının ise benzer olduğu belirlenmiştir. Benzer sonuçları elde eden Canver (2015)'de hasta hakları ile iletişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (109). Aba ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmada en fazla eğitim hasta haklarında alınmıştır (114).

Hastanenin sunduğu olanaklar eğitimini alan sağlık çalışanları ile almayan sağlık çalışanları karşılaştırıldığında eğitim alan sağlık çalışanlarının iletişim algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kalite algısı yönünden ise hastanenin sunduğu olanaklar eğitimi sağlık çalışanları arasında bir farklılık oluşturmamıştır. Aba ve diğerleri' ne göre; yabancı hastalara sunulacak hizmetlere yönelik düzenli eğitim alanların daha fazla yabancı hasta tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (114).

Sağlık çalışanları hizmet içi eğitimi olarak yabancı dil eğitimi de almaktadırlar. Araştırmamızda yabancı dil eğitimi alan sağlık çalışanları iletişim algısı ve kalite algıları yönünden karşılaştırıldığında yabancı dil eğitimi alanların iletişim algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kalite algısı yönünden ise yabancı dil eğitimi alıp almama sağlık çalışanları arasında bir farkı oluşturmadığı belirlenmiştir. Yabancı dil eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanlarının kalite algılarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanları hizmet içi eğitim olarak hasta yakınına sunulan hizmetler eğitimi alıp almamama durumlarının iletişim ve kalite algılarını etkileyip etkilemediği test edildiği bu çalışmada; eğitim alan sağlık çalışanlarının almayanlara göre gerek kalite algıları gerekse iletişim algıları yüksektir sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca bağlı olarak hasta yakınına sunulan hizmetler eğitimi sağlık çalışanlarının kalite ve iletişim algılarını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Sağlık çalışanları hizmet içi eğitim olarak hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitimi alıp almamama durumlarının iletişim ve kalite algılarını etkileyip etkilemediği test edildiği bu çalışmada; eğitim alan sağlık çalışanlarının almayanlara göre gerek kalite algıları gerekse iletişim algıları yüksektir sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca bağlı olarak hastaya

sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitimi sağlık çalışanlarının kalite ve iletişim algılarını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Bu araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kalite algıları mesleklerine, mesleki deneyimlerine ve çalıştığı ile göre farklılık gösterirken cinsiyetlerine ve yabancı dil bilme durumlarına göre farklılık göstermemiştir. Sağlık alışanlarının sağlık turizmi iletişim algıları ise meslekleri ve çalıştığı ile göre farklılık gösterirken; cinsiyetlerine, mesleki deneyimlerine ve yabancı dil bilme durumlarına göre farklılık göstermemiştir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz S, Sarıaydın İ, Sönel T. İngiltere Özelinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Fırsatları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2020; 7(1):74-85.
2. Doğan B. B, Aslan A. Türkiye'de Sağlık Turizminin Mevcut Durumu ve Ülke Ekonomisine Katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2019; 9(18):390-418.
3. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı. Şubat 2021 haber bülteni erişim adresi: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-9851/turizm-istatistikleri.html>. Erişim Tarihi: 26.03.2021.
4. Dineri E. Türkiye'de Turizm Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2019; 4(2):106-114.
5. Kaymaz Ç. (2018). 2010 Sonrasında Türkiye'de Sağlık Turizmi'nin Gelişimi (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
6. Çiçek R, Avderen S. Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi'ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2013; 15(25):25-35.
7. Özkan M. E. Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*. 2019; 1(1):50-64.
8. Erişim adresi: <https://www.unwto.org/world-tourism-day-2019>. Erişim Tarihi: 18.03.2021
9. Biswas C, Omar H, Rashid-Radha J. Z. R. R. The impact of tourist attractions and accessibility on tourists' satisfaction: The moderating role of tourists' age. *GeoJournal of Tourism and Geosites*. 2020; 32(4):1202-1208.
10. Akdoğan H, Hiçyorulmaz E. Sağlık Turizminin Turizm Faaliyetleri İçerisindeki Yeri ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2018; 4(2):122-132.
11. Erişim adresi: <https://www.unwto.org/> Erişim Tarihi:18.03.2021.
12. Türkiye İstatistik Kurumu. Temel istatistikler, Harcama türlerine göre turizm geliri, 2003-2020. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Egitim,-Kultur,-Spor-ve-Turizm-105> Erişim Tarihi: 26.03.2021.
13. Türkiye İstatistik Kurumu. Temel istatistikler, Geliş nedenine göre çıkış yapan ziyaretçiler, 2003- 2020. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Egitim,-Kultur,-Spor-ve-Turizm-105>. Erişim tarihi:25.03.2021.
14. Özsarı S. H, Karatana Ö. Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2013; 24(2):136-144.

15. Cook, Peta S. What is Health and Medical Tourism? Humanities Research Program. Queensland University of Technology. 2008;1-3.
16. Hwang S, Lee D, Kang C. Y. Medical Tourism: Focusing on Patients' Prior, Current, and Post Experience. International Journal of Quality Innovation. 2018; 4(1):1-22.
17. Unwto, 23 General Esembly St Petersburg, Russian Federation, 9-13 September 2019,High Level Forum on Medical and Health Tourism. Erişim Adresi: <https://www.unwto.org/high-level-forum-medical-and-health-tourism>. Erişim Tarihi: 26.03.2021.
18. Papp Z, Lőrincz K. Health Tourism Trends. Pannon Management Review. 2016; 5(3-4):29-44.
19. Kantar G, Işık E. Türkiye'de Sağlık Turizmi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2014; 1(1):15-20.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, Sağlık Turizmi Daire Bakanlığı, Yayınlarımız, Sağlık Turizmi Nedir? Erişim adresi: <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-23587/saglik-turizmi-nedir.html>. Erişim Tarihi: 26.03.2021.
21. Milenković M. J, Petrović N. Big Data-The İmpact on Health Tourism and Sustainability. In TISC-Tourism International Scientific Conference Vrnjačka Banja. 2018; 3(1):513-530.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, Sağlık Turizmi Daire Bakanlığı, Yayınlarımız, Sağlık Turizminin Tarihçesi, Erişim Adresi: <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10943/0/01pdf.pdf>. Erişim Tarihi: 26.03.2021.
23. Tontus H. Ö. Sağlık Turizmi Tanıtımı ve Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması İlkeleri Üzerine Değerlendirme. Disiplinler arası Akademik Turizm Dergisi. 2018; 3(1):67-88.
24. Aksoy C, Yılmaz S. Sağlık Turistlerinin Hastane Tercih Kriterleri Yönetici Görüşleri. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. 2019; 1(2):27-39.
25. Hanefeld J, Lunt N, Smith R, Horsfall D. Why Do Medical Tourists Travel to Where They Do? The Role of Networks in Determining Medical Travel. Social Science Medicine. 2015; 124:356-363.
26. Ayrancı P, Ayaz P, Yaşar N, Yüksel E. Sağlık Turizmi İçeriklerinin Gazetelerdeki Sunumu. Elektronik Cumhuriyet İletişim Dergisi. 2018; 1(1):64-80.
27. Şengül H, Bulut A. Sağlık Turizmi Çerçevesinde Türkiye'de Termal Turizm; Bir Swot Analizi Çalışması. Halk Sağlığı Dergisi. 2019; 4(1):55-70.
28. Hritz N. M, Sidman C. L, D'Abundo M. Segmenting The College Educated Generation Y Health and Wellness Traveler. Journal of Travel & Tourism Marketing. 2014; 31(1):132.
29. Akdoğan H, Hiçyorulmaz E. Sağlık Turizminin Turizm Faaliyetleri İçerisindeki Yeri ve Önemi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2018;4(2):122-132.

30. Kılınç İ. Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2017; 8(17):130-143.
31. Sandberg D. S. Medical Tourism: An Emerging Global Healthcare Industry. International Journal of Healthcare Management. 2017; 10(4):281-288.
32. Ağaoğlu F. O, Karagöz N, Zabun S. Sağlık Turizmi Uygulamaları ve Türkiye'ye Getirilerine İlişkin Bir Değerlendirme. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2019; 20(2):428-450.
33. Kılavuz E. Medical Tourism Competition: The Case of Turkey. International Journal of Health Management and Tourism, 2018; 3(1):42-58.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Başkanlığı. Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi. 2015. Erişim Adresi: <https://Dosyamerkez.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/10948,06pdf.Pdf?0>. Erişim Tarihi: 27/04/2020.
35. Gündüz F. F, Gündüz S, Yavuz H. B. Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2019; 17:717-739.
36. Das, R. (2014). Forbes. Retrieved From Www.Forbes.Com: <https://Www.Forbes.Com/Sites/Reenitadas/2014/08/19/Medical-Tourism-Gets-A-Facelift-And-Perhaps-A-Pacemaker/?Sh=730767ed391b>. Erişim Tarihi: 19.03.2021.
37. Erişim Adresi: <https://Www.Medicaltourism.Com/Mti/2020-2021/Overview> Erişim Tarihi: 19.03.2021
38. Erişim Adresi: <https://Shgmturizmdb.Saglik.Gov.Tr/Tr-78274/Saglik-Turizmi-Ve-Turistin-Sagligi-Kapsaminda-Sunulan-Saglik-Hizmetleri-Fiyat-Tarifesi.Html>. Erişim Tarihi:20.03.2021
39. Beladi H, Chao C. C, Ee M. S, Hollas D. Medical Tourism and Health Worker Migration in Developing Countries. Economic Modelling. 2015; 46:391-396.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Yayınlarımız, Dünyada Sağlık Turizmi, Erişim Adresi: <https://Shgmturizmdb.Saglik.Gov.Tr/Tr-23588/Dunyada-Saglik-Turizmi.Html>. Erişim tarihi: 19.03.2021
41. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Yayınlarımız, Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu. Erişim Adresi: <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-23590/saglik-turizminde-turkiye-vizyonu.html> Erişim Tarihi: 19.03.2021
42. Şahin Ö. U, Şahin M. Türkiye'de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: Swot Analizi. Journal of Awareness. 2018; 3(5):287-300.
43. Tengilimoğlu D. Sağlık Turizmi ve Devlet Teşvikleri. Journal of Life Economics. 2021; 8(1):1-10.
44. Karababa A. G. Türkiye'de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü. Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2017; 2(1):58-69.

45. Edinsel S, Adıgüzel O. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014; 4(2):167-190.
46. Şahbaz R. P, Akdu U, Akdu S. Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 15(27):267-296.
47. Soysal A. Sağlık Turizmi: Tehdit Ve Fırsatlar Bağlamında Türkiye Açısından Bir Durum Değerlendirmesi. Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; (2):169-188.
48. Iordache C, Ciochină I, Roxana P. Medical Tourism–Between The Content And Socio-Economic Development Goals. Development Strategies. Romanian Journal of Marketing. 2013; (1):31-42.
49. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Turizm Ürün Çeşitliliği, Sağlık Ve Termal Turizm, Türkiye' de Sağlık Turizmine Yönelik Çalışmalar. Erişim Adresi: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11479/turkiye39de-saglik-turizmine-yonelik-yapilan-calismalar-.html>. Erişim Tarihi: 19.03.2021.
50. Erişim Adresi: <http://www.kaplicalar.org/spa> Erişim Tarihi:19.03.2021.
51. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, turizm ürün çeşitliliği, genel tanımlar. Erişim adresi: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11475/genel-tanimlar.html>. Erişim Tarihi: 19.03.2021.
52. Özbek T. Dünya'da ve Türkiye'de Termal Turizmin Önemi. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi. 1991; 2(3):15-29.
53. Bilge A, Cabi A. Turizm Türlerine Profesyonel Yaklaşım. 1. Baskı, Ankara: Sagem Yayınları. 2020; 1-301.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Yayınlarımız, Türkiye' de Termal Sağlık Turizmi. Erişim Adresi: <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-23592/turkiyede-termal-saglik-turizmi.html>. Erişim Tarihi:20.03.2021.
55. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Turizm Ürün Çeşitliliği, Turizm İstatistikleri (2020) Erişim Adresi: <https://yigm.ktb.gov.tr/Eklenti/81096,turizmistatistikleri2020-4patara02032021pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 20.03.2021.
56. Dunets A. N, Yankovskaya V, Plisova A. B, Mikhailova M. V, Vakhrushev I. B, Aleshko R. A. Health tourism in low mountains: A case study. Entrepreneurship and Sustainability Issues. 2020; 7(3):2-213.
57. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 21.03.2021.
58. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. Erişim Tarihi:21.03.2021.
59. Yıldız Z, Yıldız S, Karaçayır E. Dünyada ve Türkiye'de Engelli Turizmi Pazarının Değerlendirilmesi. Journal of Tourism and Gastronomy Studies. 2017; 5(2):61-80.

60. Oduncuoğlu F, Efendi M. Engelli Turizmde Turist Rehberliği Uygulamaları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. Journal of Yaşar University. 2020; 15(60):708-727.
61. Bozça R, Kırış F. Ç, Kırış R. Sağlık Turizmi Swot Analizi: Erzincan. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3):157-163.
62. Chernaya VV, Moreira JP, Chizhova VP, Dubrovskaya AI, Rakhmankovich AN. Developing rehabilitation services: Medical and ecological tourism resources for disabled people and physically challenged people in wetlands conditions of natural protected areas. International Journal of Healthcare Management. 2021 Jan 5: 1-7.
63. Kılıçlar A, Aysen E, Küçükergin F. Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi. Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi. 2017; (2):80-100.
64. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_3. Erişim Tarihi: 21.03.2021.
65. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Erişim Tarihi:21.03.2021.
66. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_2. Erişim Tarihi: 21.03.2021.
67. Aydın D, Aktepe C, Sahbaz RP, Arslan S. Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü. 2011 Mart; 1-22.
68. Bölüktaş RP. Türkiye’nin Yaşlı Sağlığı Turizmi İçin Fırsatları. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 8(16):1-5.
69. Tufan İ, Köse MT, Ayan FS. Türkiye ve Üçüncü Yaş Turizmi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi. 2017; 1(1):29-36.
70. İsa SM, İsmail HN, Fuza ZI. Elderly and heritage tourism: A review. InIOP Conference Series: Earth and Environmental Science 2020 Feb 1 (Vol. 447, No. 1, p. 012038). IOP Publishing.
71. Connell J. Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification. Tourism Management. 2013 Feb; 1(34):1-3.
72. Sandberg DS. Medical Tourism: An Emerging Global Healthcare Industry. International Journal of Healthcare Management. 2017 Oct 2; 10(4):281-8.
73. Bagga T, Vishnoi SK, Jain S, Sharma R. Medical tourism: Treatment, Therapy & Tourism. Int. J. Sci. Technol. Res. 2020; 9(3):4447-53.
74. Tarcan E, Ates M, Sait VE. an Evaluation Related to The Effect of Strategic Facility Management on Choice of Medical Tourism Destination. Marketing. 2015; 46(2):124-31.
75. Semenova ZA, Chistobaev AI, Grudtcyn NA. Management of The Public-Private Partnership in Health Tourism. Revista Espacios. 2020 Apr; 30:41(15).

76. Uygun M, Ekiz E. An Overview of Health Tourism Within The Context of Turkey's Tourism Strategy (2023). *Journal of Hospitality and Tourism*. 2016; 14(1):18-26.
77. Zsarnoczky M. Novel Concepts in the Health Tourism Industry. *Vadyba*. 2018; 32(1):67-73.
78. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2017; 1(1):48-57.
79. Başol E, Abdülkadir IŞ. Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*. 2015; 2(2):1-26.
80. Avcı K. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 2018; 1(1):1-5.
81. Ngamvichaikit A, Beise-Zee R. Communication Needs of Medical Tourists: an Exploratory Study in Thailand. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2014 Apr 1.
82. Lee D, Kim KK. Assessing Healthcare Service Quality: A Comparative Study of Patient Treatment Types. *International Journal of Quality Innovation*. 2017; 3(1):1-15.
83. Kavak DG. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 2018; 1(1):14-20.
84. Oksay A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; 8(14):181-192.
85. Ataman H, ESEN MF, Vatan A. Medikal Turizm Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Güvenliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2017; 3(1):28-44.
86. Han H, Hyun SS. Customer Retention in The Medical Tourism Industry: Impact of Quality, Satisfaction, Trust, and Price Reasonableness. *Tourism Management*. 2015; 46:20-29.
87. Lee, M, Han H, Lockyer T. Medical Tourism—Attracting Japanese Tourists for Medical Tourism Experience. *Journal of Travel & Tourism Marketing*. 2012; 29(1):69-86.
88. Semenova ZA, Chistobaev AI, Grudtcyn NA. Management of The Public-Private Partnership in Health Tourism. *Revista ESPACIOS*. 2020 Apr 30; 41(15).
89. Lee H, Lee Y, Yoo D. The Determinants of Perceived Service Quality and Its Relationship with Satisfaction. *Journal of Services Marketing*. 2000 Jun 1.
90. Bush RP, Ortinau DJ, Bush AJ, Hair Jr JF. Developing a Behavior Based Scale to Assess Retail Salesper. *Journal of Retailing*. 1990 Apr 1;66(1):119.
91. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
Erişim Tarihi: 21.03.2021

92. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>. Erişim Tarihi: 21.03.2021
93. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014; 1(1):9-18.
94. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2012), "SKS Işığında Sağlıkta Kalite", 1. Basım, 1-17, Ankara.
95. Kabadayı E. İşletmelerdeki Üretim Performans Ölçütlerinin Gelişimi, Özellikleri ve Sürekli İyileştirme ile İlişkisi. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2012; 3(2):61-65.
96. Bilgin Y, Göral M. Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017; 8(16): 151-176.
97. Zerenler M, Ögüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; Sayı:18: 501-519.
98. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2001; 5(2):69-74.
99. Hoş C. Sağlıkta Zoru Başarmak: Sağlıkta Akreditasyon, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; Sayı: CİEP Özel Sayısı: 499-533.
100. Güngören M, Orhan F, Kurutman N. Mikro Rekabetçilikte Yeni Yaklaşımlar: Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon Açısından Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.2013; 18(1):221-241.
101. Oksay A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016; 8(14):181-192.
102. Kömürcü N, Durmaz A, Bayram N, Koyucu R G, Karaman Ö E, Toker E. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Ve Modelleri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2014; 7(1): 95-114.
103. Yağcı Mİ, Duman T. Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2006; 7(2):218-238.
104. Kayral İH. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2018; 1(1):27-31.
105. Kılıç C, Güdük Ö. Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 7(2):102-107.
106. Büyüköztürk, Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı: SPSS Uygulamaları (12. Baskı). Ankara: Pegem Akademi, 2010; 1-201.
107. Can, A. SPSS İle Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi. 2017; 1-430.

- 108.Kiremit AŞ (2008). Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Ana Bilim Dalı. Ankara.
- 109.Canver, Ş.S. (2015). Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 110.Demir Y, Sağlık E. Medikal Turizmin Kurumsal Yeterliliğinin ve Potansiyelinin Hekim Görüşleriyle Değerlendirilmesi: Samsun İli Örneği. Turizm Çalışmaları Dergisi. 2020; 2 (1):1-20.
- 111.Kızıldağ G. Ç. (2018). Hekim Dışı Sağlık Personeli ve Sağlık Yöneticilerinin Medikal Sağlık Turizmi Konusunda Farkındalıklarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 112.Dökme, S. (2016) Sağlık Turizmi Açısından Adana İlinin İncelenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine Bakış Açısı, Yüksek Lisans Tezi, Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş.
- 113.Acar N, Turan A. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2016; 17(1):17-36.
- 114.114-Aba G, Gümüş R, Çakır Y. N. Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizme Yönelik Algılarının İncelenmesi: Özel Hastane Örneği. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2019; 17 (3): 93-105.
- 115.Çamlıdere A, Söyük S. İstanbul'da Sağlık Turizmi Hizmeti Verilen Hastanelerde İnsan Kaynakları Bulma ve Seçme Süreci ve Bu Süreçte Karşılaşılan Sorunlar. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(3):527-533.
- 116.Demirer E. Ö. (2010). Türkiye'de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma (Master Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

EKLER

EK1.

Bu araştırma Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Turizmi Yüksek Lisans Programı kapsamında Yüksek lisans öğrencisi Benay BULUT tarafından Öğretim üyesi Dr. Öğrt. Üyesi Fatih Uçkaya danışmanlığında yürütülmektedir.

Çalışmanın amacı sağlık çalışanları sağlık turizmi kalite ve iletişim algılarının araştırılmasıdır.

Çalışmaya katılımınız gönüllük esastır. Çalışmayı herhangi bir zamanda sonlandırma veya araştırmadan geri çekilme hakkınız vardır. Çalışma kapsamında sizden herhangi bir kimlik belgesi veya özel bir kimlik bilgisi istenmemektedir. Veriler bilimsel amaçla toplanmakta olup, bilimsel analiz yöntemleri ile grup düzeyinde değerlendirilecektir.

Çalışma kapsamında sizi rahatsız edecek herhangi bir uygulama yapılmayacaktır; fakat sizi rahatsız edecek herhangi bir soru olduğunda cevaplandırmama hakkınız bulunmaktadır. Ayrıca, çalışmanın amacına ulaşabilmek için tüm soruları eksiksiz okumanız ve cevaplandırmanız bizim için önemlidir.

Çalışma ile ilgili sorunuzda bize aşağıdaki iletişim adresinden ulaşabilirsiniz.

İletişim adresi:

Çalışmamıza desteğinizden dolayı teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

Katılım şartlarını okudum, anladım ve onaylıyorum. ()

1. Cinsiyetiniz.

Kadın () Erkek ()

2. Eğitim durumunuz.

Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü ()

3. Mesleğiniz.

Hemşire () Sağlık memuru () Doktor () Teknisyen () Tıbbi Sekreter ()

4. Meslekteki yılınız.

5 yıl () 6-10 yıl () 11- 15 yıl () 16-20 yıl () 21+ yıl ()

5. Hangi ilde görev yapmaktasınız?

Denizli () Bursa () Antalya () Mersin () İzmir ()

6. Yabancı dil biliyor musunuz?

Biliyorum () Bilmiyorum ()

7. Bildiğiniz yabancı dili işaretleyiniz.

İngilizce () Almanca () Rusça () Diğer dil ()

8. Sağlık Turizmi kapsamında verilen sağlık hizmetlerinde ek gelir verilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

9. Kurumunuzda “**Sağlık Turizmi**” ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır () Kısmen ()

10. 10. soruya cevabınız evet ise aşağıda yer alan konuların hangilerinde bu eğitimi aldınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- a. İletişim teknikleri()
- b. Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri ()
- c. Hastanın hakları ()
- d. Hastanenin sunduğu olanaklar ()
- e. Yabancı dil eğitimi ()
- f. Hasta yakınına sunulan hizmetler ()
- g. Hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda (boş vakitlerinde nereleri gezip göreceği, nerelerden alışveriş yapabileceği veya hangi aktivitelere katılabileceği v.b) ()

11. Aşağıdaki anketi cevaplarken 1den 10'a kadar olan cümlelere yanıtlarınızı hastaneye gelen yabancı hastaları düşünerek cevap veriniz. 11' den 21' e kadar olan cümlelere yanıtınız yabancı hastaların hastanenizi tercih etme nedenlerini düşünerek cevap veriniz.

AŞAĞIDAKİ CÜMLELERE, HASTANENİZE GELEN YABANCI HASTALARI DÜŞÜNEREK SİZE EN YAKIN CEVABI VERİNİZ.		Hiç Sorun Yaşamam	Nadiren Sorun Yaşarım	Bazen Sorun Yaşarım	Sık Sık Sorun Yaşarım	Her Zaman Sorun Yaşarım
1	Hasta ile olan iletişimde	1	2	3	4	5
2	Hasta yakınları ile olan iletişimde	1	2	3	4	5
3	Hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan	1	2	3	4	5
4	Hastanede hastalara sunulan yemeklerden	1	2	3	4	5
5	Hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili	1	2	3	4	5
6	Hastane kurallarını uygulama konusunda	1	2	3	4	5
7	Sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili	1	2	3	4	5
8	İlave tedavi ve işlemler ile ilgili	1	2	3	4	5
9	Tedavi sonucunu izleme	1	2	3	4	5
10	Tedavi maliyetleri ile ilgili	1	2	3	4	5
AŞAĞIDA YER ALAN CÜMLELERE YABANCI HASTALARIN HASTANENİZİ TERCİH ETME NEDENLERİNİ DÜŞÜNEREK SİZE EN YAKIN CEVABI VERİNİZ.		Hiç önemli değildir	Az önemlidir	Orta düzeyde önemlidir	Önemlidir	Çok önemlidir
11	Tedavi maliyetinin düşük olması	1	2	3	4	5
12	Yüksek standartta sağlık hizmeti sunması	1	2	3	4	5
13	Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	1	2	3	4	5
14	Konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülkede bulunması	1	2	3	4	5
15	Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olması	1	2	3	4	5
16	Hizmet verme süresinin kısa, etkili ve hızlı hizmet olması	1	2	3	4	5
17	Hastanenin teknik donanımının iyi olması	1	2	3	4	5
18	Hastanenin hekim kadrosu	1	2	3	4	5
19	Hastanenin uluslararası standartları uygulaması	1	2	3	4	5
20	Aracı kuruluşların yönlendirmesi	1	2	3	4	5
21	Kalite akreditasyon belgesinin etkisi	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: BENAY BULUT

Yayımlar:

- BULUT, B. (2021). Türkiye’de sağlık turizmi ve organ nakli. Turkish Journal of Health and Sport, 2 (1), 38-53.

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce.