

**T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI  
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK TURİZMİ ÇALIŞAN PROFİLİ VE BAKIM  
YETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KAMU VE  
ÖZEL HASTANELER ÖRNEĞİ**

**BÜŞRA GÖKMEN**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. MUSTAFA CÜNEYT ŞAPCILAR**

**KONYA-2025**

**T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI  
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK TURİZMİ ÇALIŞAN PROFİLİ VE BAKIM  
YETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KAMU VE  
ÖZEL HASTANELER ÖRNEĞİ**

**BÜŞRA GÖKMEN**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. MUSTAFA CÜNEYT ŞAPCILAR**

**KONYA-2025**



## Bilimsel Etik Sayfası

### Bilimsel Etik Sayfası

Öğrencinin	Adı Soyadı	Büşra GÖKMEN		
	Numarası	19811201004		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans		
		Doktora	X	
Tezin Adı	Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastaneler Örneği			

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

**Büşra GÖKMEN**



**Bu çalışma TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı'nın (BİDEB) 2211-Yurt İçi Lisansüstü Burs Programı ile desteklenmiştir.**



Bu alışma, **100/2000 YÖK Doktora Burs Programı** kapsamında belirlenen 100 alt alandan biri olan **“Sağlık Ekonomisi”** alt alanında desteklenmiştir.

## ÖZET

### ÖZET

Öğrencinin	Adı Soyadı	Büşra GÖKMEN		
	Numarası	19811201004		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Turizm İşletmeciliği		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans		
		Doktora	X	
	Tez Danışmanı	Doç. Dr. Mustafa Cüneyt ŞAPCILAR		
Tezin Adı	Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastaneler Örneği			

Hasta merkezli bakım, bireysel hasta tercihlerine saygı duyarak, hasta değerlerinin klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bir bakım şeklidir. Hasta hareketliliğinin bir parçası olan sağlık turizmi ise, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve iyileşme amaçlı seyahat etmeleridir. Çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık tesislerinde çalışan sağlık turizmi birim personelinin profilini ortaya koymak, sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri ile hasta merkezli bakım yetkinliğini değerlendirmektir. Ayrıca, sağlık çalışanlarına göre sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebeplerini incelemek çalışmanın alt amacıdır. Buna göre bu değişkenler arasındaki farklılıkların kamu hastanesi, kamu üniversite hastanesi ve özel hastanelerin sağlık turizmi birimlerinde çalışan sağlık personeli üzerindeki etkileri incelenmiştir. Birincil veriler anket yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmada veriler yüz yüze toplanmış, istatistik paket programına aktarılmış ve analizler yapılmıştır. Bulgular, sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turizmi tercih sebepleri ile cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir, hastanenin türü, hastanenin bulunduğu il, mesleki pozisyon, mesleki tecrübe, birimde tecrübe, meslek odası üyeliği, yabancı dil bilme durumları ve sağlık turizmi kapsamında aldıkları çeşitli eğitim değişkenlerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırma, sağlık turizmi hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarını temsil eden katılımcı profili, sektörde kadın çalışanların ağırlığını ve evli bireylerin yüksek temsil oranını ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışanların büyük ölçüde genç ve eğitilmiş bireylerden oluşması, sektörün nitelikli ve dinamik bir iş gücüne sahip olduğunu göstermektedir. Hasta merkezli bakım yetkinliğinin cinsiyet, çalışma şekli, yabancı dil bilgisi ve uluslararası eğitim gibi faktörlerden anlamlı şekilde etkilendiğini göstermektedir. Kadın, tam zamanlı, çok dilli, yükseköğrenim görmüş ve yüksek gelir grubunda yer alan çalışanlar daha yüksek hasta merkezlidir. Öte yandan, sağlık turistlerinin hastane tercih sebeplerinde de sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özelliklerine göre algısal farklılıklar gösterdiği bulgusuna erişilmiştir. Kadın ve özel hastane çalışanları kalite ve standartlara daha fazla vurgu yaparken, büyükşehirlerde görev yapan personel maliyet ve erişilebilirlik faktörlerini öne çıkarmaktadır. Bulgular, sağlık turizmi alanında insan kaynağına yönelik stratejik planlamaların önemine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta merkezli bakım, sağlık turizmi, hasta katılımı, kalite, maliyet.

ABSTRACT

ABSTRACT

Author's	Name and Surname	Büşra GÖKMEN		
	Student Number	19811201004		
	Department	Tourism		
	Study Programme	Master's Degree (M.A.)		
		Doctoral Degree (Ph.D.)	X	
	Supervisor	Doç. Dr. Mustafa Cüneyt ŞAPCILAR		
Title of the Thesis/Dissertation	Health Tourism Employee Profile and Evaluation of Care Competence: The Case of Public and Private Hospitals			

Patient-centered care is a form of care that respects individual patient preferences and allows patient values to guide clinical decisions. Health tourism, which is part of patient mobility, refers to individuals traveling for the purpose of accessing healthcare services and recovery. The aim of this study is to reveal the profile of health tourism unit personnel working in healthcare facilities that have obtained a health tourism license in Turkey, and to evaluate the demographic and professional characteristics of healthcare workers and their competence in patient-centered care. Additionally, the sub-objective of the study is to examine the reasons why health tourists choose hospitals according to healthcare workers. Accordingly, the effects of differences between these variables on healthcare personnel working in the health tourism units of public hospitals, public university hospitals, and private hospitals were examined. Primary data were obtained through a survey method. In the study, data were collected face-to-face, transferred to a statistical package program, and analyzed. The findings were evaluated according to the healthcare workers' patient-centered care competence and reasons for choosing health tourism, as well as variables such as gender, marital status, age, income, type of hospital, province where the hospital is located, professional position, professional experience, experience in the unit, membership in a professional association, knowledge of foreign languages, and various trainings received within the scope of health tourism.

The study reveals that the participant profile represents healthcare workers involved in medical tourism services, highlighting the high proportion of female workers and married individuals in the sector. In addition, the fact that the workforce consists largely of young and educated individuals indicates that the sector has a qualified and dynamic workforce. It shows that patient-centered care competence is significantly influenced by factors such as gender, work type, foreign language proficiency, and international education. Female, full-time, multilingual, highly educated, and high-income employees are more patient-centered. On the other hand, it was found that health tourists' perceptions of hospital preferences vary according to the demographic and professional characteristics of healthcare workers. Female and private hospital workers emphasize quality and standards, while personnel working in large cities emphasize cost and accessibility factors. The findings point to the importance of strategic planning for human resources in the field of health tourism.

**Keywords:** Patient-centered care, health tourism, patient participation, quality, cost

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET .....</b>	<b>İ</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>İİ</b>
<b>TABLolar.....</b>	<b>V</b>
<b>GRAFİKLER .....</b>	<b>Vİİ</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>Vİİİ</b>
<b>ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....</b>	<b>İX</b>
<b>GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>3</b>
<b>SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....</b>	<b>3</b>
1.1. Sağlık Turizmi Kavramı .....	3
1.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi .....	4
1.3. Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler .....	5
1.4. Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü.....	7
1.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi .....	9
1.5.1. Dünyada sağlık turizmi.....	9
1.5.2. Türkiye’de sağlık turizmi .....	12
1.6. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	21
1.6.1. Medikal turizm .....	22
1.6.2. Termal turizm .....	28
1.6.3. İleri yaş turizmi.....	29
1.6.4. Engelli turizm .....	30
1.7. Sağlık Turizminde Tercih Sebeplerine Yönelik Akademik Çalışmalar .....	31
<b>İKİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>35</b>
<b>HASTA MERKEZLİ BAKIMIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....</b>	<b>35</b>
2.1. Hasta Merkezli Bakım Kavramı .....	35
2.2. Hasta Merkezli Bakım Modelleri .....	39
2.2.2. Hasta merkezli bakım boyutları.....	46
2.2.2.1. Bakım süreçlerinde hasta katılımı ve karar verme .....	46
2.2.2.2. Hasta değer ve tercihlerine saygı duyma.....	49
2.2.2.3. Hasta konforunu sağlamak .....	49
2.2.2.4. Hasta haklarını savunmak .....	52
2.3. Hasta Merkezli Bakımın Avantaj ve Dezavantajları .....	53
2.4. Hasta Merkezli Bakıma Yönelik Akademik Çalışmalar .....	58
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>75</b>
<b>YÖNTEM .....</b>	<b>75</b>
3.1. Araştırmanın Amaçları ve Önemi.....	75
3.2. Araştırma Yöntemi .....	75
3.3. Araştırma Modeli ve Hipotezler .....	76
3.4. Araştırma Evreni ve Örnekleme.....	85
3.5. Kapsam ve Sınırlılıklar .....	87
3.6. Veri Toplama Araçları.....	88
3.7. Verilerin Toplanması .....	89
3.8. Verilerin Analize Hazırlanması ve Analizi.....	89

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları .....	90
3.9.1. Güçlü yönler.....	90
3.9.2. Kısıtlılıklar .....	90
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>92</b>
<b>BULGULAR VE TARTIŞMA.....</b>	<b>92</b>
4.1. Araştırma Bulguları .....	92
4.1.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans analizi .....	92
4.1.2. Normallik analizi (Kolmogorov-Smirnow testi) .....	95
4.1.3. Ortalama ve standart sapma değerleri .....	98
4.1.4. Güvenilirlik ve geçerlilik analizi .....	101
4.1.5. Faktör analizi .....	102
4.1.6. Pearson korelasyon analizi .....	107
4.1.7. Regresyon (bağlanım) analizi .....	108
4.1.8. ANOVA ve bağımsız örneklem t-testi .....	110
4.1.8.1. Bağımsız örneklem t-testleri .....	111
4.1.8.2. ANOVA testleri .....	117
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>132</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>142</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>163</b>
<b>EK 1: ETİK KURUL KARARI (1) .....</b>	<b>163</b>
<b>EK 2: ETİK KURUL KARARI (2) .....</b>	<b>164</b>
<b>EK 3: SAĞLIK BAKANLIĞI ARAŞTIRMA İZİNİ .....</b>	<b>165</b>
<b>EK 4: ANKET FORMU .....</b>	<b>166</b>

## TABLOLAR

<b>Tablo 1.1.</b> Küresel Sağlıklı Yaşam Sektörü Yıllık Büyüme (Milyar USD).....	10
<b>Tablo 1.2.</b> Sağlık Turizmi Gelişim Süreci .....	12
<b>Tablo 1.3.</b> Küresel Medikal Turizm Pazarındaki Gelişmeler .....	26
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	92
<b>Tablo 4.2.</b> Sağlık Turistlerinin Hastane Seçme Sebeplerine İlişkin İfadelerin Normallik Test Sonuçları .....	96
<b>Tablo 4.3.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Normallik Test Sonuçları .....	97
<b>Tablo 4.4.</b> Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebeplerine İlişkin İfadeler .....	98
<b>Tablo 4.5.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine İlişkin İfadeler.....	100
<b>Tablo 4.6.</b> Güvenilirlik Analizi .....	101
<b>Tablo 4.7.</b> Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Ölçeği Faktör Yapısı .....	103
<b>Tablo 4.8.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği Faktör Yapısı .....	105
<b>Tablo 4.9.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ile Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	107
<b>Tablo 4.10.</b> Standart ve Kalite Alt Boyutu Yordayıcıları Olarak Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları .....	109
<b>Tablo 4.11.</b> Maliyet ve Yakınlık Alt Boyutu Yordayıcıları Olarak Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları .....	110
<b>Tablo 4.12.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları .....	112
<b>Tablo 4.13.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları .....	113
<b>Tablo 4.14.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Çalışma Şekline Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları .....	114
<b>Tablo 4.15.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yurtdışı Hizmet içi Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları.....	115
<b>Tablo 4.16.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Kurumda Hizmet içi Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları.....	116
<b>Tablo 4.17.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Meslek Odası Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları .....	117
<b>Tablo 4.18.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Hastane Türüne Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	117
<b>Tablo 4.19.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Hastanenin Bulunduğu İle Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	119
<b>Tablo 4.20.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	121

<b>Tablo 4.21.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yaşı Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.	122
<b>Tablo 4.22.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	123
<b>Tablo 4.23.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Çalıştığı Pozisyona Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	125
<b>Tablo 4.24.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Mesleki Çalışma Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	127
<b>Tablo 4.25.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Birimde Çalışma Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	128
<b>Tablo 4.26.</b> Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yabancı Dil Sayısına Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	129
<b>Tablo 4.27.</b> İstatistiksel Analiz Sonuçları.....	131

**GRAFİKLER**

<b>Grafik 1.1.</b> 2023'te Küresel Sağlık Ekonomisi ve Diğer Büyük Endüstrilerin Pazar Büyüklüğü, (Trilyon USD).....	10
<b>Grafik 1.2.</b> Bölgelere Göre Sağlık Turizmi Ekonomisi, 2019-2023, (Milyar USD).....	11
<b>Grafik 1.3.</b> Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı.....	20
<b>Grafik 1.4.</b> Sağlık Turizm Gelirleri (Bin USD).....	21



## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BDT</b>	: Bağımsız Devletler Topluluğu
<b>CCA</b>	: Kültürel Yeterlilik Değerlendirmesi
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>GPCC</b>	: Kişi Merkezli Bakım Merkezi
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>HMB</b>	: Hasta Merkezli Bakım
<b>HMBY</b>	: Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği
<b>ICS</b>	: Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği
<b>IPFCC</b>	: Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü
<b>IVF</b>	: Fertilite
<b>JCI</b>	: Joint Commission International
<b>JSPE-S</b>	: Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci Versiyonu
<b>KMB</b>	: Kişi Merkezli Bakım
<b>KMO</b>	: Kaiser-Meyer-Olkin
<b>KOSGEB</b>	: T.C. Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı
<b>M.Ö.</b>	: Milattan Önce
<b>MENA</b>	: Orta Doğu ve Kuzey Afrika
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>OPPC</b>	: Çevrimiçi Hasta-Sağlayıcı İletişimi
<b>PCAM</b>	: Hasta Merkezli Değerlendirme Yöntemi
<b>PCC</b>	: Patient-Centred Care
<b>PPOS</b>	: Hasta Uygulayıcı Oryantasyon Ölçeğini
<b>PPOS</b>	: Hasta-Hekim İlişkinine Yönelik Tutum Ölçeği
<b>SPA</b>	: Salus Per Aquam
<b>THY</b>	: Türk Hava Yolları
<b>USHAŞ</b>	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>yy.</b>	: Yüzyıl

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Her satırında çaba ve kararlılığın izlerini taşıyan bu çalışma, alanına katkı sunma arzusuyla, bilimsel sorumluluk gözetilerek kaleme alınmıştır. Ortaya konulan her veri, ulaşılan her sonuç; yalnızca bir araştırmanın çıktısı değil, aynı zamanda bir öğrenme ve gelişim sürecinin yansımasıdır. Umuyorum ki bu tez, ilerleyen çalışmalara ilham verecek bir zemin oluşturur.

Bu tez çalışmasının hazırlanmasında bilgi ve rehberliğiyle çalışmamın her aşamasına ışık tutan ve güven veren tavrıyla çalışmama yön veren değerli danışman hocam **Doç. Dr. Mustafa Cüneyt ŞAPCILAR'a** içten teşekkürlerimi sunarım. Onun yönlendirmeleri, eleştirileri ve akademik titizliği, bu çalışmanın şekillenmesinde büyük rol oynamıştır. Tez izleme sürecinde değerli görüş ve önerileriyle katkı sunan **Prof. Dr. Ahmet ŞAHBAZ** ve **Prof. Dr. Ceyhan Can ÖZCAN** başta olmak üzere, tez izleme komitesinde yer alan kıymetli jüri üyelerine şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca, akademik hayatım boyunca bilgi ve birikimlerinden faydalandığım tüm hocalarıma, desteğini esirgemeyen üniversite personeline ve kaynaklara ulaşmamda bana yardımcı olan tüm kurumlara şükran borçluyum. Araştırmalarımı sürdürürken bilimsel gelişimime **100/2000 YÖK Doktora Burs Programı** kapsamında **Sağlık Ekonomisi** öncelikli alan burs desteğiyle maddi katkılar sağlayan **Yükseköğretim Kurumu'na (YÖK)**, bu süreçteki değerli katkıları için teşekkür ederim. Ayrıca, bilimsel araştırmaları teşvik eden ve genç araştırmacılara katkı sunarak **TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı'nın (BİDEB) 2211-Yurt İçi Lisansüstü Burs Programı** kapsamında desteğini esirgemeyen TÜBİTAK'a teşekkür ederim. Tez çalışması, aynı zamanda **Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi** tarafından **221422001** numaralı proje kapsamında desteklenmiştir. Araştırma sürecinin sağlıklı ve nitelikli biçimde yürütülmesini mümkün kılan bu değerli katkı için BAP birimine teşekkür ederim.

Bu sürecin manevi yükünü hafifleten en sessiz ama en güçlü kahramanlarına gönülden teşekkür ederim.

Ve elbette, hayatım boyunca bana koşulsuz sevgiyle rehberlik eden, sabrı, emeği ve duasıyla her zorlukta yanımda duran **CANIM ANNEME...** Varlığın, bu yolculuğun en büyük gücüydü. Sonsuz desteğin için sana minnettarım.

## GİRİŞ

Sağlık turizmi, bireylerin tedavi ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacıyla kendi ülkelerinin dışında başka ülkelere yaptığı seyahatleri olarak tanımlanmaktadır. Küreselleşme, sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artış, uzun bekleme koşulları ve ileri teknolojiye erişim ihtiyaçları sağlık turizminin hızla gelişmesine yol açmıştır. Tarihsel olarak, antik dönemlerden itibaren su kaynakları ve termal imkanlar sağlık amaçlı kullanılmış, günümüzde ise medikal (tıbbi) turizm başta olmak üzere çeşitli sağlık turizmi türleri gelişmiştir. Sağlık turizmi; medikal turizm, termal turizm, ileri yaş turizmi ve engelli turizmi gibi alt kategorilere ayrılmaktadır. Özellikle medikal turizm, tedavi müdahaleleri için sınır ötesi hasta hareketliliğini içermekte ve günümüzde küresel sağlık sektöründe önemli bir yer tutmaktadır.

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde sağlık turizmi, dünya çapında hızla büyüyen bir sektör olup, turizm gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Türkiye, coğrafi konumu, düşük maliyet, gelişmiş sağlık politikaları ve devlet teşvikleri ile sağlık turizmi alanında önemli bir destinasyon olarak öne çıkmaktadır. Sağlık turizmi kapsamında sunulan yüksek standartlardaki sağlık hizmetleri ve turistik olanaklar, uluslararası sağlık hizmetlerinde Türkiye'nin tercih edilmesinde etkili olmaktadır. Türkiye'de sağlık turizmi devlet destekleri, yasal düzenlemeler ve özel sektör yatırımları ile desteklenen bir sektör olarak gelişmektedir. Ancak uluslararası rekabetin değişimi, mevzuat değişiklikleri, tanıtım eksiklikleri ve kamu hastanelerinin sağlık turizmindeki gelişmelere yönelik bakış açısı aşılması gereken genel sorunlar arasında yer almaktadır.

Sağlık turizmi, yalnızca termal tedavi arayanlara değil, hastalıkları önleme, fiziksel iyileşme, ruhsal denge sağlama ve kültürel rahatlama programlarını tercih edenlere de hitap eden gelişmiş bir pazar haline gelmiştir. Bu nedenle, hem sağlık hem de yaşam kalitesine yönelik bütüncül hizmetler sunulmaktadır. Bu bağlamda hasta merkezli bakım, bireylerin sağlık durumlarına hasta odaklı bir bakım yaklaşımı gösteren bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelde, hastaların sağlıkta aktifleşmesini teşvik ederek, bireyselleştirilmiş sağlık hizmetlerini desteklemeleri sağlanmaktadır. Hasta merkezli bakımın temelleri arasında hasta ve sağlık çalışanları arasındaki etkin iletişim, sunulan değer ve tercihlerine saygı gösterimi ve ortak karar alma gibi geniş kapsamlı boyutlar vardır. Bu model, sağlık

hizmetlerinde kaliteyi artırırken, hasta memnuniyetini ve tedavi sonuçlarını iyileştirmektedir. Ancak hasta merkezli bakımın yaygınlaştırılması için sağlık okuryazarlığının sağlanması, sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi ve sağlık politikalarının işlevsel olması gerekmektedir.

Sağlık turizmi ve hasta merkezli bakım kavramları birlikte değerlendirildiğinde, uluslararası hastaların güvenli, kaliteli ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti sunumunda, sağlık turizminin sürdürülebilirliği açısından kritik bir faktör olduğu görülmektedir. Türkiye'nin sağlık turizminde rekabet gücünü artırabilmesi için, sağlık sistemlerinin hasta merkezli bakım anlayışını benimseyerek hasta performansını artırması gerekli görülmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmet sağlayıcılarının hasta odaklı yaklaşımının geliştirilmesi, sağlık turizminin sürdürülebilir büyümesi açısından önemli bir gerekliliktir. Bu çalışma, sağlık turizmi bağlamında hasta merkezli bakım yaklaşımını bütüncül biçimde ele alan nadir araştırmalardan biridir. Literatürde hasta merkezli bakım genellikle klinik hizmetlerin kalitesini artırmaya yönelik içsel bir kalite göstergesi olarak değerlendirilmekte, sağlık turizmi gibi uluslararası hasta hareketliliği ve hizmet deneyiminin ön planda olduğu alanlarda yeterince incelenmemektedir. Bu bağlamda ele alınacak araştırma konusu Türkiye'de sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık tesislerinde çalışan sağlık turizmi personelinin profilini ortaya koymak, sağlık turizmi çalışanının hasta merkezli bakım yetkinliğinin araştırılmasıdır. Ayrıca çalışmanın alt amacı hastane çalışanlara göre kuruma gelen sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebeplerini belirlemektir.

Bu kapsamda, çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık turizmi, ikinci bölümde hasta merkezli bakım yetkinliğine yönelik kavramsal bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırma yöntemi açıklanmış, dördüncü bölümde araştırmanın bulguları ilgili erişilebilir literatür kapsamında değerlendirilmiştir. Sonuç bölümünde, araştırma sonuçları açıklanmış ve araştırmacılara, politikacılara, yöneticilere konuyla ilgili öneriler geliştirilmiştir.

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ**

Çalışmanın bu kısmında sağlık turizmi kavramı, tarihsel gelişimi, sağlık turizmini etkileyen faktörler, sağlık turizminin ekonomik boyutları, dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmine bakış ve sağlık turizmi çeşitleri hakkında genel bilgiler verilmiştir.

#### **1.1. Sağlık Turizmi Kavramı**

Sağlık turizmi terim olarak ilk kez 1973 yılında, ziyaret edilen bir ülkenin doğa, su, iklim ve çevresi yoluyla sağlık tesislerini kullanan bir tur olarak kullanılmıştır (Lee ve Kim, 2015: 217). Seksenli yılların başlarında yeni bir fikir olarak kendini oluşturan ve tam olarak tanımlanmayı bekleyen sağlık turizmi (Becheri, 1989), ulusal ve uluslararası uzmanlar tarafından turistik açıdan gelişmiş tüm ülke ve bölgelerde ortaya çıkan belirgin bir kabuldür (Blazevic, 2016: 86).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak sağlık ve turizm olanaklarından yararlanılması olarak tanımlanabilmektedir (Kantar ve Işık 2014: 15).

“Sağlık turizmi” ve “medikal turizm” terimleri literatürde genellikle eş tutulmakta veya iki farklı kavram olarak ele alınmaktadır. “Wellness”, “Well-being”, “SPA (Salus Per Aquam-Sudan Gelen Sağlık)” “sağlık turizmi”, “bütünsel turizm” vb. terimler bazen sağlık turizminin alt sistemleri olarak, bazen de onun uzantısı hatta daha geniş bir çerçeve (üst düzey terim) olarak kabul edilmektedir (Blazevic, 2016: 89).

Sağlık turizmi, sağlık ve yaşam kalitesi ihtiyacıyla motive edilen gezilerdeki hizmetler olarak birçok özel içerik içeren karmaşık bir turizm ürünüdür. Medikal turizm çoğunlukla prosedürler, ameliyatlara, sağlık, bakım ve tedavi kelimeleri ile ilişkilidir. Wellness ise, çoğunlukla sağlık, SPA, hizmetler, destinasyon, dinlenme, tedaviler, tıp ve programlar kelimeleri ile ilişkilendirilmektedir (Blazevic, 2016: 89).

Dünyada artan ekonomik entegrasyon ve karşılıklı bağımlılık, insanların ve ürünlerin sınır ötesi hareketliliğini ve serbest değişimini kolaylaştırmıştır. Sağlık hizmetleri de küreselleşmeyle beraber uluslararası pazarda hızla büyüyen sektör konumuna gelmiştir. Bu kapsamda, insanların uluslararası sınırlar veya deniz aşırı destinasyonları seyahat etmeye

başlamaları sağlık turizmini ortaya çıkarmıştır (Lunt ve Carrera, 2010: 27).

## 1.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizminin tarihsel gelişimine bakıldığında; mineral kaynaklar, kutsal kuyular ve akarsuların, yerel inançlar, mitler ve tedavi edici birçok özelliklerle ilişkisi ve suyun mucizevi şifa gücü olarak görülmesi Sümer ve Babil dönemine kadar uzandığı görülmektedir. Babil dilinde hekim için “suyu bilen kişi” tabirinin kullanılması, Yunan mitolojisinde mineral veya kaplıcaların yakınında inşa edilen “Asclepica”daki uygulamalara şifalı suların dâhil edilmesi, Roma döneminde tedavi, zindelik, seyahat ve eğlence amacıyla suların kullanılmasına yönelik Thermae inşaların yapılması mineralli suların hem tedavi edici hem de sosyal değerlerini ortaya koyan kanıtlar niteliğindedir (Gilbert ve Van De Weerd, 1991: 5). Yunanlıların ve Romalıların hem rahatlamak hem de iyileşmek için mineralli kaplıcalara gitmesiyle imparatorlar Trajan, Septimius Severus, Maximilian ve Justinianus, hastaların sıcak mineralli sularda yıkanarak hastalıklarını tedavi ettikleri balneoterapi merkezleri kurmuşlardır. Bu da, iklimsel tedavi ve balneoterapi fırsatlarının çok eskiden beri kullanıldığının göstergesidir (Kanjanachaiyasit, 2019: 1). Ayrıca, M.Ö. 300 yıllarında, aralarında Epidauros Tapınağı'nın da yer aldığı, içinde spor salonları, termal banyolar ve yılan çiftlikleri gibi yapılar içeren tapınaklar inşa edilmiştir. Hindistan ise, sağlık turizminin ilk aşamalarını yoga ve ayurvedik tıp uygulamalarıyla başlatmıştır (Kadioğlu, 2021: 26). 12.-13. yy.'da bir yanda Japon savaşçıları “Onsen” adı verilen mineralli suların faydalarını fark ederken, Mısır'a gelen ziyaretçiler de buradaki şifalı kaynakları kullanmıştır. 1248'de, Kahire'de kurulan Mansuri Hastanesinin o dönemde dünyanın en gelişmiş ve 8.000 hasta kapasitesi ile dünyanın en büyük hastanesi olarak her yerden hasta kabul ettiği bilinmektedir. Türklerin Orta Asya'dan gelerek Anadolu'ya yerleşmeleriyle birlikte hamam kültürünün oluşması ve “kurnalı yıkanma” yerleri ile tedavi amaçlı kaplıca havuzu tekniğini kullanmaları ve bunların Avrupa'ya yayılması; 14.-15.yy.'da Fransa'da demir madeni açısından zengin Salus Per Aqua'ların kullanılması; 18.-19.yy.'da karaciğer hastalıklarının artması ile sanatoryum hastanelerinin kurulmaya başlaması ile sağlık turizmi uygulamaları devamlılığını sürdürmüştür (Erdur, 2013: 7; Yavuz, 2018: 27). Sağlık turizmi eğilimi, 20.yy.'da başlangıçta insanların kozmetik prosedürlere yönelimi olarak kabul görülürken, zamanla Tayland, Singapur, Hindistan, Tayvan ve Malezya gibi ülkelere başta kalp kapağı ameliyatları ve diz nakli olmak üzere

hayati öneme sahip tedaviler için yapılan sağlık prosedürlerinin de turistleri yönlendirdiği eğilim olarak değerlendirilmiştir (Padilla-Meléndez ve Del-Águila-Obra, 2016: 86).

Sağlık Turizmi Gelişim Süreci (Baran, 2023: 48).

Yüzyıl	Süreç
M.Ö. 4200	Sümerlerin banyo ve termal kaynakları kullanması
M.Ö. 2000	Minerali suların tedavi amaçlı kullanımı
M.Ö. 300	Yunanlıların medikal hizmetleri
12-13. yy.	Mısır'da hastaneler ve Japonya'da minerali su kullanımı
18-19. yy.	Salgın hastalıkların artması ve kaplıcaların kullanımı
20. yy.	Küba, Orta Amerika ve Tayland'da özel sağlık hizmetleri
21. yy.	Teknolojinin ulaşım ve uzmanlaşmanın ile birleşimi sonucu medikal turizmin gelişmesi

Gelişim sürecine göre, sağlık turizminin tarihsel kökenlerinde tedavilerin büyük çoğunluğunun kaplıca turizmi çerçevesinde gerçekleştirildiği görülmektedir.

### 1.3. Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler

Tıbbi bakım ve sağlıklı yaşam tarzları gibi iyileştirici önlemlerle ilgili olarak uzun bir geçmişe sahip olan sağlık turizminde, dünyanın dört bir yanında insanların sağlık nedenleriyle sofistike ve güvenilir tıbbi tedaviler almak için yurtdışı seyahatlerini artırması ve başta medikal turizm otelleri, tatil köyleri ve turistik destinasyonların bu artış ile ekonomik ve pazarlama stratejisine odaklanması sağlanmıştır (Singh, 2019: 77). Pazarlama materyalleri, sağlık turistleri için yurtdışında mevcut olan bir dizi tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Bu seçenekler arasında kozmetik cerrahi, diş hekimliği, kardiyoji/kalp cerrahisi, ortopedik cerrahi, bariatrik cerrahi, doğurganlık/üreme sistemi, organ, hücre ve doku transplantasyonu, göz ameliyatı, teşhis ve kontroller bulunmaktadır. Bu tedavilerin hepsi akut ve hayatı tehdit edici etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik olmayabilir ve bazıları ana akım sağlık hizmetlerinden daha marjinal olarak kabul edilebilmektedir. Bazı plastik cerrahi türleri sağlık harcamalarının dışında tutulabilirken, diğer tıbbi turizm türleri, sağlık ticaretinin bir parçası olarak değerlendirilebilmektedir. Detaylı bir internet araştırması, yurtdışında tedavi olmanın, mevcut ülkedeki tedavilere kıyasla maliyet tasarrufu sağladığını göstermektedir (Lunt vd., 2011).

Sağlık turizminde birbiriyle iletişim içinde olmak zorunda olan paydaşlar: Ulaşım sektörü, turizm sektörü, iletişim ve bilişim sektörü, seyahat sektörü, finans sektörü, inşaat sektörü, sağlık kurumları, aracı kurumlardır<sup>1</sup>( Ayyıldız ve Ayyıldız, 2021: 117). Potansiyel sağlık turistlerinin ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda hizmet almayı planladığı sağlık tesisi ile hizmeti sunacak olan hizmet sağlayıcıları bir araya getiren aracı kurumlar ise; danışman firmalar ve medikal seyahat planlayıcıları, seyahat acentaları ve/veya hasta yönlendiriciler, yardımcı firmalar sağlık hizmeti sağlayıcı gruplar olarak ayrılmaktadır (Çılan Akın ve Saldamlı, 2023: 27-28). Paydaşlar arasındaki etkileşim, hizmet talep eden ve hizmeti arz eden arasındaki dengenin sağlanmasında ve gruplar arasındaki beklentilerin karşılanması noktasında etkili ve sürdürülebilir iletişimin olması sağlık turizminde önemlidir. Gruplar arasındaki iletişim; bağlılık, etkileşim ve uyum eşliğinde gerçekleştiğinde hedef kitlenin temel hareket alanı da genişlemektedir (Şerifoğlu ve Aytekin, 2021: 202-203). Bu bağlamda, sağlık turizminde insanları tanıma ve onların ihtiyaçları hakkında tanıtımların yapılması sağlık kurumlarının halkla ilişki çalışmalarının önemine işaret etmektedir. Bu kapsamda, sağlık kurumlarının insanları tanıma noktasında başvurabileceği yöntemler; kamuoyu araştırmaları, anketler, pazarlama araştırmaları, basını izleme, toplantı ve yüz yüze ilişkilerdir. Tanıtma bağlamında başvurabilecek yöntemler ise; kurumsal reklamlar, kurum kimliği çalışmaları, basınla ilişki, kanaat önderleri ile ilişki, yöneticilerin sosyal faaliyetlere katılması ve tanıtım toplantıları olarak sıralanabilmektedir (Mürteza ve Çetin, 2021: 171-177). Müşteri ilişkileri yönetimi kapsamında sağlık turizmi hizmeti sunan tesisler ve hastalar arasında her türlü iletişim uygulamaları işletme-müşteri ilişkisi açısından; hasta tatmini, hasta sadakati, kişiye özel hizmet, işletme kârlılığı, hasta bilgilerin saklandığı veri tabanı, rekabet gücü ve müşteri odaklılık gibi birçok faydayı ortaya çıkarmaktadır (Kodaş, 2023: 144-145).

Sağlık ve turizm sektörlerini birleştiren sağlık turizmi olgusunun sürdürülebilirliği noktasında Esen (2021: 111-113), sağlık turistlerinin davranış ve tercihlerinin anlaşılması, fikri mülkiyet haklarının hastaneler ve hastalar için önemi, sağlık turizmi verilerinin

---

<sup>1</sup> Yabancı bir ülkede sağlık hizmeti almayı arzulayan uluslararası hastalara danışmanlık, seyahat ve sağlık hizmeti verilmesi sürecini planlayan ve yürüten kuruluşlardır. Bu kapsamda yardımcı firmalar, danışman firmalar, medikal turizm operatörleri, sağlık hizmeti sağlayıcı gruplar, tıp turizmi danışman firmalar gibi kuruluşlar sağlık kurumları ve hastalar arasında iletişimi sağlamaktadır (Barutçu ve İçöz, 2021). 27 Mart 2024 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı onaylı 1.108 yetkilendirilmiş aracı kuruluş vardır. (<https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr>,2024.)

belirsizliği probleminin varlığı bağlamında ifade etmektedir. Sağlık turizminde sürdürülebilirliğin ekonomik, toplumsal ve çevresel unsurlar kapsamında değerlendirilmesi ve bu unsurlara dair olumsuz görüşlerin de bertaraf edilmesini sağlayacak sağlık turizmi gelişmelerinin kaydedilmesi gerektiği de belirtilenler arasındadır (Esen, 2021: 113-122). Bu kapsamda, sağlık turizminde tıp etiğinin temel ilkelerine (zarar vermeme-yararlılık ilkesi, özerklik ve bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi) uyulması bu sektörlerin geliştirilmesi ve uygulanabilir bir ekonomik ürün potansiyeline ulaşılması açısından önem arz etmektedir (Kahraman, Karagöz ve Akyıl, 2021: 313).

Sağlık turizminin uygulanmasında ortaya çıkan bazı zorluklar vardır. Özellikle sağlık hizmeti alıcılarının bu alandaki faaliyetler hakkında doğru ve güvenilir bilgiye erişememesi, reklam eksikliği, uluslararası sağlık hizmetlerini denetleyen uluslararası bir kuruluşun olmaması, sigorta destek eksikliği, pazarlama eksikliği, ülkelerdeki siyasal istikrarsızlık, alanında uzman kişilerin eksikliği gibi çözülmeyi bekleyen birçok yetersizlik bireylerin sağlık turizmine katılımını ve sağlık kuruluşlarının etkin çalışmasını olumsuz etkilemektedir (Amouzagar, Mojaradi, Izanloo, Beikzadeh ve Milani, 2016: 90).

Genel olarak sağlık turizmini etkileyen faktörler, sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyet avantajı, turizm olanakları ve paydaşlar arası iş birliği olarak öne çıkmaktadır. Ulaşım, finans ve iletişim sektörleriyle koordinasyon önemli rol oynarken, bilgiye erişim eksikliği, sigorta desteği yetersizliği ve düzenleyici mekanizmaların olmaması sektörün büyümesini sınırlamaktadır. Sürdürülebilirlik için ekonomik, toplumsal ve çevresel faktörlerin yanı sıra tıp etiği ilkelerine uyum gereklidir.

#### **1.4. Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü**

Bir sektör olarak sağlık turizminin genel katkıları şyledir (Berksoy ve Bostan, 2021: 281-282);

- Uluslararası ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunmak,
- Tıp ticareti trafiğinde hareketlilik,
- Pazarlama sistemlerinde gelişme,
- Ülkeler arasında kültürel ve sosyal paylaşım,
- Uluslararası rekabet,
- Sağlık hizmetlerinde kalite artışı ve hizmet standartlarında yükselme,
- Sağlık kuruluşları arasında koordinasyon,

- Döviz gelirlerinin artması ile ülke ekonomisinin canlanması,
- Teknoloji ve bilgi birikimi aktarımı,
- Dönemselliğin olmaması sayesinde 12 ay sağlık turizminden faydalanma imkânıdır.

Turizme dayalı büyüme tezine göre ise, turizm ve ekonomik büyümenin karşılıklı etkileşim içinde olduğu ve turizmin katma değeri yüksek, daha fazla alt sektörü doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen bir sektör olması nedeniyle turizmi etkileyen sağlık turizmi büyümesinin ekonomik büyümeye katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (Çondur ve Topaç, 2021: 158). Sağlık turizminin ulusal kalkınmaya ve turizm endüstrisine döviz girdisi sağlanmasının yanında kültürlerarası bilgi alışverişi ve iletişimin artması, uluslararası barış ve dostluğun tesis edilmesi, uluslararası standartların sağlanması ve hasta işlemlerinin yürütülmesinde şeffaflığın artması da dâhil edilebilmektedir (Amouzagar vd., 2016: 89-90). Ayrıca, medikal turizmi etkileyen kurumsal teknolojileri ve faktörleri analiz etmeye dair yapılan birçok çalışma, medikal turizmden kaynaklanan ekonomik kalkınmanın bir bütün olarak toplum için de faydalı olduğunu ortaya koymaktadır (Daykhes, Jakovljevic, Reshetnikov ve Kozlov, 2020: 2). Sağlık turizmi, ekonomide güçlü bir çarpan etkisi yaratır; sektörde vasıflı ve vasıfsız birçok çalışana ihtiyaç duyulurken, kadınlara da bazı ülkelerde yeni mesleki fırsatlar sunmaktadır. Ayrıca nitelikli uzmanlara olan talep artar ve iyi donanımlı sağlık kurumları sayesinde tersine beyin göçü teşvik edilmektedir. Bu gelişmeler, ülke vatandaşlarının daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini de artırmaktadır (Ağaoğlu, Karagöz ve Zabun, 2019: 5).

Bir destinasyondaki sağlık hizmetlerini ve tesislerini güçlendirerek turist çekme girişimi olan sağlık turizmi, sağlığa olan ilginin artmasından dolayı turizm endüstrisinin bir niş pazarı olmuştur. Sağlık turistlerine, sağlık tesislerinde hizmetler sunarak ülkenin ekonomisine önemli katkı sağlayan bu pazarı yakalamak için birçok ülke şu anda yasal ve pratik olarak sağlık turizmine atılım yapmaktadır (Lee ve Kim, 2015: 218).

Sağlık turizminin katma değerini artırılmasında bir alternatif olabileceğine dair göstergeler şu şekilde de ifade edilebilmektedir (Kaya, 2020: 244-256; Çondur ve Topaç, 2021: 160):

- Turistlerin yeme-içme, ulaşım, konaklama, alışveriş, eğitim, hediyelik eşya gibi mal ve hizmetlere yönelik harcamalarına sağlık ve tıbbi hizmet harcamaları ilave edildiğinde turist başına düşen ortalama gelir daha da artırılabilir.

- Turizm ve sağlık hizmetlerinin birlikte sunumu birbirinden bağımsız sektörlerde istihdama katkı sağlayabilir.
- Turizm döviz gelirinin artması ödemeler dengesine olumlu katkıda bulunur.
- Gelişmekte olan ülkeler, bölgeler arası dengesizlikleri azaltmak için turizmi kalkınma aracı olarak kullanır. Turizm; gelir, istihdam ve altyapı gelişimi gibi olumlu; enflasyon, ithalat ve mevsimsellik gibi olumsuz ekonomik etkiler yaratabilir.
- Alanda yapılan kamu, özel ve yabancı yatırımlar bölgesel kalkınmaya destek sağlar.
- Teknolojik gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetleri, iş gücünün eğitimini ve nitelikli hale gelmesini desteklerken, gelişmiş yönetim teknolojilerinin de ilgili ülkeye girişini mümkün kılmaktadır.
- Artan sağlık maliyetleri ve yaşlanan nüfus için başta gelişmiş ülkelerde bireylerin bütçe dengesine katkı sağlar.

Böylece sağlık turizmi, turizme dayalı ekonomik büyümeye katkı sağlayarak döviz girdisi, istihdam artışı ve bölgesel kalkınma gibi ekonomik faydalar sunmaktadır denilebilmektedir. Turistlerin sağlık hizmetleriyle birlikte konaklama, ulaşım ve alışveriş gibi harcamaları ülke ekonomisini canlandırırken, uluslararası ilişkilerin gelişmesine, tıbbi ticaretin hareketlenmesine ve sağlık hizmetlerinde kalite artışına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, teknoloji transferi, rekabetin artması ve mevsimsellikten bağımsız olarak yıl boyunca sürdürülebilir bir gelir kaynağı oluşturması sağlık turizminin ekonomik önemini artırmaktadır.

### **1.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi**

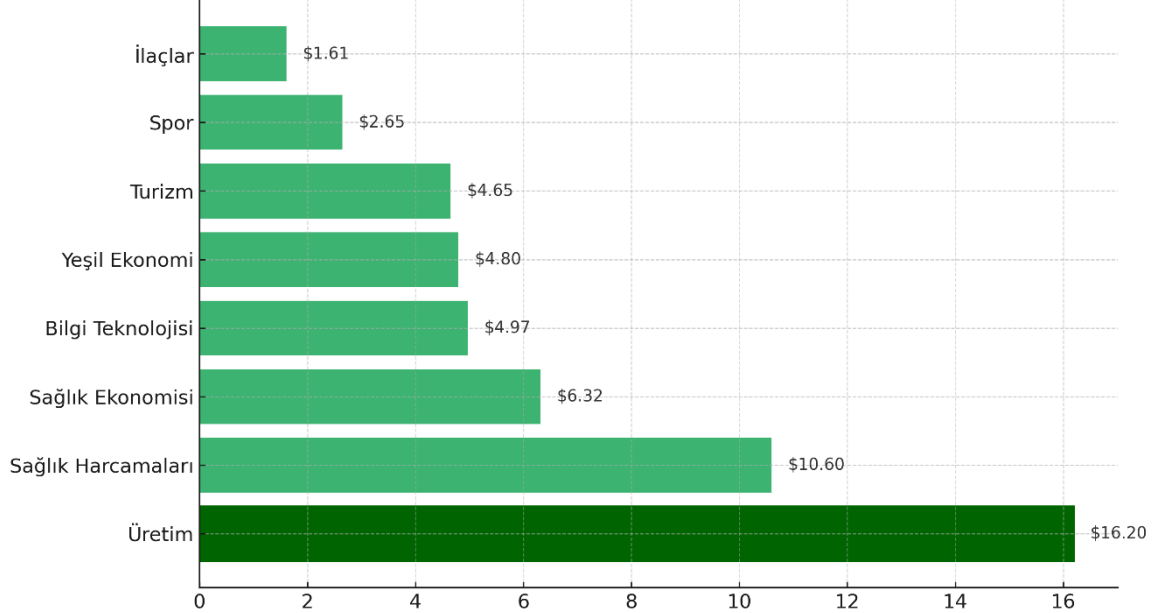
Sağlıklı yaşam bilincinin artmasıyla bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi de yükselmiştir. Kendi bölgelerinde yeterli hizmeti bulamayanlar, farklı bölgelere seyahat ederek hem tedavi hem de sağlıklı yaşam amacıyla sağlık hizmeti almaktadır. Bu durum, sağlık turizminin önemini her geçen gün artırmaktadır.

#### **1.5.1. Dünyada sağlık turizmi**

2050 yılına yönelik projeksiyonlar, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) üyesi ülkelerde sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) içindeki payının genel olarak %10 ile %13 arasında değişeceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bazı ülkelerde bu oranın %15’in üzerine çıkacağı öngörülmektedir. Örneğin İsviçre’de sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranının %15,9’a,

Almanya’da %13,3’e ve Fransa’da %13,1’e ulaşması beklenmektedir (<https://ghdx.healthdata.org>, 2025). Hastalıktan ziyade sağlığa odaklanan yeni anlayış küresel tüketici pazar ekonomisi tarafından desteklenmektedir. Sağlığın korunması, artan sağlık bakım maliyetlerinin yanı sıra hastalıkların miktarı üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir ve ekonomik büyümeyi teşvik etmektedir. “Hasta” ve “sağlıklı” pazarları arasındaki sinerjinin önem kazanması ile sağlık turizmi pazarı bu noktada önemli bir rol oynamaya başlamıştır. Bu nedenle sağlık turizmi kavramına ve özellikle altında yatan ekonomik potansiyele yönelik farkındalık hızla artma eğilimine girmiştir (Hofer, Honegger ve Hubeli, 2012: 61).

**Grafik 1.1.** 2023’te Küresel Sağlık Ekonomisi ve Diğer Büyük Endüstrilerin Pazar Büyüklüğü, (Trilyon USD)



Kaynak: <https://globalwellnessinstitute.org>, 2024

Global Wellness Institute’e (2024) göre, sağlıklı yaşam pazarı şu anda tüm küresel sağlık harcamalarının (10,6 trilyon \$) yaklaşık %60’ı büyüklüğündedir. Sağlık ekonomisi (wellness), bilgi teknolojileri, spor ve ilaç dâhil olmak üzere birçok küresel endüstriden daha büyük bir pazardır. Yeşil ekonomideki hızlı büyümeye rağmen, sağlıklı yaşam pazarı yeşil ekonomiden %30 daha büyüktür.

**Tablo 1.1.** Küresel Sağlıklı Yaşam Sektörü Yıllık Büyüme (Milyar USD)

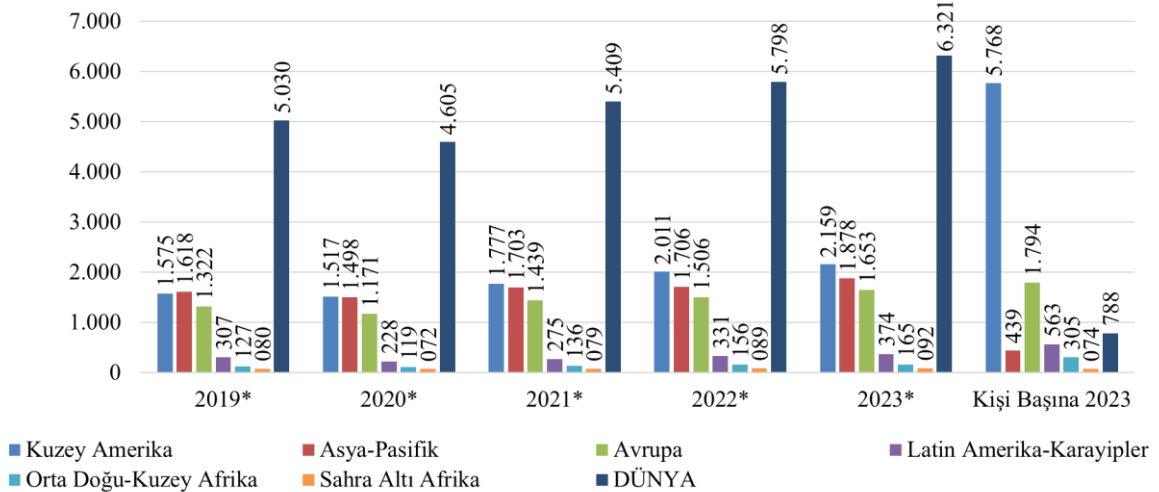
SEKTÖRLER	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2023-2028
<b>Kişisel Bakım ve Güzellik</b>	1.071.90	943.70	1.081.9	1.142.1	1.212.70	1.268.30	1.328.00	1.392.70	1.463.30	1.535.20	4.8%
<b>Sağlıklı Beslenme,</b>	912.40	949.70	1.040.7	1.062.8	1.095.70	1.160.70	1.238.70	1.319.90	1.403.80	1.492.50	6.4%

Beslenme ve Kilo Verme												
<b>Fiziksel Aktivite</b>	903.90	771.70	975.60	1.009.7	1.059.70	1.125.40	1.194.90	1.261.40	1.333.40	1.407.70	5.8%	
<b>Wellness Turizmi</b>	696.60	343.00	462.50	637.20	830.20	944.00	1,049.20	1,150.00	1.249.80	1.351.00	10.2%	
<b>Halk Sağlığı, Önleme ve Kişiselleştirilmiş Tıp</b>	443.90	633.70	727.40	736.90	781.00	827.50	877.90	931.80	988.00	1.047.60	6.1%	
<b>Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp</b>	225.20	452.10	512.20	526.20	438.20	512.70	608.30	705.60	807.20	912.60	15.8%	
<b>Wellness Gayrimenkul</b>	483.00	274.00	342.00	386.60	553.00	577.30	611.60	646.20	681.00	718.40	5.4%	
<b>Zihinsel Sağlık</b>	150.00	161.30	190.40	209.70	232.60	256.60	286.30	321.60	364.90	414.00	12.2%	
<b>Kaplıcalar</b>	116.30	71.90	83.90	105.80	136.80	148.10	158.00	167.10	175.80	184.30	6.1%	
<b>Termal/Mineral Kaplıcaları</b>	65.80	39.30	45.30	48.70	62.70	69.60	75.80	83.10	90.30	97.60	9.2%	
<b>İşyerinde Sağlık</b>	51.80	48.40	50.30	50.40	51.80	52.70	54.00	56.00	58.20	60.30	3.7%	
<b>Global Wellness Ekonomisi</b>	<b>5.030.00</b>	<b>4.604.8</b>	<b>5.408.6</b>	<b>5.798.3</b>	<b>6.321.20</b>	<b>6.797.30</b>	<b>7.321.90</b>	<b>7.854.90</b>	<b>8.411.60</b>	<b>8.989.40</b>	<b>7.3%</b>	

Kaynak: <https://globalwellnessinstitute.org/> , 2024

Tablo 1.1'e göre, 2019-2023 yılları arasında, tüketicilerin sağlıklı yaşama olan ilgisinin artmasıyla birlikte mevcut pazar %5.9 oranında büyümüştür. Gelecek yıllara ait tahminlere göre, 2023'ten 2028'e kadar sağlıklı yaşam sektörü daha da hızlı büyüyerek (2023'te 6,3 trilyon dolar, 2025'te 7,3 trilyon dolar, 2028' de 9 trilyon dolar) 2028 yılında yıllık %7,3 büyüme oranına ulaşması ve öngörülen %4,8'lik küresel GSYİH büyümesinden önemli ölçüde daha yüksek olması beklenmektedir.

**Grafik 1.2.** Bölgelere Göre Sağlık Turizmi Ekonomisi, 2019-2023, (Milyar USD)



Kaynak: <https://globalwellnessinstitute.org/> , 2024

2019-2023 dönemi arasında sağlık turizmi sektörü bölge bazlı değerlendirildiğinde; Kuzey Amerika %8,2, Avrupa %5,7, Orta Doğu-Kuzey Afrika %6,7, Asya-Pasifik %3,8, Latin Amerika-Karayipler %5,1, Sahra-altı Afrika bölgeleri %3,5 büyüme kaydetmiştir. Grafik 1.2'ye göre, 2023 itibarıyla Kuzey Amerika, Avrupa ve Orta Doğu-Kuzey Afrika bölgeleri pandemiden sonra güçlü bir şekilde toparlanmış ve 2019 gelir seviyelerinin üzerine çıkmıştır. Asya-Pasifik bölgesi ise ciddi bir gerileme yaşamış ve diğer bölgelere göre daha yavaş büyümüştür. Özellikle Çin'deki zayıflayan ekonomik koşullar ve turizmdeki düşüş, bazı sektörlerde uzun süreli bir gerilemeye yol açmıştır. Dünya toplam sağlıklı yaşam gelirleri 2019-2023 yıllarında %5,9 artış kaydetmiş ve 2019 yılında 5 trilyon dolara 2023 yılında yaklaşık 6,5 trilyon dolara yükselmiştir.

### 1.5.2. Türkiye'de sağlık turizmi

Türkiye özelinde sağlık turizmini değerlendirdiğimizde ise; sağlık turizmi, ekonomik, sosyal ve politik getiriler açısından hızla gelişen bir sektör olarak yorumlanabilmektedir (Korkmaz vd., 2014: 231). Türkiye'de sunulan sağlık turizmi hizmetleri, başta yaşlı ve engelli turistlere yönelik tarihi yerler ve destinasyonların termal su banyoları, havuzlar ve diğer ilgili tesislerde sunulan termal turizm; kardiyotorasik ve kanser tedavisi, göz cerrahisi, doğurganlık tedavileri olmak üzere medikal amaçla yapılan medikal turizm etrafında şekillendiği söylenebilmektedir (Al-Natour, 2020: 2742).

Türkiye'de sağlık turizmin varlık nedenleri; uzun bekleme sürelerinden kurtulmak, kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, kronik hastaların ve yaşlıların veya engellilerin diğer ortamlara katılma ve tedavi görme konusundaki isteksizliği, tedavinin yanında seyahat etme ve kültürel ziyaretler yapma isteği, hayata tutunma ve yaşama arzusu olarak sıralanabilmektedir (Kara, 2020: 269; Tengilimoğlu, Tas, Sönmez, Bircan ve Guzel, 2014: 597).

Türkiye'de sağlık turizminin gelişim süreci Tablo 1.2'de verilmiştir (Çolakoğlu ve Caner, 2021: 15-16; Eser, 2021: 55-57; Gürel, 2021: 323-328).

**Tablo 1.2.** Sağlık Turizmi Gelişim Süreci

YIL	GELİŞME
1990-2000	Sağlık turizminin ülke gündemine girmesi
2000-2005	Medya gündemine alınması
2005-2008	Medikal turizmin ön plana çıkması
2005-2010	Kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarında farkındalık

2010-2014	Stratejik eylem planına dâhil edilmesi
2010	Sağlık Turizmi Koordinatörlüğünün oluşturulması
2010	Mevzuat değişikliğinin yapılması
2011	Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Genelge yayımlanması
2017	30123 sayılı Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik yayımlanması
2019-2023	On Birinci Kalkınma Planında yer verilmesi
2019-2023	Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında yer alması
2019-2023	Ticaret Bakanlığı Stratejik Planında yer alması
2019-2023	Kültür ve Turizm Bakanlığı Stratejik Planında yer alması
2020	Cumhurbaşkanlığı yıllık programında yer verilmesi
2021	Cumhurbaşkanlığı yıllık programında yer verilmesi
2022	Cumhurbaşkanlığı yıllık programında yer verilmesi
2023	Cumhurbaşkanlığı yıllık programında yer verilmesi
2024	Cumhurbaşkanlığı yıllık programında yer verilmesi
2024-2026	Cumhurbaşkanlığı Orta Vadeli programında yer verilmesi
2024-2028	Kültür ve Turizm Bakanlığı Stratejik Planında yer alması
2024-2028	Ticaret Bakanlığı Stratejik Planında yer alması
2024-2028	On İkinci Kalkınma Planında yer verilmesi

Türkiye, Kültür ve Turizm Bakanlığı aracılığıyla Türkiye'yi bir turizm destinasyonu olarak tanıtmak için büyük bir yatırım yapmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ülkenin tıbbi turizm için stratejik planını yönetmekte ve Ekonomi Bakanlığı sağlık turizmi ticaret misyonları ve yurt dışı yatırımları için bir geri ödeme planı sunmaktadır. Türk Hava Yolları (THY), havayolunu sağlık turizmi için kullanan kişiler için özel fiyatlandırma paketleri geliştirerek turizm ve seyahatte değer satışlarının en yüksek payını elde etmiştir. Dünyanın altıncı büyük uçuş ağı olan THY, Rusya ve Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) ülkelerinden çok sayıda turist getirmektedir.

Sağlık Turizmi Yetki Belgesi almış tesislerin 2025 yılı itibariyle sağlık turizmi başlığında yararlandığı teşvikler (Çiçek, 2023: 9-10; Yalman, 2023: 280-282; <https://ticaret.gov.tr>, 2025):

1. Yurtdışında ön tanı merkezi, ofis, kuruluş ve stant açmada 5 yıl geri ödemesiz %70 kira desteği (Birim desteği),
2. Yurtdışında reklam, tanıtım (TV, radyo ve sosyal medya reklamı, basılı tanıtım, web sitesi tasarımı, iç-dış mekan tanıtım, katalog ve eşantıyon giderleri) desteklerine 5 yıl

boyunca geri ödemesiz %70 hibe desteği (Reklam/Tanıtım ve pazarlama desteği),

3. Sinema filmi, belgesel, dizi, animasyon filmi ve program formatı, dijital oyunlardaki ürün yerleştirme gider desteği (%60) (Ürün yerleştirme gider desteği),

4. Geri ödemesiz %60 destekli “Marka Tescili” başvuru desteği (Tescil ve koruma desteği),

5. Acentelere yapılan komisyon ödeme desteği (Acente komisyon desteği),

6. Geri ödemesiz %60 Bakanlık destekli ülke pazarına giriş belgelerine dair destek,

7. Tercüman, rehber, çağrı merkezi personeli, sosyal medya, pazarlama uzmanı ve hasta bakım faaliyetlerine ihtiyaç duyulan istihdama aylık brüt ücret desteği (%60) (İstihdam desteği),

8. Yurtdışında getirilen hastaların hasta başına %60 oranında ve en fazla 12.000 TL’yi geçmeyen uçak ve ulaşım giderlerine destek (Hasta yol desteği),

9. Sigorta şirketlerine ödenmek amacıyla gelen hastalara komplikasyon ve seyahat sağlık sigortasına dair %70 hibe desteği (komplikasyon ve seyahat sağlık sigortası desteği),

10. Sağlık turizmi personelinin yabancı dil ve Bakanlıkça uygun görülen eğitim desteği (%60)(Yabancı dil ve sağlık turizmi eğitimi),

11. Yurtdışı etkinlik, fuar, kongre, konferans, seminer, festival katılımları ve en fazla iki katılımcının ekonomi sınıfı ulaşım masrafları (%70) (Yurt içi etkinlik katılım desteği),

12. Yurtiçi tanıtım ve eğitim desteği,

13. T.C. Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı (KOSGEB) destekleri,

14. Sağlık ve/veya spor turizmi sektörlerinde faaliyet gösteren iş birliği kuruluşlarının, Bakanlık tarafından uygun görülen ve bir takvim yılında en fazla 5 adet gerçekleştirdiği sanal fuarların organizasyon gider desteği (Sanal Fuar Organizasyon Desteği (STK’lar için),

15. Sağlık ve spor hizmetleri sektörlerine yönelik iş birliği kuruluşlarının düzenlediği, Bakanlık tarafından uygun görülen yarışma ve etkinlik giderleri (Yarışma ve Etkinlik Desteği (STK’lar için) desteğidir.

Türkiye Sağlık Turizmi 2023 Hedefleri vizyonuna göre, termal ve kültür turizminin büyümesi öncülüğünde kapasite sağlanarak, girişimcilere yan kuruluş ve vergi indirimleri sağlanacak, sağlık turizmi tesislerinin yapımı tamamlanacak, kaplıca, SPA ve benzeri tesisler uzmanlık alanları olarak geliştirilecek, sağlık teknolojisinin daha yoğun, ilaç ve tıbbi

malzeme üretimine ağırlık verilmesi sağlanacaktır (Uygun ve Ekiz, 2016: 23-24).

Türkiye'nin On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) kapsamında sağlık turizmi, stratejik öncelik alanlarından biri olarak ele alınmaktadır. Planda, Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin daha etkin kullanılmasına ve bu alandaki rekabet gücünün artırılmasına yönelik çeşitli politika ve tedbirlere yer verilmiştir. Bu çerçevede:

- Uluslararası hasta güvenini artırmak amacıyla sağlık kuruluşlarının akreditasyon süreçlerinin teşviki hedeflenmektedir.
- Sağlık turizmi faaliyetlerinde yer alan aracı kurumlar ile hizmet sağlayıcılarının etkin bir şekilde denetlenmesi amacıyla kurumsal denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi öngörülmektedir.
- Katma değeri yüksek hizmet alanlarına yönelimin sağlanması amacıyla sağlık turizmi çeşitlendirilerek nitelikli hizmet sunumu desteklenecektir.
- Tedavi sonrası süreçlerin sürdürülebilirliğini temin etmek üzere uzaktan sağlık hizmeti ve hasta takibi altyapısının geliştirilmesi planlanmaktadır.
- Türkiye'nin bu alandaki küresel görünürlüğünü artırmak amacıyla "Health Türkiye" markası altında uluslararası tanıtım ve pazarlama faaliyetlerine ağırlık verilecektir (Strateji Bütçe Başkanlığı, 2023: 167-168).

Türkiye'de sağlık kuruluşlarının sağlık turizmi kapsamında faaliyet gösterebilmesi için yetkinlik kriterlerini sağlaması ve sağlık turizmi yetki belgesi alması gerekmektedir. Bu kapsamda, sağlık turizmi faaliyetlerinde bulunacak sağlık tesisleri için Sağlık Bakanlığınca çıkarılan "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" kapsamında belirlenen yetkinlik kriterleri şunlardır: Yetki belgesi başvuru formu, sağlık tesisi ruhsatı, sağlık tesisi faaliyet belgesi, sağlık tesisi imza sirküsü, kalite değerlendirmesi, uluslararası sağlık turizmi birimi, uluslararası sağlık turizmi birim sorumlusu, sorumlu yardımcısı, diğer personellere ait belgeler, sağlık tesisleri web sitesi, hasta kayıt otomasyon sistemi ve taahhünamedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Yetkinlik kriterlerinin sağlanmasının ardından sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkındaki Yönetmelik" ekinde yer alan EK-3 başvuru formu ile birlikte başvurusu dosyası hazırlarlar. Bu dosyada, İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilmek amacıyla ilgili sağlık tesisine ait başvuru formu, kaşeli ruhsat/geçici ruhsat belgesi, aslı gibidir kaşeli faaliyet izin belgesi, son kalite değerlendirmesinden asgari 85 puan aldığını gösterir belge, birimde görevli personellerin diploma, deneyim belgesi, yabancı dil seviyesini gösterir

belgeler, sağlık turizmi biriminin kurulduğuna dair İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ne yazılmış resmii yazı ve taahh¼tname belgelerinin bulunması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

T¼rkiye’de sağlık turizmi işletmelerinde dijitalleşme noktasında sağlık hizmetlerini etkileyebilecek önemli dijital araçlar mevcuttur. Bu kapsamda web siteleri (Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼, Sağlık Daire Başkanlığı, Turkish Healthcare, Uluslararası Sağlık Hizmetleri, T¼rkiye Kaplıcaları, Sağlık Turizmi Koordinasyon Kuruluş Sitesi, Healinturkiye), mobil uygulamalar (Merkezi Hekim Randevu Sistemi, E-Nabız, Teletıp Sistemi, Aşı Takip Sistemi), sosyal medya sayfaları (USHAş, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼) ve dijital hastanedir (Uluslararası Hasta Departmanı, Sağlık Bakanlığı İletifim Merkezi) (Ayyıldız ve Ayyıldız, 2021: 119-123).

T¼rkiye sağlık turizmine y¼nelik yapılan SWOT analizlerinden (B¼y¼k¼zkan, Mukul ve Kongar, 2021; Çolakoğlu ve Caner, 2021: 23; İspir ve K¼t¼k, 2021: 27-28; Sezgin, 2021; Akdaş, 2020; Yiğit ve Demirbaş, 2020; Kılıçarslan, 2019; şahin ve şahin, 2018, ¼zata, 2018; Arslan, 2018; Ulaş ve Anadol, 2016; Buldukoğlu, 2014; Kostak, 2007) elde edilen değerlendirmeler şunlardır:

### **G¼cl¼ Y¼nler**

1. *Coğrafi Konum ve Ulaşım Kolaylığı*: T¼rkiye, Avrupa, Asya ve Orta Doğu’nun kesişim noktasında bulunan stratejik konumuyla sağlık turistlerine geniş bir erişim ağı sağlamaktadır. Kısa uçuş mesafeleri ve T¼rkiye’nin ulusal havayolu şirketi olan THY’nin sunduğu özel imkânlar, sağlık turistlerinin ¼lkeye ulaşımını kolaylaştırarak T¼rkiye’yi tercih edilebilir bir destinasyon haline getirmektedir.

2. *D¼ř¼k Maliyet ve Fiyat Avantajı*: T¼rkiye’deki sağlık hizmetleri maliyetleri, Avrupa ve Kuzey Amerika gibi gelişmiş ¼lkelerle karşılaştırıldığında oldukça d¼ř¼kt¼r. Bu fiyat avantajı, özellikle estetik cerrahi, kardiyovask¼ler tedavi ve diş sağlığı gibi y¼ksek maliyetli tedavilere erişmek isteyen sağlık turistlerini T¼rkiye’ye çekmektedir.

3. *Kaliteli Sağlık Altyapısı ve Teknolojik Donanım*: T¼rkiye, JCI akreditasyonuna sahip birçok sağlık kuruluşuna ev sahipliği yapmaktadır. İstanbul, Ankara ve İzmir gibi b¼y¼k şehirlerdeki hastaneler, uluslararası standartlarda bir teknolojik altyapıya ve kaliteli sağlık personeli ile uzmanlık alanında deneyimli bir kadroya sahiptir. Bu bağlamda, T¼rkiye kanser tedavisi, kalp cerrahisi ve organ nakli gibi tıbbi alanlarda rekabet g¼c¼n¼ artırmaktadır.

4. *Devlet Desteği ve Yasal D¼zenlemeler*: T¼rkiye’de sağlık turizmini teşvik eden

kapsamlı devlet politikaları ve yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Sağlık ve Ekonomi Bakanlıkları tarafından sağlanan vergi muafiyetleri, tanıtım destekleri ve teşvikler, sağlık turizmi sektörünü güçlendirerek Türkiye'nin rekabetçi konumunu korumasına katkı sağlamaktadır.

5. *Termal Kaynakların Zenginliği:* Türkiye, termal kaynakların bolluğu açısından küresel çapta avantajlı bir konumda yer almaktadır. Kaplıca ve termal turizme yönelik bu doğal kaynaklar, özellikle yaşlı nüfusun taleplerine cevap verebilecek potansiyel sunmakta ve sağlık turizmine katkı sağlamaktadır.

6. *Kültürel ve Turistik Çeşitlilik:* Türkiye, doğal güzellikleri, tarihi mirası ve kültürel zenginlikleri ile sağlık turistlerine sadece tıbbi hizmetler değil, aynı zamanda kültürel deneyimler de sunmaktadır. Bu özellik, Türkiye'yi medikal hizmetleri turizm olanakları ile birleştiren bir destinasyon haline getirmektedir.

### **Zayıf Yönler**

1. *Yabancı Dil Bilgisi Eksikliği:* Türkiye'deki sağlık personelinin yabancı dil yeterliliklerinin düşük olması, yabancı hastalarla etkili iletişimi zorlaştırmaktadır. Özel sektörde bu eksiklik giderilmeye çalışılsa da, kamu hastanelerinde yabancı dil yeterliliği halen sınırlıdır.

2. *Tanıtım ve Pazarlama Yetersizliği:* Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin küresel pazarda yetersiz tanıtılması, sağlık turistlerini çekme kapasitesini sınırlamaktadır. Yetersiz pazarlama faaliyetleri, Türkiye'nin sunduğu fiyat ve kalite avantajlarını uluslararası düzeyde tanıtmayı zorlaştırmaktadır.

3. *Uluslararası Sağlık Mevzuatı ve Hasta Hakları Bilgi Eksikliği:* Türkiye'deki sağlık personeli ve yöneticilerin uluslararası hasta hakları ve sağlık mevzuatı konusundaki bilgi eksiklikleri, sağlık hizmetleri kalitesini olumsuz etkileyebilir ve hasta memnuniyetini azaltabilir.

4. *Kamu Hastanelerinin Altyapı Yetersizliği:* Türkiye'deki kamu hastanelerinin büyük bir kısmı, sağlık turizmine yönelik yeterli altyapı ve akreditasyona sahip değildir. Bu durum, sağlık turizminin yalnızca özel hastanelerle sınırlı kalmasına yol açmakta ve kamu hastanelerinin sağlık turizmine katkısını azaltmaktadır.

5. *Kurumlar Arası Koordinasyon Eksikliği:* Sağlık turizmi sektöründe sağlık, turizm, lojistik ve pazarlama gibi farklı sektörlerin iş birliği gerekmektedir. Ancak, Türkiye'deki sağlık turizmi alanında bu kurumlar arası koordinasyon eksikliği, hizmetlerin verimliliğini

ve kaliteyi düşürmektedir.

### **Fırsatlar**

1. *Yaşlanan Nüfus ve Artan Sağlık Hizmeti Talebi:* Gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfus, uzun bekleme süreleri ve yüksek sağlık maliyetleri nedeniyle daha uygun maliyetli tedavi hizmetleri sunan ülkelere yönelmektedir. Türkiye, düşük maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetleri ile bu artan talebi karşılama potansiyeline sahiptir.

2. *Teknolojik Gelişmeler ve Dijitalleşme:* Dijitalleşmenin yaygınlaşması, sağlık turizmi sektöründe uluslararası erişimi ve bilgilendirme süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Türkiye'deki sağlık kuruluşları dijital pazarlama araçlarını etkin kullanarak uluslararası pazarda kendilerini tanıtabilir ve bilinirliklerini artırabilirler.

3. *Yurtdışında Yaşayan Türk Vatandaşları ve Türk Cumhuriyetlerden Gelen Talepler:* Avrupa ve Orta Asya'da yaşayan Türk vatandaşları ile Türk Cumhuriyetlerden gelen hastalar, Türkiye'yi tedavi amaçlı tercih etmektedir. Bu durum, Türkiye için sağlık turizmi açısından büyük bir pazar potansiyeli sunmaktadır.

4. *Yasal Düzenlemeler ve Eğitim Programları:* Türkiye'de sağlık turizmine yönelik mevzuat düzenlemeleri ve sertifikalı sağlık turizmi eğitim programlarının uygulanması, sektöre kalite standartları kazandırmakta ve Türkiye'nin uluslararası rekabet gücünü artırmaktadır.

5. *Devlet Destekleri ve Avrupa Birliği (AB) Fonları:* Türkiye, AB fonları ve yerel kalkınma ajansları tarafından desteklenen projeler sayesinde altyapı güçlendirme, tanıtım yapma ve eğitim programları sunma fırsatlarına sahiptir. Bu tür destekler, Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründe daha güçlü bir konuma gelmesini sağlayabilir.

### **Tehditler**

1. *Uluslararası Rekabet:* Hindistan, Tayland ve Ürdün gibi ülkeler, sağlık turizmi alanında güçlü rakiplerdir. Türkiye'nin bu ülkelerle fiyat ve kalite açısından rekabet edebilmesi, sektörde sürdürülebilir bir gelişme sağlaması için önem arz etmektedir.

2. *Ekonomik ve Siyasi Riskler:* Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada yaşanan siyasi istikrarsızlıklar, ekonomik krizler ve güvenlik riskleri sağlık turizmini olumsuz etkileyebilir. Bölgedeki terör olayları ve jeopolitik gerilimler, sağlık turistlerinin Türkiye'yi tercih etme eğilimini azaltabilir.

3. *Sık Değişen Yasal Düzenlemeler:* Türkiye'de sık değişen sağlık mevzuatı, sağlık turizmi sektöründe istikrarsızlık yaratmaktadır. Bu tür değişiklikler, sağlık kuruluşlarının

uzun vadeli planlamalarını ve uluslararası standartlara uyum sağlamalarını zorlaştırmaktadır.

4. *Pandemi ve Bulaşıcı Hastalık Riskleri*: COVID-19 gibi salgınlar, sağlık turizmine olan talebi ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bulaşıcı hastalık riskleri ve küresel sağlık krizleri, sağlık turizmi sektörü için önemli bir tehdit oluşturmaktadır.

5. *Olumsuz Türkiye İmajı*: Bazı ülkelerde Türkiye'nin sağlık sistemi ya da genel itibarıyla olumsuz bir imajı olması, sağlık turistlerinin Türkiye'yi tercih etme kararlarını etkileyebilir. Yanlış bilgilendirmeler ya da olumsuz tanıtım faaliyetleri, Türkiye'nin sağlık turizmi pazarındaki konumunu zayıflatabilir.

Buna göre, Türkiye'nin sağlık turizminde sahip olduğu avantajlar genel olarak şöyle sıralanabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014: 598):

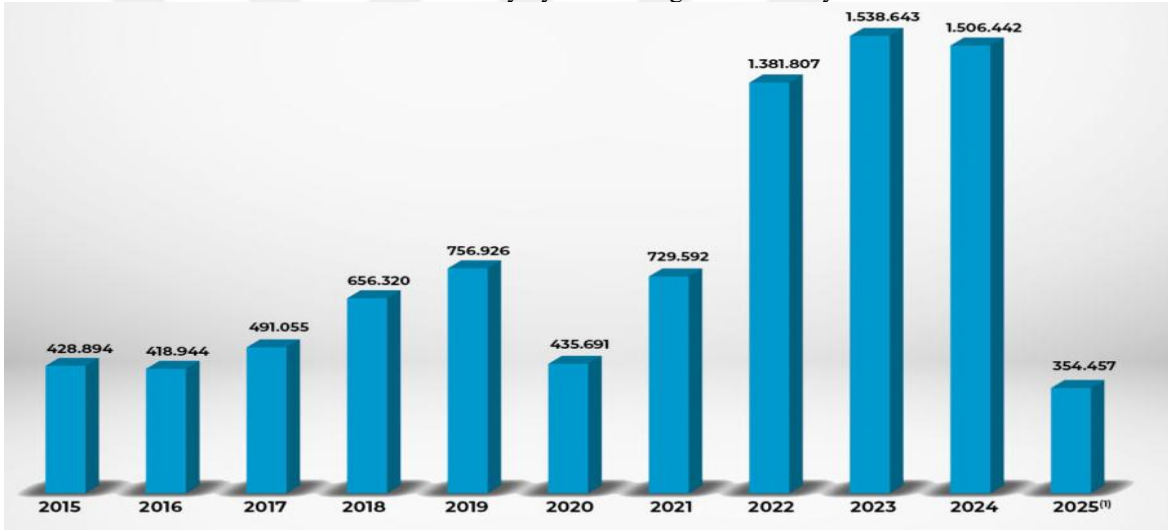
1. Kaliteli hastane altyapı ve ekipmanları,
2. Batı standartlarında hekim eğitim ve deneyimleri,
3. Uluslararası JCI Organizasyonuna<sup>2</sup> üye hastane sayısının fazla olması,
4. Uygun fiyatlar,
5. Coğrafi konum, geleneksel çekicilikler, uygun iklim koşulları,
6. Yabancı dil bilen personel,
7. Sağlık turizmi kapsamında şifalı olarak kabul edilen kaplıca vd. doğal zenginliklere sahip olması,

<sup>2</sup> Joint Commission International (JCI), uluslararası geçerliliği bulunan akreditasyon kuruluşudur. Türkiye'de 09.05.2024 itibarıyla akademik tıp merkezi, ayaktan bakım programı, hastane programı ve laboratuvar olmak üzere 42 sağlık tesisinin akreditasyon belgesi vardır. Hastane listesi ise şöyledir; Acıbadem Adana Hastanesi, Acıbadem Altunizade Hastanesi, Acıbadem Kent Hastanesi, Acıbadem Maslak Hastanesi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi, Algomed Hastanesi, Amerikan Hastanesi, Anadolu Sağlık Merkezi (Anadolu Sağlık Merkezi), Ankara Güven Hastanesi, Bahçelievler Hastanesi - Medical Park Sağlık Grubu, Bayındır Hastanesi, BHT Kliniği, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuvarı, Dünya Göz Hastanesi, Egepol Uluslararası Hastanesi, Erer Sağlık ve Eğitim Kurumları İşletmeciliği AŞ (Özel Korum Ankara Hastanesi), Göztepe Hastanesi - Medical Park Sağlık Grubu, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Hisar Kıtalararası Hastanesi, İstanbul Aydın Üniversitesi VM Medical Park Florya, İstanbul Florence Nightingale Hastanesi A.Ş., İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi, Kolan International Hospital Şişli, Liv Hospital Vadi İstanbul, Liv Hospital Ulus Lokman Hekim İstanbul Hastanesi, Medipol Bahçelievler Hastanesi, Medipol Mega Hastaneler Kompleksi, Medistate Kavacık Hastanesi, Medstar Antalya Hastanesi, Memorial Ankara Hastanesi, Memorial Bahçelievler Hastanesi, Memorial Şişli Hastanesi Tek Doz Sağlık Teknolojileri A.Ş., İstanbul, Npistanbul Beyin Hastanesi, Özel Medline Adana Hastanesi, Özel Hayat Hastanesi VM Medical Park Pendik Hastanesi, Özel Pendik Bölge Hastanesi, Sonomed Tıbbi Görüntüleme ve Sağlık Hizmetleri, Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu İhtisas Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Dış Sağlığı ve Araştırma Merkezidir. <https://www.jointcommissioninternational.org>, 2025.

8. Diğer turizm çeşitleri ile entegrasyonun varlığıdır.

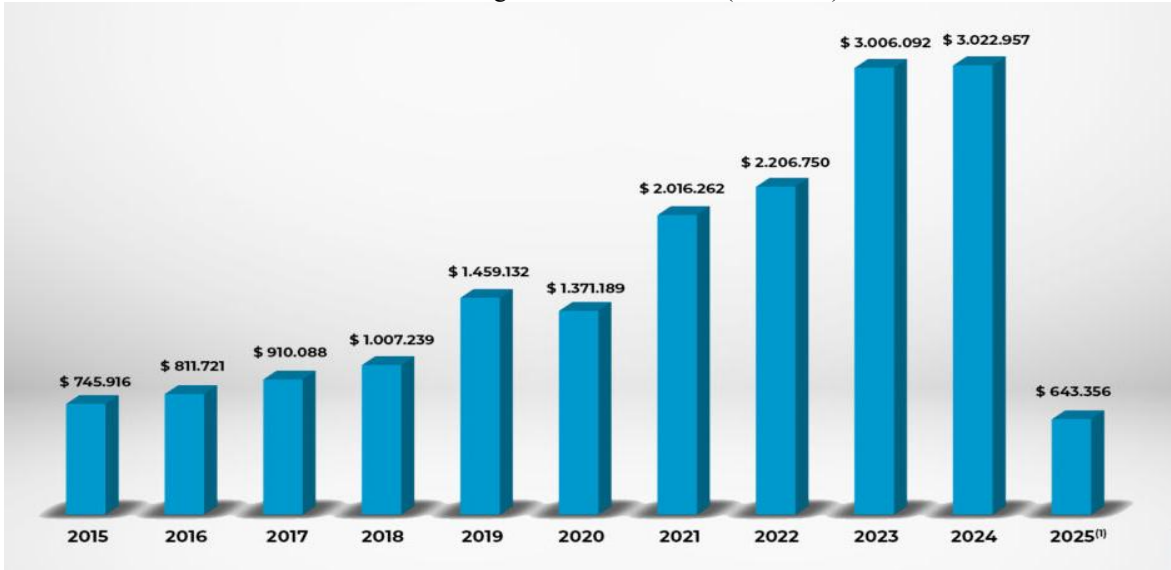
Türkiye'ye yurtdışından sağlık turizmi amacıyla gelen hasta grupları; çok sayıda Türk nüfusuna sahip ülkeler (Almanya, Hollanda ve Fransa gibi), hekim ve altyapı yetersizliği nedeniyle sağlık hizmeti sunumunda yetersiz kalan gelişmekte olan ülkeler (Orta Asya Türk Cumhuriyetleri ve Balkan ülkeleri), hastaların talep ettikleri hizmetleri sağlık sigortası kapsamı dışında tutan ve pahalı ülkeler (Almanya, İngiltere ve Amerika gibi), bekleme süreleri uzun olan ülkeler (Kanada, Hollanda ve İngiltere gibi) olarak açıklanabilmektedir (Berksoy ve Bostan, 2021: 287-288). OECD (2021) verilerine göre, Türkiye'de sunulan sağlık hizmetleri, sağlık turizmi sektöründeki rekabet eden ülkelerin ortalama %20'sine, küresel ortalamanın %12,5'ine, Avrupa'nın %30'una ve Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) %65'ine mâl olmaktadır.

**Grafik 1.3.** Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı



Kaynak: USHAŞ, 2025

Grafiğe göre, Türkiye'de sağlık turisti sayısı 2019 yılına kadar doğrusal olarak artarken 2020 yılında COVID-19 salgınının tüm dünyada küresel kapanmaya neden olması ve ülkeler arası geçişlere sınırlı izin vermesi nedeniyle düşüş kaydetmiştir. Pandemiden sonraki yıllarda sağlık turisti sayısı hızlı bir artış trendi kaydetmiştir. 2025 yılının I. Çeyrek: Ocak-Mart döneminde toplam 354.457 kişi sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'yi ziyaret etmiştir. Bu dönemde elde edilen sağlık turizmi geliri ise 643.356 bin ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Sağlık turizmi gelirleri, 2025 yılının I. çeyreğinde toplam turizm gelirlerinin %6,9'unu oluşturmuştur. Bu oran, 2023 yılında %5,4 ve 2024 yılında %5,0 seviyesinde gerçekleşmiştir.

**Grafik 1.4.** Sağlık Turizm Gelirleri (Bin USD)

Kaynak: USHAŞ, 2025

Türkiye’de özellikle 2002 yılından itibaren sağlık hizmetlerin daha etkin, verimli, erişilebilir, modern ve nitelikli hale getirilmesi üzerine atılan adımlar ile 2023 sağlık vizyonu ve hükümet programı kapsamında belirlenen hedefler neticesinde sağlık turizminde büyüme kaydederek dünyanın başarılı ülkeleri olarak kabul edilen Hindistan, Malezya, Tayland ve Macaristan ile rekabet edebilir konuma yükselmiştir (Gül, 2019: 284). Sağlık turizmi gelirleri grafiğine göre, turist sayısına benzer bir görüntü görülmektedir. Ancak pandemi döneminde turist sayısındaki yarı yarıya azalış varken, gelirdeki azalış o kadar çok olmamıştır. 2025 yılının ilk çeyreğinde yaklaşık 643,4 milyon dolar sağlık turizmi geliri pandemi öncesindeki yıllara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Buna göre, sağlık turizmi gelirlerinde de artış trendi devam etmektedir.

### 1.6. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi, artık sadece tedavi amaçlı değil; hastalıklardan korunma, fiziksel iyileşme, zihinsel rahatlama ve kültürel deneyim gibi çok yönlü ihtiyaçlara hitap eden gelişmiş bir sektöre dönüşmüştür. Yüksek kaliteli altyapı, doğa ve kültürel unsurlarla desteklenen bu alan; hem tedavi edici hem de yaşam kalitesini artırıcı hizmetler sunar. Bu kapsamda sağlık turizmi 4 başlık altında toplanmaktadır.

### 1.6.1. Medikal turizm

Sağlık turizminin bir alt kümesi olan medikal turizm<sup>3</sup>, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve iyileşme amaçlı seyahatlerinde tıbbi müdahaleler yoluyla sağlık iyileştirmesinin amaçlandığı seyahatlerdir. Buna göre medikal turizm, hasta hareketliliğinin bir parçası olarak, uluslararası sınırları aşarak hastalara uygun fiyatlı ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı tanıyan bakım olarak kabul edilmektedir (Lunt ve Carrera, 2010: 27; Ediansyah, Arief, Hamsal ve Abdinagoro, 2023: 1). Mevcut literatürde medikal turizm, rekabetçiliğinin evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Medikal turizm, “medikal hareketlilik, ulus ötesi sağlık hizmetleri, medikal mülteciler ve medikal diaspora” gibi terimlerle tanımlanması da medikal turizm terminolojisinin bir zorluğu olarak kabul edilmektedir (Hanefeld, Horsfall, Lunt ve Smith, 2013: 38).

Medikal turizmin kökeni eski Yunan ve Mısır uygarlıklarına kadar uzanırken, modern çağda bilgi teknolojileri ve internetin yaygın kullanımıyla potansiyel hastaneler hakkında bilgi edinmenin kolaylaşması medikal turizmin hızla büyümesini sağlamıştır (Xu, Wang ve Du, 2020: 1).

Medikal turizm, sağlık turistinin hastalığının iyileştirilmesi ve iyilik halinin devamlılığının sağlanması için *tıbbi check-up, sağlık taraması, diş tedavisi, kalp ameliyatı, protez takılması, kanser tedavisi, nöroşirurji, organ nakilleri ve diğer nitelikli tıbbi işlemlerin* uygulandığı bir sağlık turizmi çeşididir (Yiğit, 2016: 109). Hastaların ekonomik nedenler, uzun bekleme süreleri, bulunabilirlik eksikliği gibi sebeplerle kendi ülkelerinde erişemedikleri sağlık prosedürlerine ulaşmak istemeleri sonucunda başlayan ve zamanla popüler bir seçenek haline gelen sağlık turizmi çeşididir. Yurtdışında kalp, ortopedi, diş, estetik gibi sağlık hizmetlerini almak için başta Hindistan, Singapur ve Tayland gibi ülkelere yapılan uluslararası seyahatler günümüz küreselliğinde sağlık hizmeti alma amacıyla büyük bir hareketliliğe yol açmıştır (Crooks, Kingsbury, Snyder ve Johnston, 2010: 1). Medikal turizm özellikle küreselleşme, hükümetlerin ikili anlaşmalarıyla hastane yatışının kolaylaştırılması, ev sahibi ülkedeki akredite hastanelerin yabancı hastalar için tahsis edilmesi, hastanelerin küresel şirketlerle bağlantı kurması gibi faktörler ile başarı boyutu

---

<sup>3</sup> Bazı araştırmacılar, sağlık turizmi ile medikal turizmi birbirinden ayırmaya yardımcı olan şeyin seyahat eden kişinin motivasyonu olabileceğini savunmaktadır; sağlık turizmi için seyahat edenler sağlıklarını korumak için seyahat ederken, medikal turizm için seyahat edenler tıbbi bir durumun tedavisi için seyahat etmektedir. Seyahat edenlerin motivasyonları hiçbir zaman görünür olmadığından bu ayrımı ayırt etmek zor olabilmektedir (Okumus ve Kelly, 2023).

yüksek bir sektördür. Ulaşım, iletişim, yapay zeka teknikleri ve son model teknoloji kullanımının talep artışı sağlaması medikal turizm sektöründe büyümeyi beraberinde getirmiştir (Singh, 2019: 78-79). Dünya çapında pek çok hükümet ve sağlık hizmeti sağlayıcısı, bir hizmet ihracatı olarak medikal turizmi geliştirmeye çabalamaktadır (Johnston vd., 2016: 2)

Global görünümde, medikal turizm talebinde genellikle Güney Amerika, Batı Avrupa ve Orta Doğu bölgelerinin talep destinasyonları olduğu görülmektedir. Avrupalı ziyaretçiler uğrak noktası olarak Asya kıtasını tercih ederken; Ortadoğulu gruplar dini kimlik nedeniyle Malezya'yı tercih etmektedir. Japonlar, mesafe ve kültür yakınlığı nedeniyle Singapur'u tercih ederken, Amerikalılar daha çok Küba ve Meksika'ya gitmektedir (Aydın, Özdoğan ve Akar, 2021: 188). Medikal turizm akımının gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru olduğu (Amerikalılar dış bakımı için Meksika'ya, Kanadalılar ise kalça ve diz ameliyatı için Hindistan ve Küba'ya gitmeleri gibi) görülmektedir. Bu turizm hareketliliğinde rekabetçi kalite, daha uygun fiyat sunulması ve kısa bekleme süreleri temel faktörlerdir. Özellikle bilgiye erişim noktasında çevrimiçi bilgiye erişim ve önceki hastaların deneyimleri, hastalar için sunulan destekleyici danışmanlık faaliyetleri, hizmet sağlayıcılara yönelik güvene dayalı ilişkinin kurulması hasta karar verme sürecinde önemli rol oynamaktadır (Xu vd., 2020: 12). Medikal turistlerin motivasyonu ve karar verme süreçlerini araştıran çoğu araştırmalar uygunluk, uzmanlık, kültürel ve ailevi nedenlerin önemli motivasyon kaynağı olduğunu ve gelişmiş ülkedeki yüksek maliyetler, sağlık hizmetlerinde kötüleşen hizmet koşullarının yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde verimlilik, hizmet kalitesi ve doktor-hasta ilişkisi, hastane akreditasyonu, doktor ve tesis itibarı gibi çekici faktörlerin olduğunu göstermektedir (Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2016: 41).

Crooks vd., (2010: 6) medikal turizme katılan hastaları motive eden faktörleri prosedür temelli, seyahat temelli ve maliyet temelli faktörler olarak 3 gruba ayırmaktadır. Prosedür temelli motivasyon, hastaların kendi ülkelerinde bulunmayan veya yasadışı yürütülen prosedürlerin varlığı, uzmanlık ve ileri teknolojiye erişim sağlama isteği gibi hastanın kısıtlı imkanları yurtdışına arama-bulma isteğidir. Seyahat temelli motivasyon, seyahat ve turizm potansiyelinin ağırlığında uluslararası seyahatin kolaylaşması ve maliyetlerin düşmesi ile ilişkilendirilmektedir. Maliyet temelli motivasyon ise daha çok hastaların sağlık hizmeti maliyetlerini düşük tutma isteğinden kaynaklanmaktadır. Yine

Amerika’da bazı işveren ve sigorta şirketlerinin maliyetleri düşük tutmak için hastaları yurtdışında ameliyat olmaya teşvik ettiği gerçeği de hastaları bu yönde seyahate iten motivasyonlardandır (Crooks vd., 2010: 6). Ancak, medikal turizm seyahatlerini etkileyen faktörler, bireylerin maruz kaldığı bilgi kaynakları olarak da sıralanabilmektedir. Başta, tur operatörleri, seyahat acenteleri, kulaktan kulağa iletişim, reklamlar ve haberler/kitaplar/filmler gibi bilgi kaynakları miktar ve tür bakımından destinasyon imajının oluşumunda medikal turizm kolaylaştırıcıları olarak öneme sahiptir. Ayrıca, birçok hastane ve klinik, hastalara yurtdışındaki medikal hizmetlerle ilgili yardımcı hizmetler (indirimler ve hizmetlerini tanıtmak için havayolu şirketleriyle işbirliği gibi) sunarak da medikal turizm hareketliliğini teşvik etmektedir (Khan, Chelliah ve Haron, 2016: 135).

Medikal turizmde motivasyon kaynaklarına yönelik Singh (2019: 79), medikal turistlerin seyahatlerini teşvik edici çekici faktörler olarak; düşük maliyetli sağlık hizmetleri, erişilebilirlik, tedaviye yönelik mahremiyet ve güvenlik, yüksek kalitede sağlık hizmeti, hızlı tedavi imkanı, yeni tıbbi teknoloji ve ekipmanlara erişim, nitelikli sağlık personeli, kültürel ve dil benzerliği çokça dile getirilen faktörler olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, sağlık sigortasının kapsamının sınırlı olması, yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri, yerel düzenlemelerin sınırlamaları ve mevcut sağlık hizmetlerinin yetersizliği, uygun fiyatlı hava yolculuğu, uygun döviz kurları, konforlu otel konaklamaları ve refakat hizmetler de çekici faktörler olarak sıralanabilmektedir (Singh, 2019: 80). Medikal turizmde itici faktörler Singh (2019: 81) göre, sağlık turistlerinin ekonomik bakış açısıdır. Uygun maliyetli tedavi talebi en temel itici faktörler arasında yer almaktadır. İkinci olarak, uzun bekleme sürelerin neden olduğu erteleme problemidir. Acıya daha fazla dayanamayan hastalar alternatif tedaviye yönelmektedir. Üçüncü faktör, uyuşmazlık başlığı altında gerekli tedavinin olmaması veya yetersiz bakım hizmetleridir. Dördüncü faktör, kaliteli sağlık hizmetinin sunulmaması olarak tanımlanabilmektedir. Beşinci faktör, ana ülkedeki sigorta kapsamında teminat eksikliğidir. Altıncı faktör, gizlilik ve mahremiyet hususudur. Tedavi bilgilerinin başkalarıyla paylaşılmaması isteği bu yönde bir etkidir. Yedinci faktör, yasal sorumluluk olarak belirtilir ve bazı ülkelerde belirli teşhis ve tedavilerin yasal olarak izin verilmediği durumlarda hastaların başka ülkeleri tercih etmesine neden olmaktadır.

Khan, Chelliah ve Haron (2016: 135-141) göre, medikal turizmde destinasyon imajının yanında kaliteli hizmet ve doktorların uzmanlıkları da uluslararası hastaların dikkatini çeken bir motivasyon kaynağıdır. Akreditasyon ve işbirlikleri, hastanelerin

güvenilirliğini ve kalitesini gösterirken, fiyatlar ve maliyetler de uygun maliyetli hizmetler sunduğunu iddiası ile medikal turistler için çekici faktörlerdir. Uluslararası hastalara hizmet verme yeteneği ve çok dilli personel vurgusunun yanında konaklama kalitesi, gıda hijyeni ve kişisel güvenlik, turizm ve tatil imkânlarının varlığı, tıbbi hizmet almayı isteyen sağlık turistler için göz önünde bulundurulacak faktörlerdir. Bunlara ek olarak medikal turizmde bilgi kaynaklarının, niyetin yanı sıra tutum gelişiminde de önemli rol oynadığını ifade etmişlerdir.

Lunt ve Carrera (2010: 30), medikal turizmde tüketici tercihini etkileyen faktörleri Aşinalık, bulunabilirlik, maliyet, kalite, biyoetik mevzuat olarak 5 başlık altında değerlendirmiştir. Buna göre, yüksek tedavi maliyetleri, tedaviye hızlı erişim, mevcut olmayan veya yasal olmayan tedaviler, mahremiyet arzusu ve turistik deneyimi tıbbi tedaviyle birleştirme isteği medikal turizmde etkili olmaktadır. İnsanların kendi ülkelerinde tedavi seçeneğinin olmaması, daha kaliteli bir tedavi ve uzman hizmet gibi motive edici faktörler ile yurtdışına çıkmalarını etkilerken belirli tedaviler, kurumlar, klinisyenler ve bölgeler için klinik sonuçlar hakkında yeterli bilgi bulunmaması da onların tercihlerini etkileyebilmektedir. Yine tedavilerin etkinliğini destekleyen klinik araştırmaların olmaması, bilgilendirilmiş onam, sorumluluk ve cerrahi hatalar neticesinde hastaların nasıl bir yol izleyebileceklerine dair sorunların varlığı, şikâyet takibi ve tazminat talepleri gibi etik ve yasal boyutlar medikal turizm tercihini etkileyen faktörlerdir.

Medikal turistlerin destinasyon seçimlerini nasıl yaptığını dair araştırmalarında Xu, Wang ve Du (2020), medikal turistlerin motivasyon faktörlerini, bilgi kaynakları ve sağlık hizmetleri kalitesine ilişkin deneyimlerine dair bulgularla ortaya koymuştur. Buna göre, düşük maliyet, kısa bekleme süresi, kalite, sigorta durumu, mesafe ve yurt içinde bulunmayan prosedürler gibi faktörlerin yurt dışında tedavi arayışının başlıca motivasyonları olduğu; kalite algısının yurtdışında daha iyi olması ve yerel sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, iletişimsizlik ve endişelere yol açan dil engeli, çevreye yabancıklık, kültür farkı, yemek, ulaşım ve çalışanların davranışları gibi engellerin etkili faktörler olduğu; bilgi kaynakları bakımından internetin başta geldiği ve ağızdan ağıza iletişim ve akran destek ağlarının varlığının yanında aracılara güvenerek hastaneleri seçtikleri ortaya konulmuştur.

Böylece, medikal turizmde tedavi motivasyonları genel olarak; düşük maliyet, hızlı erişim, yüksek kalite, mahremiyet, yasal kısıtlamalar ve turistik olanaklar etrafında şekillenmektedir. Seyahat kararlarının maliyeti, prosedürler ve destinasyon imajı, bilgi

kaynakları ve sigorta kapsamı, bekleme koşulları ve yerel sağlık hizmetlerindeki eksiklikler gibi unsurlar bireyleri yurtdışına yönlendiren temel faktörlerdir.

**Tablo 1.3.** Küresel Medikal Turizm Pazarındaki Gelişmeler

Yıl	Pazar Değeri (Milyar Dolar)	Büyüme Oranı (%)	Öne Çıkan Destinasyonlar	Talep Edilen Başlıca Tedaviler	Ana Eğilimler
2018	60	14	Tayland, Malezya, Güney Kore	Estetik cerrahi, kardiyoloji	Asya-Pasifik'te düşük takviye tedavilerine talep
2019	70	15	Tayland, Türkiye, Hindistan	Onkoloji, organ nakli, estetik cerrahi	Bölgesel dağıtım ve altyapı yatırımları
2020	15	-80	-	-	Pandemi nedeniyle küresel seyahat kısıtlamaları, medikal turizmde büyük düşüş
2021	20	33	Türkiye, Meksika, Birleşik Arap Emirlikleri	Diş tedavisi, estetik cerrahi, kardiyoloji	Sınırlı toparlanma, COVID-19 sonrası sağlık uygulamalarının etkisi
2022	65	225	Türkiye, Tayland, Hindistan	Ortopedi, estetik cerrahi, Kardiyoloji	Toparlanma ve hükümet destekleri, Tayland'da tedavi vizesi uygulaması
2023	75	15	Güney Kore, Malezya, Singapur	Onkoloji, ortopedi, terapist tedavisi	Asya-Pasifik'te hızlı büyüme, yüksek kaliteli sağlık anlayışı
2032* Tahmini	180	15	Hindistan, Çin, Tayland	Uzun ömür ve sağlıklı yaşam programları, estetik	Dijital sağlık, yaşlanan nüfus, kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri

Kaynak: Tablo yazar tarafından <https://www.gminsights.com>, <https://medicaltravelmarket.com>, <https://www.alliedmarketresearch.com> adreslerinden elde edilen verilere göre hazırlanmıştır.

Medikal turizm pazarının en büyük segmenti olan plastik cerrahi, hastaların çoğunlukla internet üzerinden araştırma yaparak hastanelere erişim sağladığı, yüksek cerrahi standartlara ve kurul sertifikasyonuna sahip, hastalara kılavuzlar üzerinden ek güvence sağlayan önemli kuruluşlar ve yüksek cerrahi standartlara sahip ulusal dernekler işbirliği ile yürütülen bir çeşittir. Amerikan Plastik Cerrahlar Derneği'nin "küresel ortak" anlaşmaları ve Kolombiya'nın güçlü sağlık ve zindelik sektörü sağlık turizmi için güvenli ve turist dostu ortam sağlayan ülkeler olmasını kolaylaştırmaktadır (Campbell, Restrepo ve Navas, 2020: 4). Her yıl tüp bebek tedavisi gibi çeşitli hizmetlere erişim sağlamak amacıyla artan tüketici talebi ve yurtdışına seyahat etme isteğinin artması medikal turizminin küresel ticari faaliyetlerini ve rekabet düzeyinin yükseltmektedir. Bu kapsamda, ülkeler medikal turizmin ekonomik kalkınma potansiyelinden faydalanmak için aracılık düzenlemeleri, web tabanlı bilgilerin oluşturulması gibi tanıtım faaliyetleri ile bireysel ihtiyaçlara göre cerrahi paketler hazırlamaktadır (Lunt ve Carrera, 2010: 30).

Karababa (2017), Türkiye’de sağlık turizmi pazarını oluşturan ekonomik faktörleri teknik olarak ortaya koymak amacıyla ele aldığı çalışmada coğrafi bakımdan yakın olan, yabancı turist gönderen ve sağlık harcamalarında farklı finansman modelleri uygulayan ülkelere ait verileri analiz ederek bazı ekonomik sorunların sağlık turizminin çıkış noktası olduğunu ve bunun Türk sağlık turizmi açısından da ciddi bir pazar fırsatı yarattığını vurgulamıştır. Büyük (2023: 4-10), Türkiye’nin medikal turizm pazarında avantajlı olduğunu ifade etmiş ve araştırmasında ülkenin gelişmiş sağlık altyapısına ve deneyimli doktor ve hemşire kadrosuna sahip olduğunu, pek çok ülkede uzun olan tedavi öncesi bekleme sürelerinin (prostat kanseri için 6 ay olan sürenin Türkiye’de 3 gün olması) kısa olduğu, sağlık hizmetlerinin fiyatı ve konaklama maliyetlerinin diğer ülkelere kıyasla daha uygun fiyatlar sunduğunu ve fiyat farklılıkları açısından avantajlı olduğu, sağlık hizmeti alanında seyahat kararını etkileyen kültürel motivasyonu kapsamında Türkiye’nin İslami coğrafyalara ve Türk Cumhuriyetlerine yakınlığı ve zengin tarihi, kültürel ve gastronomik değerlere sahip bulunduğunu, üç kıtanın merkezinde yer alması nedeniyle coğrafi konum avantajını, hastane akreditasyonun dünya genelinde her beş hastadan biri için birincil öncelik olduğu bağlamında Türkiye’nin, uluslararası akredite sağlık kuruluşlarına sahip olması önemli bir avantaj olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye, Avrupa’da en kaliteli medikal turizm hizmeti sunan ülkeler arasında 8. sırada, dünyada ise 30. sırada yer almaktadır (Büyük, 2023: 5). Türkiye’de medikal turizm kapsamında gelen sağlık turistlerinin en çok tercih ettiği klinik branşlar ise; diş hekimliği ve dental (rekonstrüksiyon), plastik ve estetik cerrahi (saç ekimi, yüz ve liposuction), fertilitite (IVF), bariatri (obezite tedavisi, mide küçültme), transplantasyon (organ, hücre ve doku nakli), ortopedi ve travmatoloji (eklem cerrahisi), check-up, jinekoloji, iç hastalıkları, oftalmoloji, tıbbi biyokimya, genel cerrahi ve bulaşıcı hastalıklar olarak sıralanmaktadır (Baran, 2023: 77; Ateş ve Sunar, 2024: 357).

Türkiye’de teknolojik gelişmelerin etkisiyle özel hastaneler uluslararası sınırlar aşarak gelen hastalara hizmet noktasında önemli bir konumda yer alırken kamu sektöründe sağlık turizm açısından sorunlar yaşanabilmektedir. Özellikle özel hastanelerin otel hizmetleri gibi tasarlanması ve fiziki altyapısının yanında personel eğitimi, pazarlama ve tanıtım alanında işlevsel bir yapıya sahip olması, kamunun çoğunlukla bunlardan yoksun olması kamu sektörünü özel sektöre kıyasla sağlık turizminde dezavantajlı hâle getirmektedir (Çolakoğlu, Kıykaç ve Sarayköylü, 2021: 259).

Medikal turizm, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve yabancı hastalara yerel halktan daha kaliteli hizmet sunulması gibi nedenlerle eleştirilse de, uygun şekilde düzenlenirse hem gelişmekte olan ülkelere ekonomik katkı sağlayabilir hem de gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerindeki yoğunluğu azaltabilmektedir.

### **1.6.2. Termal turizm**

Termal turizm, mineralli su havuzları, buhar odaları ve sauna gibi alanlarda su bazlı tedaviler kullanılarak vücudun iyileştirilmesi, rahatlatılması ve dinlendirilmesine yönelik turizm türüdür. Bu bağlamda, sağlık sorunlarını ve cerrahi müdahaleyi önlemeyi ve tedavi edici faaliyetleri desteklemek amacıyla koruyucu bir alan olarak asırlardır insan sağlığı için başvurulan bir yöntem olarak da ifade edilebilmektedir (Postacı ve Atay, 2021:33-34).

Termal turizmin geçmişı antik çağlara kadar uzanmaktadır. Sümerler M.Ö. 4.000 yıllarında sıcak su kaynakları etrafında sağlık tesislerini inşa etmiştir. Dini amaçlarla Afrika, Mısır ve Madagaskar'da sıcak su kullanılmıştır. Antik Roma döneminde ise termal turizm tesislerinin ilk şekilleri görülmüştür. Antik Yunan mitolojisinde tıbbın ve şifanın tanrısı Asklepios adına yapılan tapınaklar özellikle M.Ö. 5. yüzyıldan itibaren sağlık merkezi olarak kullanılmıştır. Yunanlı bilim adamı Herodot (M.Ö. 484-425) 9 ciltlik Historiai (Tarih) kitabında SPA tedavisinin ana prensiplerinden bahsetmiş, Hipokrat (M.Ö. 460-375), "De Natura Hominis (İnsanın Doğası Üzerine)" isimli kitabında doğal kaynaklarla yapılan tedavilerin yararlarını açıklamıştır. Roma döneminde suyla ilgili sağlık tedavileri ortaya çıkmış ve elit sınıf arasında popüler hale gelmiştir (Kaşlı ve Öztürk, 2014: 15-16). Termal turizm, Orta Çağ'da salgın hastalıklar ve dini katılıklardan ötürü yasaklanmış, ancak 19. yüzyılda yeniden canlanmış ve turizmle ilişkilendirilen diğer faaliyetlerle birlikte popüler hale gelmiştir (Costa, Quintela ve Mendes 2015: 23).

Geçmişte insanların sağlıklarını korumak ve kaybettikleri sağlıklarını yeniden kazanmak, fiziksel ve ruhsal olarak rahatlamak amacıyla termal suların olduğu bölgelere seyahat etmesiyle başlayan termal turizm hareketliliği günümüzde başta SPA ve wellness olmak üzere çeşitli sektörlerle var olmaya devam etmektedir (Çolakoğlu vd., 2021: 263).

Wellness kavramı ise, ilk olarak psikanaliz alanında analiz edilmiş ve daha sonra farklı araştırmalarla ele alınmıştır. Wellness turizmi, bugüne kadar birçok şekilde tanımlanarak: beden-zihin-ruhu geliştirmeyi amaçlayan bir seyahat tarzı; sağlığını korumak ve geliştirmek isteyen insanlar tarafından yapılan seyahatlerin ve ilişkilerin toplamı; yaşam tarzı, fiziksel, zihinsel ve ruhsal esenlik unsurlarıyla ilişkilendirilen karmaşık bir terim; çok

yönlü bir sağlık durumu ve kişisel sorumluluk ile birlikte fiziksel uygunluk, sağlıklı beslenme, rahatlama ve meditasyon gibi unsurları içeren karmaşık bir fikir olarak ifade edilmiştir. Ancak şu ana kadar bu terimin ortak bir tanımı mevcut değildir (Silvestri, Aquilani ve Ruggieri, 2017: 56).

Günümüzde termal turizm, termomineral su banyosu, çamur banyosu, balneoterapi, elektroterapi, parafin banyosu, kinezi terapi, inhalasyon, iklim kürü, diyet, psikoterapi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi destek tedavi uygulamalarını içermektedir (İspir ve Kütük, 2021: 37-40).

Pessot, Spoladore, Zangiacomi ve Sacco'nun (2021: 6-7), 52 makaleyi dâhil ettiği çalışmada, doğal kaynakların ve sağlık turizmi faaliyetlerinin bir destinasyon için değerini belirleyen faktörlerini değerlendirmiştir. Buna göre, başta balneoterapi, hidroterapi, talasoterapi ve krenoterapilerinin ve mineralli suların sağlık üzerinde birçok olumlu etkisi vardır; özellikle psikolojik sağlık üzerinde rahatlama, stresin azaltılması ve ruhsal esenlik, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, cilt rahatsızlıkları ve kronik hastalıklar üzerindeki etkilidir.

Türkiye'nin Alp-Himalaya kuşağında yer alması termal turizm açısından pozitif etki eden bir faktördür. Buna göre, coğrafi konumun jeolojik ve jeomorfolojik etkisiyle jeotermal kaynaklar sıcaklıkları, debileri, radyoaktiviteleri, eriyik mineral oranları ve ulaşılabilirlik bakımından zengindir. Sıcaklıkları 20°C'nin üzerinde 600'den fazla termal kaynak ile Türkiye Avrupa'da 1. ve dünyada 7. Sırada yer almaktadır (Tosun, 2023: 114). Termal kaynaklar sadece tedavi amaçlı değil, aynı zamanda rahatlama, spor yapma, stres atma, boş zamanları değerlendirme ve eğlenme amacıyla da kullanılmaktadır. Ancak, Türkiye'nin bu kaynakları etkili bir şekilde kullanma ve değerlendirme konusunda eksiklikleri bulunmaktadır. Kür parkları, kür merkezleri ve kaliteli konaklama tesislerine sahip termal kent destinasyonları yetersizdir. Türkiye'nin sağlık turizmi pastasındaki payını artırmak için güçlenmesi ve rekabet gücü kazanması önemlidir. Bu, ülke ekonomisi için büyük bir fırsattır (Bayat ve Yalman, 2020: 553-554).

### **1.6.3. İleri yaş turizmi**

Dünya nüfusunun yaş ortalaması arttıkça yaşlılık üzerine yapılan çalışmaların arttığı görülmektedir. Bu gelişmeler, sağlık alanında gerontolojiyi, turizm alanında üçüncü yaş turizmini ve geriatric-turizm olarak adlandırılan yaşlı bakım turizmini daha popüler hale getirmiştir. Literatürde üçüncü yaş turizmi için farklı yaş sınıflandırmaları yapılmaktadır.

Bunun nedeni, üçüncü yaşın emeklilik yaşının başlangıcı ile ilişkili olmasıdır (Büyük ve Akkuş, 2022: 2). Emekli olma yaşı ülkeden ülkeye değişmekte bu nedenle de çalışmalarda alt sınır; 50, 55, 60 ve 65 yaş ve üzeri şeklinde ifade edilmektedir (Arıcı, 2019: 125). İleri yaş turizmi literatürde; “yaşlı turizmi”, “üçüncü yaş turizmi”, “olgun turizmi”, “gümüş turizm”, “geriatri turizmi” vb. kavramlarla ifade edilmektedir (Gürkan ve Keskin, 2023: 609). 65 yaş ve üzeri insanların ihtiyaç duydukları bakım ve tedavi hizmetlerinin giderilmesini sağlamak amacıyla ortaya çıkan ileri yaş turizmi, başta gezi turları, rehabilitasyon hizmetleri, terapi ve bakım hizmetleri bakımından çeşitli alt boyutları olan bir sağlık turizmi çeşididir (Çolakoğlu vd., 2021: 265-266).

Üçüncü yaş grubu turistlerinin seyahat motivasyonu gezme ve dinlenme ağırlıklı olarak sıcak ve ılıman ülkelerde klinik oteller, rekreasyon (eğlence-dinlenme) alanları, tatil köyleri ve bakım evlerine yöneliktir (Akoğlan Kozak, Acar ve Zencir Çiftçi, 2019: 101).

Geriatrik-turizm, üçüncü yaş turizmi ve sağlık turizmi uygulamalarının işlevsel birleşimi ile ortaya çıkmış yeni ve yükselen bir trenddir (Büyük ve Akkuş, 2022: 3). Bu turizm türü, daha fazla boş zamana ve makul bir harcanabilir gelire sahip yaşlı yetişkinlerce tercih edilmektedir. Diğer gruplara göre daha sık ve uzun süreli seyahat eden bu yaşlı turistler erişilebilirlik, sağlık hizmetleri, faaliyetlerin hızı, rehberli tur, kültürel faaliyetler gibi faktörleri göz önünde bulundurarak turizm aktivitelerine katılmaktadır (Zhao, Jiang, Fu ve Ke, 2023: 212). Geriatri turizmini üçüncü yaş turizminden ayıran noktanın, sağlığı koruma odaklı uygulamalara yönelik olması ve üçüncü yaş turizmindeki turistlerin dinlenme ve rahatlama, sosyal etkileşim, yenilik arayışı, kaçış veya fiziksel egzersiz gibi itme motivasyonlarına sahip olması olarak ifade edilmektedir (Dursun, Sormaz ve Pekerşen, 2022: 3).

#### **1.6.4. Engelli turizmi**

Engelsiz turizm, engelli turizmi ve kolay erişilebilir turizm terimleri benzerlik gösterse de farklı tanımlara sahiptir. Engelsiz turizm terimi turizm altyapısının inşasıyla ilgilenirken, kolay erişilebilir turizm terimi bir destinasyonun elverişli konumunu ifade etmektedir. Engelli turizmi terimi ise sadece engelli bireylere odaklanmaktadır (Leiras ve Caamaño-Franco, 2024: 984).

Günümüzde hareket, işitme, öğrenme, ruh sağlığı bozukluğu ve uzun süreli sağlık bakıma ihtiyaç duyan engelli insan sayısı küresel nüfusun yaklaşık %15’idir (Doğan, Doğan ve Baynal, 2020: 298). Özel bir turizm pazarı olan engelli turizmi, engelli bireylerin turistik

faaliyetlere katılmasını, onların sosyal dışlanmışlıklarını ve yaşadıkları olumsuzları azaltma imkanı veren bir turizm çeşididir. Engelli bireylerin turistik etkinliklerde karşılaşılabileceği zorlukları; çevresel, iletişim ve içsel zorluklar olarak açıklamak mümkündür (Şerifoğlu ve Aytekin, 2021: 196-197). İçsel zorluklar, bireyin bilgi eksikliği, sosyal başarısızlıkları, psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları, seyahat etmeme isteği iken; çevresel faktörler; mimari, ekoloji ve coğrafya, düzenleme ve güvenlik önlemleri; iletişim zorlukları ise, iletişim beceri yetersizliği, iletişim güçlüğü, çalışanların tutumları, bilgilendirme eksikliği olarak ifade edilebilmektedir (Koba, 2023: 133).

### 1.7. Sağlık Turizminde Tercih Sebeplerine Yönelik Akademik Çalışmalar

Çalışmanın bu bölümünde ilgili literatürde bireylerin sağlık hizmeti almak amacıyla yurt içine veya yurt dışına seyahat etmelerinde etkili olan başlıca motivasyon kaynakları ve tercih sebeplerine yönelik araştırmalar tablo olarak sunulmuştur.

Yazar	Amaç	Yöntem	Bulgu (Tercih Sebepleri)
(Turner, 2007)	Küresel pazarda medikal turizm değerlendirmesini yapmak	Literatür taraması	Mahremiyet arzusu ve geleneksel turizmi birleştirme isteği, turistik yerler, oteller, iklim, yemek, tıbbi prosedürler ile kültürel ziyaretler
(Macready, 2007)	Gelişmekte olan ülkeler tıbbi turistleri neden cezbediyor?	Literatür taraması	Ülkedeki yüksek tedavi maliyetleri, tedavi alma hızı ve kendi ülkelerinde mevcut olmayan (veya yasal olmayan) tedaviler
(Glinos vd., 2008)	Yurtdışında tıbbi sağlık hizmetlerine yönelik talep artışının ardında yatan beş itici gücü tanımlamak	Vaka çalışması, görüşme	Aşınalık, bulunabilirlik, maliyet, kalite ve biyoetik mevzuat (kürtaj turizmi, doğurganlık turizmi ve ötenazi)
(Crooks vd., 2010)	Hastanın medikal turizm seyahati hakkında ne biliniyor?	Literatür taraması	Maliyetler, yüksek kalitede bakım, sözlü motivasyon, rezervasyon kolaylığı,
(Bristow vd., 2011)	Sürdürülebilir turizm uygulamalarının tıbbi turistler için göreceli önemini belirlemek	Çevrimiçi anket	Maliyetler, akreditasyon, hekimlerin eğitimi, medikal hizmet kalitesi
(Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011)	İsfahan Kısırlık Merkezi'ne başvuran kısırlık sorunu yaşayan çiftlerde destinasyon seçimini etkileyen faktörleri belirlemek	Anket, Görüşme	Dini yakınlık, fiyat, mesafe, uzmanlık eksikliği, turistik yerler
(Zengingönül vd., 2012)	İstanbul özelinde Türkiye'de sağlık	Anket yöntemine	Maliyet, turizm olanakları, kalite düzeyi, kültürel

	turizmi değerlendirmesi yapmak	dayalı bir alan çalışması, SWOT analizi	özellikler ile tanıdık ve arkadaş tavsiyeleri
(Khan ve Alam, 2014)	Suudi Arabistan'da medikal turizmi geliştirmenin yollarını bulmak	Literatür incelemesi ve istatistiksel verilerin analizi	Tercih edilmeme nedenleri: yetersiz pazarlama, eksik bilgi, birimler arası koordinasyon eksikliği, vize olanakları, ülke potansiyelinin küçümsenmesi
(Köstepen, 2015)	İzmir ilinin medikal turizminin potansiyelini ölçmeye çalışmak	Görüşme	Ulaşılabilirlik, sağlık mirası, sanayi, çok kültürlülük, coğrafi konum, tarihi miras
(Han ve Hyun, 2015)	Medikal turistlerin uluslararası niyet oluşumunu bulmak	Saha araştırması (Anket)	Tıbbi ve hizmet kalitesi ile tıbbi kliniğe ve tıbbi profesyonellerine/personeline olan güven, fiyat makullüğü
(Rezaee ve Mohammadzadeh, 2016)	İran'da medikal turizm kapsamında insanların tıbbi tedaviler için seyahat tercih sebeplerini belirlemek	Görüşme, anket	Sağlık hizmeti kalitesi ve yüksek uzmanlık düzeyi, maliyetler, vize olanakları,
(Fetscherin ve Stephano, 2016)	Medikal turizm ölçeği geliştirmek	Anket	Kaliteli sağlık hizmeti, kurumsal ve sağlık altyapısı,
(Park vd., 2017)	Fiyat ve sağlık bilincinin tıbbi turizm üzerindeki etkilerini analiz etmek	Anket	Maliyet
(Aydın; Karamehmet, 2017)	Sağlık turizmi büyümesinin itici güçleri ve literatürde önerilen alternatif faktörleri değerlendirmek	Görüşme, Anket	Profesyonellerin ve hastaların farklılaşma sağlık çalışanlarına göre tercih sebepleri: Siyasi ve ekonomik istikrar, düzenlemeler ve yasal çerçeve ve maliyetler Hastalara göre: Kültürel benzerlik (dil ve din), erişim kolaylığı, maliyetler
(Ahmed vd., 2018)	BAE halkı arasında yurtdışındaki tıbbi turizm eğilimlerini incelemek	Görüşme, Anket	Hizmet kalitesinin, bakım kalitesinin, kalifiye ve deneyimli doktorların/uzmanların, ileri teknolojinin ve dünya standartlarındaki tesislerin varlığı, tedavi ve seyahat maliyeti, akreditasyon
(Yıldız ve Khan, 2019)	Arap tıbbi turistlere göre Türk sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu görevleri ve işlevlerini belirlemek	Anket	Sağlık tesisi, sağlık personeli ve doktorların kalitesi, fiziksel ve kültürel yakınlık, uygun maliyet, ülkemizin turizm özellikleri ve benzeri faktörler

(Sevim ve Sevim, 2019)	Medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların bu tercihlerinde etkili olan faktörleri incelemek	Anket	Hizmet kalitesi, hastane kurumunun modernliği, doğal güzellikler
(Sarı ve Derin, 2019)	Akdeniz Üniversitesi Hastanesine gelen medikal turistlerin ve hastane sağlık personelinin görüşlerini belirleyerek araştırma sahasının medikal turizm potansiyelini ortaya koymak	Görüşme	Tavsiye, coğrafi yakınlık, hekim kadrosu, teknik donanım, turistik konum
(Çapar ve Aslan, 2020)	Potansiyel tıbbi turistler tarafından destinasyon seçimini etkileyen önemli faktörleri analiz etmek	Anket	Ulaşılabilirlik, hizmet kalitesi, hijyen düzeyi, düşük maliyet, turizm fırsatları
(Demir, 2020)	Algılanan değer, yeniden hizmet alma ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlerken yabancı hastaların tercih niyetlerini etkileyen faktörleri belirlemek	Anket	Uygun fiyat, uzman personel, kolay ulaşım
(Chaulagain vd., 2021)	Bir Amerikalı'nın Küba'yı sağlık turizmi destinasyonu olarak ziyaret etme niyetini belirlemek	Anket	Destinasyon imajı, algılanan maliyet
(Tapia vd., 2022)	Tıbbi turizm nedenleriyle seyahat etme kararını etkileyen sosyal, ekonomik ve davranışsal faktörlerin ampirik bir analizini yapmak	Veri analizi (Logit modeli tahmini)	Yüksek kaliteli sağlık sistemi, nitelikli çalışan, düşük maliyet, tıbbi hizmetler ve tesislerdeki mükemmellik, kültürel bağlam
(Üstün ve Demir Uslu, 2022)	Sağlık turistlerinin Türkiye'yi tercih etme sebeplerini belirlemek	Anket	Sağlık tesis ve hizmetleri ile ilgili faktörler, Türkiye'nin turizm destinasyonu olması, Türkiye'deki sağlık maliyetlerinin uygun olması ve çevresel faktörler
(Şeyho, 2023)	Türkiye'yi özellikle Arap ülkelerinden gelen sağlık turistlerinin tercih etme nedenlerini araştırmak	Görüşme	Medikal turizmde önemli bir destinasyon olması, sağlık hizmetlerinin kaliteli olması, memnuniyet, tedavi maliyetlerinin uygun

			olması, tavsiye, profesyonel danışmanlık hizmetleri, kültürel yakınlık ve doğal ve tarihi güzelliklerin olmasıdır.
(Can, Özçelik ve Yiğit, 2024)	Vakıf üniversite hastanesine gelen sağlık turistlerinin Türkiye'yi tercih nedenlerini belirlemek	Anket	Kaliteli doktor, hemşire ve sağlık personeli, mükemmel hasta bakımı, yüksek teknolojiye sahip medikal ekipman ve hızlı hizmet

Uluslararası ve ulusal literatüre göre, sağlık turizmi tercih nedenlerinin temelinde birkaç ortak faktörün öne çıktığı görülmektedir. Çalışmalarda özellikle uygun maliyet, yüksek kalite, kısa bekleme süreleri ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği en belirgin tercihler olarak öne çıkmaktadır. Tedavi amacıyla yurtdışına çıkan bireylerin büyük bölümü, yaşadıkları ülkelerdeki yüksek maliyetli hizmetlerden kaçınmakta ya da uzun bekleme sürelerinden memnuniyetsizlik yaşamaktadır. Bununla birlikte, destinasyon ülkenin sağlık altyapısının gelişmişliği, uzman hekim kadrosu, teknolojik donanımı ve hasta güvenliğine verdiği önem de karar sürecinde etkili olmaktadır. Literatürde ayrıca kültürel yakınlık, dil engelinin az olması, coğrafi konum ve turistik cazibe gibi ikincil faktörlerin de hastaların tercihlerini şekillendirdiği vurgulanmaktadır. Genel olarak, sağlık turizmi tercihinde bireylerin sadece tedavi hizmetlerini değil, tüm bakım sürecini kapsayan hasta deneyimini dikkate aldığı; bu nedenle hem sağlık sisteminin yapısal kapasitesi hem de sağlık çalışanlarının yetkinliğinin önemli rol oynadığı anlaşılmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### HASTA MERKEZLİ BAKIMIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Çalışmanın bu bölümünde hasta merkezli bakım kavramı, bakım modelleri, hasta merkezli bakım boyutlarının oluşumu, hasta merkezli bakım boyutları, hasta merkezli bakımın avantaj ve dezavantajları ve akademik çalışmalara dair bilgiler verilmiştir.

#### 2.1. Hasta Merkezli Bakım Kavramı

İkinci dünya savaşından sonra sağlık hizmetlerinin insan biyolojisi ve hastalıklara yönelmesi hastaların sisteme karşı memnuniyetsizliğini beraberinde getirmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşmış klinik bakımların sağlık maliyetlerini artırması ve edinilen tecrübeler sonucunda hastalık merkezli sağlık hizmetlerine karşı çıkılmasına yol açmıştır (Şahin, 2017: 7-8). Hasta merkezlilik kavramı, 1900'lü yılların ortalarında hastaların bireyselleştirilmesi ve güçlendirilmesine dair oluşan toplumsal eğilimle ortaya çıkmıştır (Langberg, Dyhr ve Davidsen, 2019: 1229). İngiliz araştırmacı psikanalist Michael Balint ele aldığı *Doktor, Hastası ve Hastalığı* adlı eserinde hastaların psikolojik durumlarının tedavi süreçlerinde dikkate alınmasını ve insanların biyopsikososyal bütünlükleri içinde görülmesi gerektiğini vurgulamıştır (Balint, 1955: 1957). Böylece, “hasta merkezli tıp” kavramı, tıp literatürüne girmeye başlamıştır. Bununla birlikte, hasta merkezli bakıma dair yapılan birçok tanım ve açıklama da ortaya çıkmıştır. Enid Balint (1969), hasta merkezli tıbbı, *hastayı eşsiz bir insan olarak anlamak* diye tanımlamıştır. 1988 yılında The Picker Institute, Picker Commonwealth Hasta Merkezli Bakım Programı'nda, klinisyenler, personeller ve sağlık sistemlerinin dikkatini hastalıklardan ziyade hastaya ve ailelerine kaydırma ihtiyacına dikkat çekmek için hasta merkezli bakım (HMB) (patient-centred care, PCC) terimini kullanmış, böylece, hasta deneyiminin daha iyi anlaşılması ve sağlık sistemi sunumu içinde hastanın ihtiyaçlarını karşılamanın önemi vurgulamaya başlamıştır (Barry ve Edgman-Levitan, 2012: 780). Hasta merkezli tıp kavramı, hastaların bireysel kimliklerine dikkat çeken ve tıbbi dikkati hastaların ihtiyaçlarına, değerlerine ve tercihlerine göre yönlendiren bir yaklaşımdır. Hasta merkezli bakım, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalar ve aileleri arasında bir ortaklık kurarak sağlık hizmetlerinin hastaların ihtiyaçlarına uygun bir şekilde sunulmasını amaçlamaktadır. Hasta merkezli bakım literatürde sağlık hizmet sağlayıcılarının hastaların dünyasına girmeye çalışması ve hastaların bilgi, deneyim, ihtiyaç ve tercihleri tarafından yönlendirilmesi, sunulan klinik

seçeneklerde hasta tercihlerinin ortaya çıkması ve ortak karar verme sürecinin yönetildiği bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Dwamena vd., 2012: 3)

Millenson (2014: 979), hasta merkezli bakım kavramının başlangıçta genişletilmiş esneklik, empati ve hasta tercihlerine göre değişikliklerle tanımlanmış olduğunu ve zamanla ölçülebilir performans rejimi ve finansal düzenlemelerle bütünleştiğini ifade etmektedir. Feminist hareketler, AIDS aktivistleri ve hasta haklarının savunucuları, bilgilendirilmiş onam alma ve hasta sesinin duyulmasının talep edilmesi ile (feministlerin doktorların kendilerine bilgi vermemesi konusunda duydukları memnuniyetsizlik ve hasta hakları konusunda davalar açması bu taleplerin bir göstergesidir) hijyen odaklı anlayış ve sağlık sisteminde piyasa dinamiklerinin iç içe geçmesiyle hasta merkezli bakımı güç paylaşımı içinde işbirliği modeli olarak belirtilmiştir (Millenson, 2014: 979-980).

Yurugen (2002: 1), hasta merkezli bakımı, hemşirenin yanında hemşirelik dışı personelinde bulunduğu bir ekip tarafından sağlanan bir bakım modeli olarak tanımlamaktadır.

Hasta merkezli bakım, Institute of Medicine (IOM) tarafından sağlık hizmetlerini iyileştirmeye yönelik kabul edilen altı hedeften (Erişilebilirlik, Etkililik, Hasta Güvenliği, Hasta Merkezlilik, Zamanında Hizmet, Verimlilik) biridir. Bu bağlamda, hasta merkezli bakım, hastanın ihtiyaçlarına, değerlerine ve tercihlerine şefkatli, empatik ve duyarlı bakım sağlarken hastayı karar verici olarak kabul eden sağlık bakıcıları ile hasta arasında sağlanan terapötik ittifak olarak tanımlanabilmektedir (Rathert, Wyrwich ve Boren, 2013: 352).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2000), “hasta merkezli bakım” yerine “yanıt verebilirlik/duyarlılık” terimini kullanmaktadır. Yanıt verebilirlik/duyarlılık, sağlık sistemlerinin insanların isteklerine saygı gösterme, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim ve bekleme süreleri gibi konularda insanların beklentilerini nasıl karşıladığını tanımlamaktadır. WHO, yanıt verebilirliğin sağlık sistemlerinin asli bir hedefi olduğunu ve sağlık sistemlerinin insanları hizmet etmek için var olduğunu vurgulamaktadır.

Pelzang (2010: 912), hasta merkezliliği, hastanın ihtiyaç ve tercihlerine cevap verme, hastanın bilinçli isteklerine dayanarak aktiflik, etkileşim, bilgi verme ve ortak karar verme üzerine kurulu doktor-hasta iletişim tarzı olarak tanımlamaktadır.

Vonderembse ve Dobrzykowski (2016: 30), hasta merkezliliği, hastaları sağlık, esenlik ve bakım tüketimine aktif katılımcılar olarak dâhil ederken, bakım sağlayıcılarını süreci aktif bir şekilde koordine etmeyi içeren bir kavram olarak işaret etmektedir. Hasta

merkezli yaklaşımı etkin ve verimli sağlık hizmetinin merkezine oturtan Vonderembse ve Dobrzykowski (2016: 64), hasta merkezli bakımı hastaların çıkarlarının en önemli şey olduğu ve nihai karar vericilerin hastalar olduğu ilkelerine dayandırmaktadır.

Saygılı, Kar ve Uğurluoğlu (2020: 447), hasta merkezli bakımı, bireye sağlık hizmeti sunumunda bireyin sağlık refahını etkileyen inanç ve tercihlerinin göz önünde bulundurulması ve hizmet sunumu ilkesi ile hastanın değerleri arasında ilişki kurulması olarak ifade etmişlerdir.

Hasta merkezli bakım, herhangi bir sağlık ortamında her yaşta hasta için geçerli olarak sunulabilen ve sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesinde sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalar ve aileler arasında karşılıklı fayda sağlayan ortaklıklara dayanan yenilikçi bir yaklaşımdır. Hasta merkezli bakım yüksek kaliteli sağlık hizmetinin bir boyutu olarak kabul edilmektedir ve farklı birçok boyutu kapsamına rağmen küresel olarak kabul edilmiş bir tanımı mevcut değildir (Luxford, Piper, Dunbar ve Poole, 2010: 13). Hasta merkezlilik, önemi dünya çapında farklı yazarlar ve kurumlar tarafından vurgulanan bir kavram olmasına rağmen henüz üzerinde evrensel bir tanımlama yapılamamış olmasından ötürü literatürde araştırmacılar arasında kişi merkezlilik, aile merkezlilik gibi kavramların hasta merkezlilik kavramının ikâmesi olarak kullanıldığı veya bu kavramların birbirinden farklı olduğuna dâir tartışmaların varlığı tanımlama karmaşasını destekler niteliktedir (Langberg, Dyhr ve Davidsen, 2019: 1229).

Kişi merkezli bakım (KMB), ilişki merkezli bakım ve kişiselleştirilmiş bakım gibi diğer terimlerle de eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan bir terimdir. Bu bakım yaklaşımı, özellikle yaşlıların bakımıyla ilgili literatürde sık kullanılır ve bakıcılar ile hasta arasında işbirliği içinde ilişkiler geliştirilmesine odaklanmaktadır. Kişi merkezli bakım, kişilerin taleplerini, tercihlerini ve ilkelerini dikkate alan bir bakım yaklaşımıdır ve hastaları tedavi planlarına dâhil ederek onların güçlendirilmesine katkıda bulunur. Hasta merkezli bakımın ötesine geçerek kişiyi tıbbi tedavinin aktif bir parçası olarak görmesiyle farklılaşmaktadır. KMB, hastaların kapasitelerini ve yapabilirliklerini dikkate alırken hastalar ile sağlık hizmeti sunucularının birlikte çalışmasını teşvik etmektedir. Bu yaklaşımda, hastaların deneyimleri, koşulları ve bireysel beklentileri önemlidir. KMB'nin temel özellikleri arasında hasta-hizmet sağlayıcı uyumu, iyileştirilmiş sağlık sonuçları, hastanın anlatısının belgelenmesi ve deneyim paylaşımı yer almaktadır. Ayrıca, biyomedikal bakım modelinden daha çok kişinin tıbbi

tedavilerle ilgili karar alma süreçlerinde merkezi rol oynadığı biyopsikososyal modele doğru bir paradigma değişimini belirler. Bu yaklaşımın temelinde etik prensipler ve doğru ilişkiler kurma ilkesi yer almaktadır (Luxford, Piper, Dunbar ve Poole, 2011: 8; Tomaselli, Buttigieg, Rosano, Cassar ve Grima, 2020: 2). Kişi merkezli bakım, hastaların yalnızca hastalıklarına değil aynı zamanda öznelliklerine, güçlü yönlerine ve haklarına da odaklanmayı önerir. Hasta merkezli bakım, hastanın aktif bir karar verici olduğu ve kendi bakımının bir parçası olduğu bir modeldir. Böylece HMB modeli, daha iyi uyum ve sağlık sonuçları ile hasta memnuniyeti gibi avantajlara sahip olduğu için KMB'ye tercih edilmektedir (Ekman vd., 2011: 249)

Aile merkezli bakım ise ABD'de 1980'lerde, hastaneden ayrılamayan çocukları olan ailelerin ihtiyaçlarına yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım, ailelerin sağlık çalışanlarıyla daha fazla işbirliği yapmasını ve çocuklarının ev ve toplum ortamlarında bakılmalarını sağlayacak değişiklikler için savunuculuk yapmalarını içermektedir. Bu yaklaşım, çocuk hastanelerinde ebeveynlerin görüşlerini alarak çocukların bakımını iyileştirmeyi hedeflemektedir (Luxford vd., 2010: 15).

Hasta merkezli bakım, kişisel, profesyonel ve organizasyonel ilişkilerin bir kalitesidir. Bu nedenle, hasta merkezli bakımı teşvik ederken hastaları (ailelerini), klinisyenleri ve sağlık sistemlerinin hasta merkezliliğini dikkate almak gerekmektedir. Hastaların HMB noktasında aktif olmaları için hekimlerin hastalar ile kuracakları diyaloglarda dikkatli, bilgili, empatik, dayanışma ve işbirliği içinde olmaları ve gerekli sistem değişiklikleri ile de hekimlerin hasta merkezli bakım noktasında desteklenmeleri gerekmektedir. Sistem değişiklikleri ise, elektronik sağlık kayıtları, gelişmiş erişim planlaması, alet edavat değişiklikleri benimseyen modeller olarak görmek hasta merkezli bakım için gerekli adımlar iken hasta merkezli bakımın kendisi olarak görülmemelidir (Epstein ve Street, 2011: 101).

Buna göre, sağlık, biyolojik ve sağlık sorunlarına yönelik yaklaşım, hastaların konforsuzluğuna yol açmış ve hasta merkezli bakım anlayışını doğurmuştur denilebilmektedir. HMB kavramı hakkında literatürde net bir tanım bulunmamaktadır ve 1900'lerin başlarında kişilerin bireyselleştirilmesiyle gelişmiş, onların hastalıkları ve tercihleri çerçevesinde ortak çözümler, sağlık hizmetleri sağlayıcıları arasında güçlü bir işbirliğinin sürdürülmesini ve psikolojik destek ve sosyal bakımın iyileştirilmesini savunmaktadır. Kısaca bu model, bireysel değerlerin ön planda tutulduğu, empatik ve

duyarlı bir yaklaşım içermektedir.

## 2.2. Hasta Merkezli Bakım Modelleri

Günümüzde başta ABD’de hasta merkezli bakıma yönelik yaklaşımların temelini oluşturan en etkili üç model:

- (1) Picker/Commonwealth Enstitüsü Modeli,
- (2) Aile Merkezli Bakım Enstitüsü’nün işbirliğine dayalı ortaklıklara odaklanmasıyla Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli (Institute for Family Centered Care),
- (3) Planetree Çınarağacı Modelidir.

Picker Enstitüsü tarafından 1993 yılında Harvard Tıp Fakültesi ile birlikte yürütülen araştırma ile hasta merkezli bakımın sekiz boyutu belirlenmiş ve bu boyutlar ilk olarak “Through the Patient’s Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care” adlı kitapta belgelenmiştir. Bu boyutlar arasında hastaların tercih ve değerlerine saygı gösterme, duygusal destek, fiziksel konfor, bilgi iletişimi ve eğitim, süreklilik ve geçiş, bakım koordinasyonu, aile ve arkadaşların katılımı ve bakıma erişim bulunmaktadır. Bu çerçevede, hastaların bakış açısını ilk kez net bir şekilde tanımlamış ve hastaların sağlık hizmetleri deneyimini ölçen NRC Picker anketlerinin temelini oluşturmuştur (Luxford vd., 2010: 13).

Picker (Commonwealth) boyutları, hastanın bakım deneyimini ölçmek amacıyla Picker Enstitüsü tarafından geliştirilen bir dizi anket aracıyla ilgili bir programdır. Bu program, hastalar ve aileleriyle odak grupları ve ulusal telefon görüşmeleri yaparak hastaların ve ailelerinin bakım deneyimlerini değerlendirmiştir. Bu programda Picker, hastaların yaşam kalitesi, karar verme sürecine katılım, saygınlık, hastanın özerkliği ve ihtiyaçlarına saygı gibi konularının yanında hastaların klinik durumları hakkında bilgilendirilmesi, ağrı yönetimi, temiz ve rahat bir ortam gibi fiziksel konforun sağlanması yanı sıra; duygusal destek, aile katılımı ve bakıma erişim gibi psikososyal faktörleri değerlendirmeye çalışmaktadır (Shaller, 2007: 2-3).

Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (IPFCC), 1992’de kurulmuştur ve hastalar ve ailelerine destek ve bakım sağlayan sistemlere, sağlık, eğitim, ruh sağlığı ve sosyal hizmetler de dâhil olmak üzere hasta ve aile merkezli bakım ilkelerinin uygulanmasını hedefleyen bir enstitüdür. Enstitüye göre, hasta ve aile merkezli bakım, hastalar, aileleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında işbirliği ve karşılıklı fayda sağlayan bir yaklaşımdır. Aile merkezli bakımın temel kavramları arasında haysiyet ve saygı, bilgi paylaşımı, katılım

ve işbirliği yer almaktadır. Sağlık hizmeti uygulayıcıları hasta ve aile perspektiflerine önem verir, bilgi paylaşımını sağlar ve hastaların ve ailelerin karar verme süreçlerine katılımını teşvik eder. Ayrıca, sağlık hizmetleri liderleri de politika ve program geliştirme, uygulama ve değerlendirmede hastalar ve ailelerle işbirliği yapar (Shaller, 2007: 3).

1978 yılında kurulan Planetree'nin misyonu ise, hasta merkezli, değer temelli ve bütüncül olan yeni sağlık hizmetleri modellerini geliştirmek ve uygulamaya odaklanmaktadır. Modelin dokuz unsuru bulunmaktadır. Bunlar arasında, insan etkileşiminin önemini kabul etmek, hastaları bilgilendirmek ve güçlendirmek için sağlık kütüphaneleri ve hasta eğitimi kullanmak, aile ve arkadaşları bakım sürecine dâhil etmek, beslenme ve gıda konusunda dikkatli olmak, maneviyatı ve içsel şifa kaynaklarını kullanmak, masaj ve insan dokunuşunu dâhil etmek, sanatı iyileşme sürecine dâhil etmek, tamamlayıcı ve alternatif uygulamaları geleneksel bakıma entegre etmek ve iyileştirici ortamlar yaratmak yer almaktadır (Shaller, 2007: 4).

Planetree, fiziksel alan ve iyileşme süreci arasındaki bağlantıyı kabul eden bir yaklaşım benimsemiştir. Bu yaklaşım, hastaların aile ve arkadaşlarına hoş geldiniz demeyi, insanlara teknolojiden daha fazla değer vermeyi, hastaların kendi bakımlarına katılımını teşvik etmeyi, bakıcıları hastalara karşı duyarlı olmaya teşvik etmeyi ve doğa ve güzellikle bağlantıyı teşvik etmeyi hedeflemektedir. Bu tasarım ilkeleri, sağlık hizmetleri ortamlarında uygulandığında, hasta deneyimini iyileştiren ve sağlık sonuçlarını pozitif etkileyen sonuçlar göstermektedir (Shaller, 2007: 12).

### **2.2.1. Hasta merkezli bakım boyutlarının oluşumu**

Hasta merkezli bakım, hastayı sistemin merkezi olarak kabul etmekte ve hastayı psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçları kapsayan bütüncül bir yaklaşım içerisinde ele almaktadır (Pelzang, 2010: 913). Hasta merkezli yaklaşımın temel dayanağını, bütüncül olarak insanı sadece hastalığı olan bir birey olarak değil, bütün bir "birey" olarak değerlendirme ve gözleme gerekliliği vurgusundan almaktadır. Bütüncül yaklaşım, bilgi, iletişim, empati ve zaman gibi önemli becerilerin kullanılmasını gerektirir. Böylece, hastanın bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı bir şekilde, hastaya alternatifler, faydalar ve riskler hakkında kapsamlı bilgi verilerek ve yönlendirme yapılarak hastanın ihtiyaçları bütüncül bir anlayış ile karşılanmaktadır (Demirsoy, 2017: 120-121).

Hasta merkezli bakım, birçok farklı alt konuyu içeren bir kavramdır. Bu alt konular

arasında doktor-hasta iletişimi, hasta merkezli sağlık bilgi teknolojisi, sağlık tesislerinde yapılan çevre düzenlemeleri ve hasta merkezliliğin ölçülmesine yönelik stratejiler bulunmaktadır. Hasta merkezli bakımı daha somut ve işlevsel hale getirmek için kişiler arası, klinik ve yapısal olmak üzere üç boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar her sağlık hizmeti ortamında kullanılabilir ve uygulanabilir nitelikler içermektedir. Ayrıca, hasta merkezli bakımın temel ilke olarak tutarlılık ve güvene dayandığı belirtilmektedir. Hasta, sağlık sisteminin tutarlı bir şekilde hasta merkezli bir deneyim sunacağına ve klinisyenlerin ihtiyaçlarına uygun olarak kendisini dinleyeceğine inanmalıdır. Aynı zamanda, hastalar ve klinisyenler, sağlık hizmetleri ortamlarında güvenli bir geçiş ve kaliteli bakım konusunda da güvenilebilir olmalıdır (Greene, Tuzzio ve Cherkin, 2012: 50-51).

ABD Tıp Enstitüsü'nün 2001 yılında "Kalite Uçurumunu Aşmak (Crossing the Quality Chasm)" adlı raporu, kaliteli sağlık hizmetinin güvenli, etkili, zamanında, verimli, eşitlikçi ve hasta merkezli olması gerektiğini belirtmektedir. Raporda, bakımın sürekli, iyileştirici ilişkilere dayanması, özelleştirilmesi, hastanın kontrol kaynağı olması ve bilgi paylaşımı gibi kurallara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Rapor, hasta merkezli bakımın dört düzeyini belirlemektedir. İlk olarak, deneyim düzeyi; bireysel hastanın bakım deneyimini ifade eder ve saygılı iletişim, bilgi paylaşımı ve hasta ve aile katılımını desteklemeyi içerir. İkinci seviye klinik mikro-sistem düzeyi; bir hizmetin ya da programın tasarımına hastaların ve ailelerin katılımını sağlamaktadır. Üçüncüsü organizasyonel düzey; kurumun bütününe ifade eder ve farklı hizmetlerin, departmanların ve programların hastaların ve ailelerin katılımını desteklemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Son olarak da çevre düzeyi; sağlık sisteminin düzenleyici düzeyini temsil eder ve hasta ve ailelerin politika ve program geliştirme süreçlerinde yer almalarını teşvik etmektedir (Luxford vd., 2010: 17).

Epstein ve Street (2007), hasta merkezli bakımın, hasta sağlığı sonuçlarını etkilemesi muhtemel yollarını değerlendirmiş ve HMB'nin kritik boyutlarını 6 başlıkta kavramsal çerçeveye oturtmuştur. Buna göre, kabul edilen HMB boyutları şunlardır;

1. İyileştirici ilişkileri teşvik etme: Hastaların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için güvenebilecekleri klinisyenleri araması nedeniyle "işlem odaklı bakım" modelinden "ilişki odaklı" modele geçen sağlık sistemleri ile hasta güveni ve bağlılığı üst düzeye çıkarılarak verilen bakımın değerinin artırılması,

2. Bilgi alışverişi: Hastaların karmaşık tıbbi bakımları anlamlandırması ve karar verme konusunda kendilerini rahat hissedebilmeleri için sağlık sistemleri, tıbbi bilgiler gibi konular

üzerinde klinisyenler tarafından desteklenmesi,

3. Karar vermeyi kolaylaştırmak: Bilgiye dayalı karar vermeyi kolaylaştırmak için klinisyenlerin hastaların kendi değer ve tercihleri doğrultusunda tıbbi seçenekleri seçme süreçlerini desteklemeleri,

4. Duygulara tepki verme: Hastaların yaşamlarını tehdit eden veya yüksek riskli kronik rahatsızlıklar nedeniyle hastalarda ortaya çıkabilecek sıkıntıları önlemek için klinisyenlerin hastalar ile empati kurarak duygularını meşrulaştırması ve duygusal esenliğe erişmeleri konusunda yardımcı olmaları,

5. Kendi kendine yönetimin etkinleştirilmesi: Hasta bakımının büyük çoğunluğunun sağlık hizmet ortamlarının dışında sağlandığı kabul edildiğinde sağlık sistemlerinin hastane ziyaretleri arasında sağlıkların korunmasına yönelik bakım koordinasyonu desteği, yan etkileri yönetme ve sağlıklı yaşam tarzlarını sağlamak gibi destekleri etkinleştirilmesi,

6. Belirsizliği yönetme: Klinisyenlerin, hastaların kişisel, pratik veya bilimsel olarak sağlıklarını etkileyebilecek belirsizlikleri yönetmeleri gerekmektedir (Arora, Hesse ve Clauser, 2015: 240).

Pelzang (2010: 913), hasta merkezli bakımı iki yaklaşımda değerlendirmektedir: Sistem modeli ve süreç modeli. Sistem modeli, hasta merkezli ortamı sağlayan yapıların hastayı merkeze alarak hiyerarşi oluşturmasına ve personel ve hizmetlerin bireyselleştirilerek hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasına önem veren bir modeldir. Süreç modeli ise, 7 boyuttan oluşan bir yaklaşımdır. Buna göre, ilgili 7 boyut ve 21 ifade şöyle sıralanabilmektedir:

1) Hastanın değerlerine, tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlarına saygı:

- Hastayı bir kişi olarak kabul etmek
- Hastaları bakım karar verme sürecine dâhil etmek
- Hastaların ihtiyaçlarını dinlemek ve dikkate almak
- Hasta bilgilerini korumak için gizliliğe önem vermek

2) Bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu:

- Multidisipliner yaklaşımla çalışmak
- Klinik bakımı koordine etmek ve entegre etmek, yan ve destek hizmetleri ve “ön saf”

hasta bakımı

- Organizasyon düzeyinde planlama, karar verme ve kalite iyileştirme süreçlerine

hasta ve aileyi dâhil etmek

3) Bilgi, iletişim ve eğitim:

- Tedavi, bakım ve müdahaleler hakkında doğru ve anlaşılır bilgi sağlamak
- Hastayı ve ailesini aktif olarak dinlemek
- Gerekliğinde terapötik dokunma ve konuşma sağlamak

4) Fiziksel rahatlık:

- Rahat ve destekleyici hastane ortamını teşvik etmek
- Semptomların, zamanında, kişiye özel ve uzman yönetimini sağlamak
- Normal vücut fonksiyonlarını destekleyen ve sürdüren temel sağlık bakımı sağlamak

5) Korku ve kaygının duygusal olarak desteklenmesi ve hafifletilmesi:

- Hastayı dağınımayan bir dikkatle dinlemek
- Hastalıkla ilgili açık, zamanında ve anlamlı bilgiler sağlamak
- Empatiyle yaklaşmak

6) Aile ve arkadaşların katılımı:

- Hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi vermek
- Hasta bakımında aile ve arkadaşların desteğine saygı duymak ve bunu kabul etmek
- Destekleyici bir ortam sağlamak

7) Bakımın geçişi ve sürekliliği:

- Taburculuk planlamasına hasta ve aileyi dâhil etmek
- İzlenmesi gereken tehlike işaretleri, sorular olması durumunda kiminle iletişime geçileceği, acil durumlarda ne yapılması gerektiği, tedavilerin nasıl ele alınacağı, pansuman değişiklikleri ve ilaçlar hakkında net bilgi ve eğitim sağlanması
- Açık taburculuk talimatları ile hastayı uygun sağlık merkezine sevk etmek (Pelzang, 2010: 914).

Kitson, Marshall, Bassett ve Zeitz (2013), hasta merkezli bakıma yönelik yapmış oldukları literatür araştırması sonucunda HMB'yi 3 ana boyutu 11 ifade ile ölçmüştür. Buna göre, oluşan boyutlar:

- 1) Hasta katılımı ve karar verme
- Saygı duyulan ve özerk bir birey

- Hastanın ihtiyaçlarına dayalı bakım planı
- Hastanın fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına hitap eden bakım planı
- 2) Hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişki (meslek grubundan bağımsız olarak)
  - Gerçek klinisyen-hasta ilişkisi
  - Hasta ve profesyonel arasında bilgi, kişisel uzmanlık ve klinik uzmanlığın açık iletişimi

- Sağlık profesyonellerinin uygun beceri ve bilgiye sahip olması
- Uyumlu ve işbirlikçi profesyonellerden oluşan bir ekip
- 3) Bakım hizmetinin verildiği bağlam
  - Sistem sorunları olarak gösterilmektedir.

Stewart vd. (2014), hasta merkezli bakım yöntemini dört etkileşimli boyut üzerinden ele almışlardır.

- 1) Sağlık, Hastalık ve Hastalık Deneyimini Keşfetmek:
  - Benzersiz sağlık algıları ve deneyimleri (anlam ve beklentiler)
  - Geçmiş, fizik, laboratuvar
  - Hastalık deneyiminin boyutları (duygular, fikirler, işlev ve beklentiler üzerindeki etkiler)

#### 2) Bütün Kişileri Anlamak:

- Kişi (yaşam öyküsü, kişisel ve gelişimsel konular vb.)
- Yakın bağlam (aile, istihdam, sosyal destek vb.)
- Uzak bağlam (kültür, topluluk, ekosistem vb.).

#### 3) Ortak Zemin Bulma:

- Sorunlar ve öncelikler,
- Tedavi ve/veya yönetim hedefleri,
- Hasta ve doktor rolleri.

#### 4) Hasta-Klinisyen İlişkisinin Geliştirilmesi:

- Şefkat ve empati,
- Güç,
- Şifâ ve umut,
- Öz farkındalık ve pratik bilgelik,
- Aktarım ve karşı aktarım.

Sağlık hizmetlerinin karşı karşıya kaldığı maliyeti düşürme, kaliteyi artırma,

gecikmeleri sınırlama, erişimi iyileştirme ve hasta memnuniyetini artırma ihtiyaçları nedeniyle hasta merkezli yaklaşımı arz ve talep unsurları bağlamında değerlendiren Vonderembse ve Dobrzykowski (2016: 35) hasta merkezliliği iki önemli tema üzerine boyutlandırmıştır. Buna göre bu temalar şöyle özetlenmektedir.

1. Hastaların sağlıklarına katılım düzeyleri ve sağlık hizmet tüketici rolleriyle ilgili talep yönlü boyut: Sağlık sisteminin yaşadığı sorunlara sağlık hizmetlerinin müşterilerine/hastalarına “müşterinin sesini dinlemek” olarak nitelenebilecek şekilde yakın olması gerektiği ve bunun HMB ile sağlanacağı vurgusudur.

2. Hasta bakımını sağlamak amacıyla koordine edilmiş sağlayıcılar ile ilgili arz yönlü boyut: Sağlık hizmet sunucularının değer yaratma süreci olarak kabul edilebilecek bakım süreci sonunda mümkün olan en iyi sonuçları alması için kaynakların nasıl yönetildiği ve kullanıldığına dair incelemelerin yapılması vurgusudur. Vonderembse ve Dobrzykowski (2016: 41), hastaların hizmetlere olan talebi ile sağlık hizmet sunucularının hizmetleri sağlama yeteneği arasında denge kuran yaklaşımı etkin bir hasta merkezli kaynak yönetimi yaklaşımı olarak kabul etmektedir.

Saygılı vd., (2020), hasta merkezli bakımı yansıtan üç bileşen olduğunu kabul etmişlerdir: Holistik (bütüncül) bakım, duyarlı bakım ve işbirlikçi bakım. Holistik bakımda bireyin biyo-fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal, sosyal ve ruhsal olarak tüm sağlık alanlarında hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki esas alınmaktadır. Temel amaç, bireyin sağlık hizmeti alımı sırasında veya zaman içerisinde ortaya çıkan ihtiyaçlarına cevap verebilmektir. Duyarlı bakım, yapılan müdahale ile bireyin değer ve tercihleri arasında uyum gerçekleştirmek için sunulan bakım hizmetinin bireye yönelik özelleştirilmesidir. İşbirlikçi bakım, bireyin maruz kaldığı sorun ve endişeleri gidermek ve yönetmek için sağlık profesyonelleri ile bireyin ortak bir anlayış çerçevesinde tedavi seçeneklerini araştırmak, karşılaştırmak ve uygulamaktır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, tarihsel süreçte sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yaklaşımların giderek önem kazandığı, hasta merkezli bakımın farklı düzeylerde güvenilirlik ve geçerliğe sahip araçlar ile değerlendirildiği, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını gözetilen bütüncül bir sağlık yaklaşımı ile hasta katılımını teşvik eden modellerin geliştirildiği görülmektedir. Buna göre hasta merkezli bakımın, hasta bakış açısını anlama ve onaylama, hastayı psiko-sosyal bir varlık olarak değerlendirme, hastanın sağlık sorunları ve tedavisiyle ilgili ortak karar alınması, karar alma süreçlerinde hastanın rolü ve sorumluluğu, duygusal

destek gibi temel unsurlar etrafında şekillendiği ve böylece bakım sürecini daha etkili, sürdürülebilir ve bireye özgü hale getirmeyi sağlayarak kaliteli bakım anlayışının güçlendirildiği söylenebilmektedir (Saygılı, Kar ve Uğurluoğlu, 2020: 447).

### **2.2.2. Hasta merkezli bakım boyutları**

Hasta merkezli bakımın amacı daha fazla ve daha iyi bakım ve tedavi sağlamak değil, hastaların daha az ancak daha iyi bir tedaviye ihtiyaç duyduğu koşulları sağlayarak sağlık bakım maliyetlerini düşürmek, yaşam süresi uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak ve kaynakların gereksiz kullanımını önleyerek başkalarını tedavi etmek için kaynakları serbest bırakmaktır (Vonderembse ve Dobrzykowski, 2016: 64).

Hasta merkezli bakım, hastanın psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayan bir kavramdır. Hastanın bakım konusundaki öncelikleri ve endişelerini sağlık profesyonelleri dâhil bütün bakım ekibi işbirliği yürüterek hastanın kendi bakımları hakkında karar vermesi noktasında motive edilmesi, kaynaklar ve destek sistemleri arasında koordinasyon ihtiyacı, paydaşlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanması hasta merkezli bakım için vurgulanan özellikler olarak belirtilmektedir (Ito, 2020: 115-116). Hastayı güçlendirmek amacıyla daha fazla bilgilendirmek, güven, destek, rahatlık, kabul, meşruiyet ve mahremiyetin sağlanması hasta merkezli bakımın temel işlevleridir (Pelzang, 2010: 912).

Hasta merkezli bakım boyutları çalışmanın anketinde kullanılan ölçek özelinde açıklanmıştır. Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019), yaptıkları araştırmada hasta merkezli bakımı 4 boyut altında ele almıştır. Buna göre, bu boyutlar şöyledir;

- Bakım süreçlerinde hasta katılımı ve karar verme,
- Hasta değer ve tercihlerine saygı duyma,
- Hasta konforunu sağlamak,
- Hasta haklarını savunmak.

#### **2.2.2.1. Bakım süreçlerinde hasta katılımı ve karar verme**

Hasta katılımı hasta merkezliliğin önemli bir boyutu olarak görülmektedir. Sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilen hasta katılımı, hastaların sağlık kararları üzerinde etkili olmalarını sağlamak ve sağlık hizmetlerine aktif olarak katılmalarını teşvik etmek anlamına gelmektedir. Hasta katılımının en üst noktasında, hastalar sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla beraber karar verme sorumluluğu paylaşılır ve aktif ortaklar olarak yer almaktadırlar. Bu noktada bilgi çift yönlü olarak akmakta ve hastaların katkıları

değerlendirilmektedir (Carman vd., 2013: 223-224). Hasta katılımı, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımında savunulmuş ve bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmasının yanında tedavi bağlılıkları ile de ilişkilendirilmiştir (Selvin, Almqvist, Kjellin ve Schröder, 2016: 5). Hasta katılımı sadece karar verme sürecinde değil, tedavi etkisini değerlendirmek için de önemlidir. Aktif hasta katılımı, hasta güvenliğini artırmakta ve aşırı medikalizasyonu önlemektedir (Bae, 2017: 2). Yapılan bir çalışmada, hasta katılımının arttığı hasta merkezli yaklaşım, hastanın anksiyetesini azaltmakta ve ileri tetkik ve sevk konusundaki ihtiyaçları azaltmaktadır (Şahin ve İğde, 2014: 41). Ancak hasta katılımının sağlık sonuçları üzerindeki etkisine dair daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Elwyn, Frosch ve Kobrin, 2016: 3).

Hasta merkezli bakımda, tedavi kararlarına yönelik paylaşımın tamamen hasta gücünde (bilinçli karar verme) ya da hasta katılımının hiç olmadığı (paternalist) modelden ziyade ortak karar verme sürecine odaklanılmaktadır (Truglio-Londrigan, Slyer, Singleton ve Worrall, 2014: 4635). Ortak karar verme süreci, hastaların bilgilendirilmiş tercihlerine ulaşmalarını desteklemek ve bu tercihleri karar sürecine dâhil etmek için kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Elwyn, Frosch ve Kobrin, 2016: 2). Ortak karar verme sürecinde, sağlık hizmeti sağlayıcı ve hasta sorumluluğu paylaşır. Hastanın süreç hakkında bilgileri, fiziksel özellikleri ve tercihleri hizmet sağlayıcı tarafından değerlendirilerek sürecin nasıl yönetileceği ve kontrol edileceği etkinlik ve verimlilik esaslı yürütülmektedir (Truglio-Londrigan, Slyer, Singleton ve Worrall, 2014: 4636). Sağlık hizmetlerinde ortak karar verme, hastalar ve sağlık profesyonellerinin eşit katılımı ile birlikte üretimi ifade eder. Hasta merkezli bakımın temel prensipleri doğrultusunda hasta bilgilendirilmeli ve karar alma sürecine dâhil edilmelidir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri hastanın özel ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun olarak bilgi düzeylerini ayarlamalıdır (Bachnick, Ausserhofer, Baernholdt ve Simon, 2018: 55).

Ortak karar verme, sağlık hizmeti seçiminin hizmet sağlayıcı ve hasta arasında ortaklaşa yapıldığı süreçtir. Ortak karar alma modelinin olumlu hasta sonuçlarıyla ilişkisi devam ettikçe paylaşılan karar alma sürecinin de klinik açıdan önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, alternatif tedavilerin açıklanması, bilgilendirilmiş onamın bir hasta hakkı olarak kabul edilmesi gibi etik ve yasal faktörlerin varlığı ortak karar alma sürecine yönelik ilginin artmasına yol açmaktadır (Charles, Gafni ve Whelan, 1997: 681). Politika yapıcılar, yarar sağlamayan tedavi seçeneklerini azaltmak, gereksiz uygulama

değişikliklerini azaltmak, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini teşvik etmek, hastaları sağlıkları ile ilgili kararlara dâhil etmek amacıyla ortak karar verme sürecini desteklemektedir (Légaré vd., 2014: 2).

Sağlık çalışanları için ortak karar verme her ne kadar memnuniyetle karşılanan bir model olsa da uygulama noktasında sınırlamalar ve zorluklar da vardır. Bu engel ve zorlukları aşmak için sağlık çalışanlarının eğitimi ve yetiştirilmesi, iletişim becerileri ve bilgi alışverişi konusunda uzmanlığın sağlanması, meslekler arası işbirliğinin sağlanması önem arz eden hususlardır. Aynı zamanda hasta perspektifinden hastanın kontrolü sürdürme isteği, bilgiye erişim eksikliği ve karar sürecinde katılmak istememe durumları gibi engel ve zorlukların aşılması noktasında klinik uygulama kılavuzları ve hasta karar yardımcılarının geliştirilmesi önemlidir. Hasta bakım sistemleri kapsamında süreç engellerini yine karşılıklı anlayış kapsamında değerlendirerek aşılması gerekmektedir (Bae, 2017: 2). Hasta-hekim ilişkisinde tedavi kararlarına katılım noktasında hasta bazen sürece dâhil olmak istememekte ve sadece bilgi talep etmektedir. Bu durumda hastanın neden sadece bilgi talep ettiği ve tedavi kararına katılmak istemediği araştırılarak kişilik özellikleri veya mevcut duruma özgü faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Hekimlerin hastaların en azından tedavi seçimi konusunda onay alması gerekliliği karara aktif katılım gösteremeyen hastanın karar yardımı sayesinde hastaya bilgilendirme sağlayarak süreci yapıcı bir boyuta taşımaları önem arz etmektedir (Charles, Gafni ve Whelan, 1997: 686).

Hasta ve ailelerinin sağlık hizmeti programlarına ve uygulamalarına dâhil edilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini, hasta güvenliği ve kurum kültürünün iyileştirilmesinde yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir (DeCamp vd., 2019: 2). Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Başkanı Bev Johnson'a göre, hastalar ve aileler farklı seviyelerde bakıma dâhil edilmelidir. İlk seviye, hastaların ve ailelerin bakım sürecine katkıda bulunabilecekleri ve tedavi stratejilerine yanıt verebilecekleri noktaları içerir. İkinci seviye, hastaların ve aile danışmanlarının kalite iyileştirme ekiplerine tam üye olarak katılmalarını içerir. Üçüncü seviye, hasta ve ailelerin kurum liderliğiyle işbirliği yaparak görüşlerini ve seslerini aktarabilecekleri platformları içerir. Hastalar ve aileler, önemli konular hakkında komitelere katılarak katılımında bulunabilirler. Dördüncü seviye, hasta ve ailelerin bakış açılarının politika ve eğitim süreçlerinde etkili olabileceği düzeydir. Bu düzeyde, hasta ve ailelerin katılımı, bakımın finansmanını ve sunumunu etkileyen politikaların geliştirilmesinde önemlidir (Shaller, 2007: 10-11).

### 2.2.2.2. Hasta değer ve tercihlerine saygı duyma

Hastaların inançlarının ve dini uygulamalarının hastalık sürecindeki deneyimlerini etkilediği düşünüldüğünde sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastaların manevi ihtiyaçlarını dikkate alması ve desteklemesi önemlidir. Bütüncül bakım felsefesinde maneviyat temel bir unsurdur ve sağlıkla ilgili faktörler, tutum ve davranışlar üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Manevi bakım, bireyin fiziksel ve ruhsal zorluklarla baş etmesine yardımcı olan inançları ve kendini gerçekleştirme yaklaşımlarını tedavi sürecine dâhil etmeyi içerir. Din ve maneviyatın hastalıkla baş etme stratejileri ve önemli kararları etkilediği özellikle kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinde maneviyatın önemi vurgulanmaktadır (Demirsoy, 2017: 122-129).

Hasta merkezli bakımın kolaylaştırıcı faktörleri; hekimlerin tutumları ve uygulamaları, hasta-sağlayıcı ilişkilerinde kültürel bağlam ve dini normlara dayalı etkileşimler, aile katılımı, toplumsal cinsiyet olarak ifade edildiğinde özellikle Ortadoğu ülkelerinde sağlıkla ilgili kararlarda aile üyelerinin etkin olması ve tedavi sürecinde kişiye maddi ve manevi destek sağlaması, ayrıca kadınların kadın sağlık hizmeti sağlayıcısı tercih etmesi ve karar verme sürecinde erkek aile üyelerinin dâhil edilmesi yaygınlığı nedeniyle HMB'nin bağlamsal tanımında aile faktörünün rolü önem arz etmektedir (Alkhaibari, Smith-Merry, Forsyth ve Raymundo, 2023: 14-15).

### 2.2.2.3. Hasta konforunu sağlamak

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik yürütülen çalışmalar, hastaların kendi bakımlarına dâhil edildiklerinde tedarikçi seçimi, doğru tanıya ulaşılması, ilaç güvenliği, enfeksiyon kontrolü, tıbbi kayıtların doğruluğu gibi konularda bilinçli seçimler yapılması, sağlık sonuçlarının olumlu yönde etkilenmesi, tedavi uyumunun artırılmasına dair stratejilerin geliştirilmesi, iyi bilgilendirilme, karar verme yardımcıları kullanımı ve cerrahi müdahalelerde risk azalması ve daha iyi iyileşmeye dair olumlu çıktılara katkı sağlandığı ortaya konulmuştur (Coulter ve Ellins, 2007: 26; Doyle, Lennox ve Bell, 2013).

Hasta merkezli bakım için hastaların sesini duyurmak, hasta bakış açılarını dikkate almak ve hastalar ve aileleri için en önemli olanı bulmak önemlidir. Bu amaçla, hastaların geri bildirimlerini almak için açık toplantılar, anketler ve HMB komitelerine davet etme gibi mekanizmalara başvurulmaktadır (Bokhour vd., 2018: 6). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirme için “ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz” prensibi geçerlidir. Bu nedenle, bir kuruluşun performansını izleyebilmesi için güçlü müşteri dinleme kapasitesi önemlidir. Bu

dinleme kapasitesi, hasta deneyimi anketlerini, şikâyetleri ve hastaların kuruluştan ayrılma oranlarını içeren çoklu performans ölçümlerinden oluşan bir “dengeli puan kartı” olabilir. Ayrıca, personelin hasta rolünü ve bir hizmeti veya prosedürü nasıl deneyimlediğini gözlemlediği “walk-through”lar gibi diğer dinleme noktaları da bulunmalıdır. Hasta ve aile danışma konseylerinin uygulanması da sistemli geri bildirim toplanmasının bir yoludur. Bu ölçüm ve geri bildirimlerin değeri, hasta deneyimini iyileştirmek için müdahaleler veya süreçler tasarlama ve uygulama potansiyelinde yatmaktadır. Bu müdahalelerin etkisini ölçmek ve gerektiğinde değiştirmek, sürecin başarısını sağlamak için önemlidir. Bu süreç genellikle kalite iyileştirme döngüsü olarak adlandırılan “planla, yap, çalış, harekete geç” prensibiyle uygulanır. Bu döngünün başarısı, gerçek zamanlı geri bildirimle izlenebilecek ve yayılabilen belirli eylemleri veya süreçleri içermektedir (Shaller, 2007: 11-12). Bu döngü, hasta memnuniyeti olgusunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti önemli bir sonuç ölçütü olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Turhal vd., 2002: 2). Hasta memnuniyeti, bir hizmetin kullanıldıktan sonra yaşanan mutluluk düzeyidir ve beklenen bakım ile alınan bakımın karşılaştırılmasıdır (Amro vd., 2018: 50). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olarak kullanılan hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iyileştirilmesi gereken alanları belirlemelerinde ve politika yapıcıların hasta ihtiyaçlarını anlamalarını ve daha kaliteli hizmetlerin sunulabilmesi için stratejik planlama yapmalarını sağlamaktadır. Ayrıca, hastaların tedaviye uyum açısından daha olumlu davranışlar sergilemeleri ve daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesinde de etkili bir performans kriteridir (Batbaatar vd., 2017: 2).

Hasta memnuniyetiyle ilgili geçmiş araştırmaları inceleyen Ferreira, Vieira, Pedro, Caldas ve Varela (2023: 4-5), dört sistematik inceleme ile bunları özetlemiştir. İlk inceleme, sağlık hizmeti çıktısı, erişim, ilgi, iletişim ve somutlukların hasta memnuniyetini etkileyen boyutlar olduğunu ve memnuniyeti etkileyen sosyo-demografik özelliklerin yaş, eğitim, sağlık durumu, ırk, medeni durum ve sosyal sınıf olduğunu belirlemiştir. İkinci inceleme, hasta-profesyonel etkileşimleri, fiziksel ortam ve iç yönetim süreçlerinin en etkili memnuniyet yapıları olduğunu göstermiştir. Üçüncü inceleme, teknik beceriler, kişiler arası bakım, fiziksel ortam, erişilebilirlik, kullanılabilirlik, finansman, kurumsal özellikler, bakımın sürekliliği ve bakım sonucu gibi dokuz belirleyicinin memnuniyeti etkilediğini bulmuştur. Son inceleme, sağlayıcının tutumları, teknik yeterlilik, erişilebilirlik ve etkinliğin en önemli faktörler olduğunu belirlemiştir. Ayrıca, araştırmacılar ilgili bu faktörleri analiz

ettiklerinde doktorun özellikleri, bekleme süresi, tıbbi bakım ve sağlanan bilgini en yüksek kullanım oranına sahip olduğunu ve iletişim gibi sosyal becerilerin, yemek kalitesi ve konfor gibi diğer faktörlerden daha kritik olduğunu, bekleme süresi uzadıkça memnuniyetsizliklerinin arttığını, hastaların yaşı, algılanan sağlık durumu ve eğitiminin ise memnuniyeti en çok etkileyen değişkenler olduğunu belirlemişlerdir (Ferreira vd., 2023: 10-13).

Aiken vd. (2012), 13 ülke üzerinde kesitsel bir analiz yaparak hemşire kadrosu, hastane çalışma ortamının kalitesi, hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve güvenliği ve hemşire işgücü sonuçları ile ilişkili olduğunu; iyi çalışma ortamlarına ve hemşire kadrosuna sahip hastanelerde daha iyi sonuçlar elde edildiğini, hemşirelerin hastaneden memnuniyetleri, hastaların hastaneden memnuniyetleri ve tavsiyeleriyle ilişkili olduğu, kurumsal davranışların hasta güvenliğini teşvik etmede önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Düzenli klinik değerlendirme ve takip içeren, bireyselleştirilmiş ve aile/akrabaların ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulduğu hasta merkezli müdahalelerin kronik rahatsızlıkları olan hastalar için olumlu sonuçlar ortaya koyabilecek bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından hastaların ihtiyaçlarına ve programlarına uygun hasta öz yönetimini desteklemek amacıyla eğitim kaynakları ve becerilerinin sağlanması, destekleyici teknoloji kullanımı ve yöneticilerin klinik ortama entegrasyonun hastanın sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkileri olmaktadır (Poitras, Maltais, Bestard-Denommé, Stewart ve Fortin, 2018: 5). Destekleyici teknoloji, hastaların ve ailelerin bakım verenleriyle iletişimini kolaylaştırarak ve ihtiyaç duyulan bilgilere ve karar destek araçlarına erişim sağlamak suretiyle sağlık bilgi teknolojisi ile doğrudan bakım sürecine dâhil eden bir faktördür. Uzmanların çoğu, destekleyici bilgi teknolojisinin yeterince kullanılmadığı konusunda hemfikirdir ve hasta merkezli sağlık bilgi teknolojisi uygulamalarının geliştirilmesinde öncülük eden kuruluşların, hekim-hasta işbirliğini geliştirebileceğini göstermektedir. Başarının anahtarı, yeni teknolojinin kabulünü kolaylaştırmak ve teknolojinin hasta-hasta bakıcı etkileşiminde kalite düşüşüne neden olacağı endişesinden kaçınmak için uygulamaları kademeli olarak hayata geçirmektir (Shaller, 2007: 13). Hasta merkezli bakımın hastanelerde uygulanabilmesi için hastanelerin yeniden düzenlenmesi; bu kapsamda hastaların benzer ihtiyaç duyanlar olarak kümelenmeleri, hizmet birimlerinin hastane odalarının içinde ve yakınında olması ve iyi eğitilmiş personellerin bakım ekibi içinde yer alması gibi önlemlerin alınmasına ihtiyaç

vardır (Yurugen, 2002: 2).

#### **2.2.2.4. Hasta haklarını savunmak**

Hasta merkezli bakımın diğer önemli noktası ise hasta bilgisi ve klinik-hasta iletişimidir. Hastalar, tedavi süreci hakkında bilgiye ihtiyaç duymaktadır ve bu bilginin iletilmesi hasta durumuna göre uyarlanmalıdır (Bachnick vd., 2018: 55). Sağlık hizmetlerinde belirsizliğin olması ve güvene dayalı bir ilişkinin oluşturulması gerekliliği iletişim üzerine odaklanma sebepleridir. Hastaların sağlık çalışanlarına güven duyması, özerkliklerinin korunması, karakteristik özellikleri dikkate alınarak tedavi sürecine katılımlarının teşvik edilmesinin yanında hekimlerin sorunları özetlemesi, tedavi seçeneklerini sunması, kendi görüşlerini belirtmesi hasta merkezli bakım sürecinde önem arz etmektedir (Bae, 2017: 2).

Hekimlerin ve asistanların hastalara kanıta dayalı sunum yaparak hastaların tercihlerini anlaması, esneklik sağlanması, diyalog odaklı ziyaretler yapılmasının hastaların süreç içerisinde aktif rol almasında teşvik edici yöntemlerden bir tanesi olduğu savunulmaktadır (Epstein, Alper ve Quill, 2004: 2359-2360). Kanser bakımında hasta iletişiminin değerlendirilmesine yönelik ele alınan çalışmada (McCormack vd., 2011: 1093), hasta merkezli iletişimde hangi faktörlerin değerlendirilmesi gerektiğini, hangi faktörlerin nasıl ölçülebileceğini ele almıştır. Buna göre, iyi bir iletişim için normatif bir yaklaşımın benimsenmesi, kalite değerlendirmesi, gözetim ve müdahale çalışmaları kapsamında hasta merkezli bakımın sağlık hizmetleri kalitesinde iyileştirme yapılabileceği ifade edilmiştir. Nezaket kavramı her ne kadar ahlaki olsa da örgütsel-endüstriyel psikoloji alanlarında gerek örgütsel bağlam gerekse çalışanların iş sonuçları üzerinde etkisi olan ve sağlık hizmetlerinde de parasal bir değeri olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının tükenmişlik riski yüksek olması ve onların nezaket kavramından ödün vermeleri hasta bakımı ve memnuniyeti üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilmektedir (Osatuke, Moore, Ward, Dyrenforth ve Belton, 2009: 385). Araştırmalarda doktor ve hemşireler arasındaki etkili iletişimin destekleyici çalışma ortamı ve hasta güvenliğinin sağlanması için önemli olduğu ve yapılan tıbbi hataların çoğunda sağlık hizmetlerinde etkili iletişimin kurulamamasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, yetersiz iletişimin sağlık çalışanları arasında memnuniyetsizlik ve özerklik eksikliği gibi sorunlara yol açtığı ve iletişim memnuniyetinin hastanelerde kaliteli hizmetin sağlanmasında önemli etkisi olan hasta güvenliği kültürünün oluşmasında belirleyici olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda,

hasta güvenliği kültüründe etkili liderlik, ekip çalışması, kanıta dayalı tedavi, doğruluk, hasta odaklılık gibi alt faktörlerin yanında sağlık çalışanları arasındaki etkili iletişimin de kaliteli hizmet sunumunda önem arz ettiği belirtilmiştir (Noviyanti, Ahsan ve Sudartya, 2021: 1-2). Sağlık turizmi destinasyonlarında sağlık personelinin hasta iletişimi ve tıbbi hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını değerlendiren Gül vd. (2022), Alanya’da bulunan bir hastanede sağlık personelinin yabancı dil becerileri, hasta iletişimi ve tıbbi hizmet kalitesine ilişkin olarak sağlık personelinin mesleği, hizmet kalitesi algısını etkilemekte olduğunu; hemşireler ve tıbbi teknisyenlerin algısı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek iken, tıbbi sekreterler ve hasta danışmanları için daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, sağlık personelinin yabancı dil becerileri, hasta iletişimi ve tıbbi hizmet kalitesi algılarını önemli ölçüde etkilediği vurgulanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, doktor ve hemşirelerin samimiyet, endişe ve hastaların tercihlerine saygı gibi duygusal davranışlarla değerlendirilen bakımlarının yanı sıra iletişim becerileri ve dinleme becerileri ile birlikte doktorların eşitlikçi rolü de hastaların memnuniyetini belirleyen en önemli faktörler olarak sıralanmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde telefonla yanıt veren personelin etkileşiminin de hasta memnuniyetini etkilediği ileri sürülmüştür (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino ve Amenta, 2017: 4-5).

### **2.3. Hasta Merkezli Bakımın Avantaj ve Dezavantajları**

Hasta merkezli bakımın hasta memnuniyetini artırdığı, hastanın özerklik duygusunu ve öz yeterliliğini ve yaşam kalitesini artırdığı, hastanede kalış sürelerini ve yeniden yatış oranlarını azalttığı, laboratuvar ve tanı testlerine olan talepleri azaltarak maliyetleri düşürdüğü çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (Saygılı, Kar ve Uğurluoğlu, 2020: 418). Ayrıca maddi kaynakların etkin kullanımı, tedaviye daha iyi uyum ve daha iyi sağlık sonuçları, hekim memnuniyetinden artma ve malpraktis şikâyetlerde azalma, daha az tedavi hataları, mortalite ve acil servise başvuruda azalma, daha fazla hasta sorumluluğu gibi çıktılar hasta merkezli bakım yaklaşımının diğer faydaları olarak sıralanabilmektedir (Şahin, 2017: 20-21; Albougami, 2016: 58). Sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakımın önemi araştıran çalışmada Berghout vd. (2015:10), bireysel hasta tercihlerine saygı duyarak ve hasta değerlerinin klinik kararlara rehberlik etmesinin sağ kalımı artırdığı, hasta memnuniyetini ve refahını iyileştirdiğini ve hasta-sağlık çalışanı arasında iletişimi geliştirdiğini, sağlık hizmetleri maliyetlerini azalttığını ve kaynakların daha etkin

kullanılmasını sağladığını belirtmişlerdir.

Hasta merkezli sağlık hizmetleriyle ilgili ortaya çıkan görüşlerde kamu değeri yaratma, bakım deneyimine odaklanma ve verimliliği artırma gibi konular da ön plana çıkmaktadır. Kamu değeri yaratma, vergilerle finanse edilen hizmetlerin topluma sağladığı getiri üzerine odaklanır. Bakım deneyimine odaklanma yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin hizmet sunumunda daha fazla dikkate değer bir deneyim sağlanmasını hedefler. Verimlilik kazanımlarını artırma ise hastaların ve tüketicilerin daha fazla katılımını teşvik ederken, sınırlı kaynaklarla daha etkin hizmet sunumunu amaçlar (Luxford vd., 2010: 24-25). Sağlık hizmetlerinin sunumu üzerindeki ekonomik kısıtlamalar ise hasta merkezli bakımın itici bir gücü olmaktadır. Hasta merkezli bakım uygulamalarının klinik bağlamda daha iyi sonuç ortaya koyması ve vaka başına maliyetleri düşürmesi de hasta merkezli bakımın maliyet etkinliğine yönelik kanıtlar olarak sunulmaktadır (Pelzang, 2010: 916).

Hasta merkezli bakım sadece hastalara odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık personeline de odaklanır. Hasta merkezli bir yaklaşımın başarılı olabilmesi için, sağlık personelinin kendilerinin önemsendiğini hissetmeleri gereklidir çünkü bu durum onların hastalara etkili bir şekilde bakabilme yeteneklerini etkilemektedir (Luxford vd., 2010: 13). Sağlık çalışanları, hasta merkezli bakımın başarıyla uygulanması için önemli bir rol oynamaktadır. Bu modelin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için motive ve yetenekli bir işgücü gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarla ortaklık kurarak gerçekten hasta merkezli bir deneyim oluşturması gerekmektedir (Balbale, Turcios ve LaVela, 2015: 1).

Bunun yanı sıra, hasta merkezli bakım sadece hastaları ve sağlık çalışanlarını değil, sağlık sistemlerini de etkilemektedir. Hasta merkezli bakım uygulamalarının daha yaygın kullanılmasının, çalışanların iş memnuniyetini artırdığı, bakım kalitesini iyileştirdiği ve hasta sunumunu geliştirmesi bunun ispatı niteliğindedir (Balbale, Turcios ve LaVela, 2015: 1).

Sağlık kuruluşlarının hasta merkezli bir yaklaşım sergilemek için çalışan memnuniyetine önem vermesi gerektiği vurgulanmaktadır. Uzmanlar, hasta merkezli bakımın sağlanması için işgücünün işe alınması, eğitilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ve desteklenmesinin önemine dikkat çekmektedir. Çalışanların iş süreçlerine doğrudan dâhil edilmesi, katılımı ve bağlılığı artırmanın etkili bir yoludur. Sağlık kuruluşlarının sadece hasta merkezli olmakla kalmayıp, “insan merkezli” bir yaklaşım sergilemesi gerektiği vurgulandığında bu yaklaşım, tüm paydaşların (yöneticiler,

sağlık personeli vb.) etkili ve duyarlı bakım sistemlerinin oluşturulmasına dâhil edilmesini gerektirmektedir. İşyerindeki olumlu bir kültür, çalışanların davranışlarını modele alarak diğerlerini teşvik edeceği ve böylece tüm ekibin hastalara ve ailelere duyarlı bir hizmet sunabileceği öne sürülmektedir. Bakım verenlerin en önemli sorumluluğunun insanlara bakan insanlara bakmak olduğu vurgulanmaktadır (Shaller, 2007: 11). İlişkisel koordinasyon, iletişim, hata potansiyelini azaltma, sorun çözme becerileri ve katılımcıların birbirini dinlemesi gibi faktörlerle ilişkilendirilerek yüksek düzeyde görev bağımlılığı, belirsizlik, zaman kısıtlamaları gibi faktörlerin olduğu ortamlarda önemi artan bir kavramdır. Bu bağlamda, personelin memnuniyetinin artması ve yüksek kaliteleri ilişkilerin iş ortamında refahı artırması, farkındalık ve uyum sağlanması, paylaşılan bilgi ve karşılıklı saygı unsurlarını geliştirmesi nedeniyle hem araçsal hem de içsel faydaları olan koordinasyon olarak vurgulanmaktadır (Gittell, Weinberg, Pfefferle ve Bishop, 2008: 155-157). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde algılanan saygısızlığın çalışanların istifa niyetlerini ve işten ayrılma oranlarını etkilediği de bir gerçektir. Hastane ortamlarında ekip çalışması kültürünün hasta memnuniyeti ile ilişkisinin yanında, çalışanların algıladığı örgütsel destekler duygusal refah seviyesini ve psikolojik saldırganlığı azaltarak ruh sağlığı ve iş tahmini üzerinde olumlu etki sağlayacaktır. Bu nedenle, çalışma grubunun ortamı gerek çalışanlar gerekse hastalar için etkileşimli bir yer olması hasebiyle nezaketsizlik yönetiminin önemini ortaya koymaktadır (Osatuke vd., 2009: 386). Burada dikkat edilmesi gereken hususlardan bir tanesi de doktorların ve hemşirelerin işlerinden ve tesislerinden memnuniyet düzeylerinin hastaların memnuniyet düzeyleri ile ilişkisidir. Tam zamanlı çalışan hekimlerin işlerinden memnuniyetlerinin yarı zamanlı çalışanlara göre daha düşük olduğu ve hemşirelerin yetersizliği, tükenmişliği, aşırı çalışması, bitkinliği ve sık sık ifade ettikleri işten ayrılma niyeti, daha yüksek iş devri ve daha kötü çalışma ortamının daha düşük hasta memnuniyetine yol açtığı bilinmektedir (Batbaatar vd., 2017: 6-8). Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan çocukların ebeveynlerinin hasta ve aile merkezli bakım deneyimini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada 27 anneye yüz yüze görüşme yapılmıştır. Buna göre, hastanede buldukları süre boyunca hem olumlu hem de olumsuz deneyimler yaşadıkları, Türk ebeveynlerin genellikle karar verme sürecinde aktif bir rol almak istemedikleri, hastaların ebeveynleri, hastalık, tanı prosedürleri, tedavi ve komplikasyonlar hakkında tam ve doğru bilgi almak istedikleri bulguları ortaya konulmuştur. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iletişim becerilerini geliştirmek

için eğitim almaları ve hastane ortamının iyileştirilmesine yönelik girişimlerin başlatılması önerilmiştir (Qutranji vd., 2021).

Hasta merkezli bakım modelinin avantajlarını Pelzang (2010: 913-914) şöyle sıralamaktadır:

- Hastayı merkeze oturtan sistem, doğru işin, doğru zamanda, doğru kişi tarafından etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayarak faaliyetleri organize eder.
- Hastaların hastane içerisindeki hareketliliğini azaltarak personellerin planlama ve yürütme işlerini hasta özerkliği eşliğinde yetkilendirir.
- Gerekli yetkilerle donatılan sağlık profesyonelleri, bakımın sürekliliği ve entegrasyonun geliştirmesine yardımcı olur.
- Hastanın ihtiyaç, tercih ve isteklerine tam olarak yanıt verilmesi sağlanır.
- Hastaların bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirilmeleri sağlanarak karar verme süreçlerine dâhil olmalarına fırsatlar sağlar.
- Hasta ve akrabaları ile sağlık hizmeti sunucuları arasında iletişim becerilerini geliştirir
- Bakımı vücut bakımından eksiksiz bakıma kaydırır.
- Sağlık profesyonelleri arasında beceri ve yeteneklerin paylaşılması, yansıtılması ve öğrenmesine imkân sağlayarak ekip yaklaşımını geliştirir.

Hasta merkezli bakımın temel dezavantajları ise şöyle sıralanabilmektedir:

- Ölçülebilir hasta davranışı ve sonuçlarının net tanımlarının olmaması
- Zor olarak kabul edilebilecek organizasyonel ve uygulanabilir yapısal değişikliklerin gerekliliği
- Hastalara bakmak için daha fazla zaman ve insan kaynağı ihtiyaç duyulmasıdır.

Hasta merkezli bakımın uygulanmasının önündeki engeller ise genel olarak üç başlıkta toplanabilmektedir: Eğitim, uygulama ve düzenlemeye yönelik engeller. Buna göre; hasta merkezli bakımın net bir tanımını olmaması ve kapsam sorunu, mesleklerarası organize eğitim programlarının gerekliliği, bakım koordinasyonu, işbirliği ve süreklilik eksikliği, zaman, motivasyon ve personel eksikliği, hasta merkezli bakım konusunda öğretim modellerinin ve müfredatının olmaması, hastaların sağlık ve dil okuryazarlığı seviyeleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının davranışları ve bilgileri ve kurumsal uygulamalar, sağlık hizmetlerinde biyomedikal modelin hakimiyeti var olan engeller olarak

söylenilmektedir (Pelzang, 2010: 915-916; Alkhaibari, Smith-Merry, Forsyth ve Raymundo, 2023: 15).

Hasta katılımını engelleyen veya teşvik eden hasta-hizmet sağlayıcı ilişkisinin önemini ortaya koyan araştırmada Cowell vd., (2021: 2496), fizyoterapistler ve hastalar arasında hasta-hizmet sağlayıcı arasındaki ilişkiye dair beklenti ve inanç açısından yanlış bir eşleşmenin hasta merkezli uygulama sunmanın önünde bir engel olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların duygusal faktörlerini ele almanın önemi kabul edilmiştir. Çünkü sürekli bel ağrısı olan hastalarda duygusal sıkıntının iyileşmeyi engellediğine dair kanıtlar olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, Fix vd. (2018), sağlık çalışanlarının HMB'ye yönelik algılarına dair çalışmasında, bazı katılımcılar HMB'nin her zaman yaptıkları şey olduğunu veya belirli disiplinlere özgü olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumda, HMB'nin aslında kişinin uygulamalarında her zaman yaptığı şey olmayabileceğini veya belirli rollerle sınırlı olmayabileceğini anlamaması potansiyel fırsatların kaçırılmasına neden olmaktadır.

Hasta merkezli sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları benzersiz canlı varlıklar olarak kabul ederek onlara derin saygı duyarak kendi şartlarına göre bakma yükümlülüğü kapsamında dinler, bilgilendirir, bakımlara dâhil eder ve onların isteklerini yerine getirmenin farkındadırlar. Bu durum her ne kadar kanıta dayalı tıp savunucuları tarafından popülasyonlara eğilim noktasında çelişki doğurabileceği hususunda eleştirilse de hasta için neyin anlamlı ve değerli olduğunun belirlenmesi kabulü ile tartışmalar da durulmaya başlamıştır (Epstein ve Street, 2011: 100).

Hasta merkezli bakım yaklaşımı için yapılan eleştirilerden bir tanesi de hastanın bir etkileşim durumunda hasta merkezli olup olmadığına dair karar vericinin kendisi olduğu varsayımı hastanın gereksiz isteklerine (bilgi yerine gereksiz antibiyotik talebi gibi) boyun eğen doktor profiline neden olarak hastanın mutlu olması sağlanırken hasta merkezli bakım olarak nitelenemeyecektir (Epstein ve Street, 2011: 101).

Sağlık hizmetlerinde tüketici ve hasta kavramlarının birbirinin yerine kullanılması doğru değildir. Bir doktoru seçerken fiyat ve derecelendirme bilgilerine dayanarak tüketici olarak davranmak ile muayene odasına girilen hasta olarak davranmak farklıdır. Bu nedenle, hasta merkezli bakımın uygulanmasında hastanın nasıl davranması gerektiği üzerine daha fazla düşünülmesi gerekmektedir. Ayrıca, tüketici memnuniyeti ile hasta memnuniyeti arasında farklılıklar bulunabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Millenson, 2014: 979).

Hasta merkezli bakım, hasta-doktor ilişkisine odaklanarak araştırılmıştır, ancak hastanın deneyimlerinin çoğu doktor muayenehanesinin dışında gerçekleşir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunma ortamı ve bakım süreçlerinin çeşitliliği, hasta merkezli bakımın uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Elektronik tıbbi kayıtların paylaşılabilirliği ve sağlık hizmetlerinin parçalanması gibi faktörler de hasta merkezliliğini engelleyen etkenlerdir. Bu nedenle, hasta merkezli bakımın başarılı olabilmesi için sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına duyarlı hale getirilmesi gerekmektedir. Hasta merkezli bakımın, sağlık sonuçlarını iyileştirdiği, hasta-doktor ilişkisini güçlendirdiği ve hataları azalttığı gözlemlenmektedir. Bu nedenle, tüm sağlık sistemlerinin hasta merkezli yaklaşımlara geçmeleri doğru bir adım kabul edilmektedir (Greene, Tuzzio ve Cherkin, 2012: 12).

Hasta merkezli bakımın sağlanmasına yönelik zorlukları genel olarak, HMB'nin çok boyutlu doğası ve birçok boyutlara sahip olması karmaşık stratejileri gerektirmesi, ikincisi ise HMB sunumu, sağlık hizmetlerinde, hizmet kollarında ve sağlanan bakım türlerinde heterojenlik nedeniyle karmaşık bir ölçümdür. HMB faaliyetleri, müdahalenin odaklandığı boyuta bağlı olarak farklılık gösterebilir böylece HMB sunumlarında hastaların özellikleri, tercihleri ve beklentileri ve bakım deneyimlerinde heterojenlik olarak sıralanabilmektedir (Bachnick vd., 2018: 19).

Genel olarak değerlendirildiğinde hasta merkezli bakımın başarılı bir şekilde ilerlemesi için kurumsal bir yaklaşımın önemini ortaya konulurken, bakım sunumunun yeniden tasarlanması için kaynak sağlanması, personel kapasitesinin oluşturulması, hesap verebilirliğin sağlanması ve değişimi destekleyen bir kültürün önemi vurgulanmaktadır (Luxford, Safran ve Delbanco, 2011: 213).

#### **2.4. Hasta Merkezli Bakıma Yönelik Akademik Çalışmalar**

Alkhaibari, Smith-Merry, Forsyth ve Raymundo (2023), Orta Doğu ve Kuzey Afrika (MENA) bölgesinde hasta merkezli bakımın uygulamasına yönelik yapılan araştırmaların yetersiz olduğu ve bu bölgedeki kültürel farklılıkların HMB'nin uygulanmasını etkileyebileceği belirlemiştir. Bu çalışmada, MENA ülkelerindeki HMB uygulamasıyla ilgili mevcut araştırmalar özetlenmiş ve MENA kültürel bağlamlarına dayalı bir HMB tanımının temel unsurları değerlendirilmiştir. Beş farklı elektronik veritabanı kullanılarak yapılan arama sonucunda 50 makale araştırmaya dâhil edilerek makaleler HMB ilkeleri, HMB algıları, HMB'nin kolaylaştırıcıları, uygulanması ve etkisi, ve HMB'nin önündeki

engeller gibi beş ana tema altında incelenmiştir. Bulgular, HMB kavramının MENA bölgesinde sınırlı ölçüde uygulandığını ve kültürel bağlamların HMB uygulamasını etkileyebileceğini göstermektedir. Bu çalışma, MENA bölgesindeki kültürel uygulamaları açıkça kapsayan HMB tanımlarının oluşturulmasının önemini vurgulamaktadır ve gelecekteki araştırmalarda kültürün unsurları ve etkilerinin incelenmesi gerektiğini önermektedir.

Lee, Lee ve Kim (2022), kişi merkezli bakımı kullanan çalışmaları değerlendirmek ve demansla yaşayan kişilerde davranışsal ve psikolojik belirtiler (BPSD) ve bilişsel işlev üzerinde genel etkisini ve her bir müdahale türünün etkinliğini incelemiştir. Buna göre, demans bakımında kişi merkezli bakımın etkileri incelemiş ve yapılan meta-analiz, kişi merkezli bakım müdahalelerinin ajitasyonu, nöropsikiyatrik semptomları, depresyonu azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için etkili olduğunu göstermiştir.

Huang vd. (2022), çalışmasında kamu hastanelerinde hastane kültürünün sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım sağlama davranışlarını nasıl etkilediği incelenmiştir. 1612 sağlık çalışanı üzerinde yapılan araştırma, güçlü hastane kültürünün çalışanların iş tatminini artırarak, daha iyi HMB sunmalarını sağladığını göstermektedir. Ayrıca, iş tatmini ve profesyonel bağlılık, hastane kültürünün HMB üzerindeki etkisine aracılık etmektedir. Deneyimli çalışanlar, güçlü hastane kültürüne sahip ortamlarda daha fazla hasta merkezli bakım sunmaktadır. Çalışma, hastane kültürünün HMB'yi etkileyen önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.

Suhonen, Lahtinen, Stolt, Pasanen ve Lemetti (2021), Hasta Merkezli Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Fince versiyonunun güvenilirliğini, geçerliliğini ve duyarlılığını Finli hemşireler özelinde değerlendirmişlerdir. Bu amaçla, Güney Finlandiya'da bir üniversite hastanesinde çalışan yaşlı ve akut hastalara bakmakla görevli hemşirelere online anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve korelasyon analizi ile test edilmiştir. Buna göre, HMB Ölçeği'nin Finlandiyalı hemşireler tarafından doğrulandığını ve güvenilirlik, yapı geçerliliği ve hassasiyetinin kanıtlandığı belirlenmiştir.

Liu ve Yeo (2021), Çin'de 681 hastaya uygulanan anket ile çevrimiçi hasta-sağlayıcı iletişim (OPPC) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Buna göre çalışmada, hasta merkezli bakım ve sağlık yeterliliğinin aracılık etkisi olduğunu ortaya koymuşlardır. Böylece, hasta merkezli bakım ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin hastaların sağlık

yetkinliklerinin geliştirilmesine bağılı olduğunu ve bunu da her zaman ve her yerde profesyonel sağıık bilgisi alma fırsatlarının sağıılanması ile kazanılacağını vurgulamışlardır.

Leidner vd., (2021), Almanya’da farklı sağıık ve sosyal bakım kuruluşlarının perspektifinden hasta merkezli bakım uygulamasının sistem düzeyinde belirleyicilerini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Tümevarım ve tümdengelim yaklaşımı kullanılarak nitel içerik analizi kavramlarına dayalı olarak klinik ve yönetsel karar vericilerle yapılan yüz yüze görüşme sonucu elde edilen veriler ışığında analizler yapılmıştır. Buna göre, karar vericilerin, personel kaynaklarının mevcudiyeti ve niteliğı ve finansal kaynakların hastayla ilgili teşvikleri, sağıılayıcıların HMB’yi sunmaları için önemli bir gereklilik olarak tanımladığı, sağıık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunun yatan hasta ve ayakta tedavi sektörleri olarak katı bir şekilde ayrılmasını HMB’ye bir engel olarak gördüğü, kurumlar arası işbirliğı ve bilgi alışverişi, sürekli hasta bakım döngülerini mümkün kıldıkları için HMB’nin kolaylaştırıcıları olarak tanımladığı bulgularına erişilmiştir.

Chung ve Hwang (2021), iki üniversite hastanesinde hemşirelerin hasta merkezli bakım deneyimlerini araştırmak ve hastanelerde uygulanmasını etkileyen faktörleri anlamak amacıyla 30 hemşire ile odak grup görüşmeleri yapmıştır. İçerik analizi sonucunda; hastane hemşirelerinin en sık hasta merkezli hemşirelik uygulamaları yatarak tedavi ortamında “fiziksel rahatlığı artırma” ve ayakta tedavi ortamında “bilgi verme ve iletişim kurma” olduğu ve hasta merkezli hemşireliğı etkileyen faktörler arasında sağıık profesyonellerinin dikkati, aşırı iş yükü ve personel eksikliğı ve makul olmayan sosyal talepler ve düzenlemelerin varlığı sıralanmıştır.

Ng, Shah, Loong, Pee ve Chong (2021), Malezyalı hastane eczacılarının ve hastaların eczacı konsültasyonlarında HMB yaklaşımının önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları hakkındaki algılarını araştırmışlardır. Bu kapsamda, 3 adet üçüncü basamak hastaneden 17 hasta ve 18 eczacı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen bulgular karşılaştırmalı yaklaşım ve tematik analiz üzerinden değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda üç tema belirlenmiştir: (1) hastayla ilgili faktörler (bilgi, rol beklentileri ve sosyokültürel özellikler), (2) eczacıyla ilgili faktörler (kişilikler ve iletişim) ve (3) sağıık kurumu ve sistemle ilgili faktörler (kaynaklar, bakımın sürekliliğı ve meslekler arası işbirliğı). Belirlenen temalar etrafında HMB’nin eczacı konsültasyonlarında uygulanmasını etkileyebilecek potansiyel faktörler için stratejik yaklaşımların sergilenmesi gerektiğı vurgulanmıştır.

Balcı (2021), İstanbul’da özel bir hastanenin cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile hasta merkezli bakım yetkinlikleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Geliştirilen ölçekler özelinde, hemşirelere uygulanan anket yöntemiyle veriler elde edilmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile hasta merkezli bakım yetkinlikleri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, medeni durumun istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği; bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre HMBY ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları; eğitim durumuna göre HMBY ölçeğinde farklılaşma olmadığı, mesleği sevip sevmeme durumuna göre yine ölçekte farklılık saptanmadığı vurgulanmıştır.

Bakır ve Demir (2020), Akdeniz bölgesindeki bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Buna göre, Arslanoğlu ve Kırılmaz tarafından Türkçeye uyarlanan hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği kullanılarak hemşirelerin bakım yetkinliği ve yeterlilik düzeylerinin yüksek seviyede olduğu bulgusuna erişilmiştir. Ayrıca, mesleki çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerde HMBYÖ puan ortancasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve mesleğini sevenlerin HMBYÖ puan ortancasının sevmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Saygılı vd. (2020), Kırıkkale ilinde kamu hastanelerinde görevli hemşire ve ebeler üzerinden Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Buna göre, sağlık bakım personelinin hasta merkezli bakım hizmeti sunma yetkinliğini değerlendirmek için kullanılacak geliştirilen Türkçe ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu bulgusu ortaya konulmuştur.

Kıraç (2020), Kahramanmaraş’taki özel bir hastanede görev yapan hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliğini değerlendirmek amacıyla 106 hemşireyle yürütülen çalışmada, 17 maddelik “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği” ölçeğini kullanmıştır. Elde edilen bulgulara göre hemşirelerin genel yetkinlik düzeyi yüksektir, ancak hastaları hizmet süreçlerine dâhil etme boyutunda düşük ortalamalar gözlemlenmiştir. Bu durumun iş yükü, vardiyalı çalışma, tükenmişlik ve iletişim eksikliği gibi nedenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, kadın hemşirelerin hasta konforunu sağlama ve hasta tercihine saygı gösterme konularında erkek hemşirelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Hem hasta hem de hemşire kaynaklı etkenler bu farklılıkta rol oynamaktadır. Hasta merkezli bakımın etkinliği için hemşirelerin yetkinliklerinin güçlendirilmesi ve

hastaların sürece aktif katılımının sağlanması gerekmektedir. Bulgular, daha geniş örneklemelerle desteklenerek politika yapıcılar için yol gösterici olabileceğinin düşünülmektedir.

Lateef ve Mhlongo (2020), Nijerya'nın Osun Eyaletinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşirelerin hasta merkezli bakıma yönelik algılarını araştırmıştır. Buna göre; 28 kadın hemşire ve 7 erkek hemşireden oluşan örnekleme yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler Nvivo 12 yazılımı ve tema analizi kapsamında değerlendirilerek HMB'ye yönelik olumlu ve olumsuz temalar ortaya konulmuştur. Olumlu temalar: Sonuç odaklı sağlık hizmeti, değerli bakım sağlayıcısı, bakımı netleştirmek için iletişim ve odaklı sağlık hizmeti; olumsuz temalar: Hemşirelerin zayıf yaklaşımı ve yaptırım biriminin olmamasıdır. Ayrıca çalışma deneyimi ile HMB algısı arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Levey, Ball, Chaboyer ve Sladdin (2020), birinci basamak diyetisyenlerinin HMB sunmanın önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar hakkındaki bakış açılarını incelemek amacıyla Avustralya Akredite Pratisyen Diyetisyenleri üzerinde yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmiştir. Tematik analiz sonucunda bulgular 7 tema ile ortaya konulmuştur: (1) HMB'yi tanımlamadaki zorluklar (2) HMB'ye değer verme; (3) HMB'yi yürürlüğe koymak; (4) HMB'nin ek eğitim gerektirmesi; (5) kişinin kendi uygulamasını değerlendirmek; (6) işyeri baskıları ve kısıtlamaları ve (7) beklentilere ayak uydurmaktır. Bu kapsamda, yazarlar diyetisyenler için ortaya çıkan temaların ele alınması ve bu yönde adımlar atılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Lee, Song, Park ve Son (2019), hasta merkezli bakım ölçeğinin Korece versiyonunu oluşturmak amacıyla iki üniversite hastanesinde hemşirelere yönelik olarak anket uygulamıştır. Katılım sağlayan 424 hemşireden elde edilen veriler, doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Ölçeğin geçerlilik testi %100 başarı ortaya koymuş ve iç tutarlılığı da yüksek çıkmıştır. Böylece, onaylanan ölçeğin hastane ortamlarında kalite iyileştirmesinin sağlanmasında yardımcı olabileceği ifade edilmiştir.

Sladdin, Ball, Gillespie ve Chaboyer (2019), diyetetik pratiğinde hasta ve birinci basamakta çalışan diyetisyenlerin hasta merkezli bakım algılarını karşılaştırmak amacıyla kesitsel anket uygulamışlardır. Buna göre, İletişim Değerlendirme Aracı; 9 maddelik Ortak Karar Verme Anketi, Hasta-Doktor İlişki Derinliği Ölçeği, Schmidt Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği-Bireysel Hastayı Görme alt ölçeği ve Kişi Merkezli Uygulama Envanteri-

Personel Sağlayan Bütünsel Bakım alt ölçekleri kullanılarak elde edilen veriler Mann-Whitney U testi ile test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, hastaların ve diyetisyenlerin HMB algıları arasında potansiyel olarak önemli farklılıklar olduğu ve diyetetik bakımın “bütünsel ve bireyselleştirilmiş bakım sağlamak”, “hastayı/diyetisyeni tanımak” ve “hasta-diyetisyen ilişkisine özen göstermek” noktasında pratik iyileştirmeler gerektirebilecek yönleri tanımlanmıştır.

Zeh, Christalle, Hahlweg, Härter ve Scholl (2019), Almanya’da hastaların hasta merkezlilik üzerine bakış açıklarını ve mevcut uygulama derecesini Delphi araştırması üzerinden değerlendirmişlerdir. Buna göre; örneklem grubu olarak kanser, kardiyovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi bozukluğu ve zihinsel bozukluğa sahip katılımcıların oluşturduğu gruplar, ‘hasta güvenliği’, bakım hizmetlerine erişim’ ve ‘hasta bilgileri’ boyutlarında değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, hasta merkezlilik kavramı Almanya’da ilk kez hasta bakış açısıyla değerlendirildiği, hastaların hasta merkezliliğin tüm boyutlarıyla ilgili olduğu ve hasta merkezliliğin tam olarak uygulanmadığı vurgulanmıştır.

Langberg, Dyhr ve Davidsen (2019), hasta merkezlilik ve kaliteli hasta bakımı arasında ilişki olduğunu ancak hasta merkezli bakıma yönelik tanımlamanın eksik olduğunu vurgulamıştır. Buna göre, sistematik literatür taraması sonucu 80 makalenin değerlendirildiği çalışmada hasta merkezliliğin beş boyutta (güç ve sorumluluğu paylaşmak, terapötik ittifak, kişi olarak hasta, biyopsikososyal kişi olarak doktor ve koordineli bakım) tanımlandığı ortaya konulmuştur.

Conti ve Humphris (2019), Birleşik Krallık, ABD, Avustralya, İtalya ve Çin sağlık sistemlerinde hasta merkezli bakımın algılanan boyutları ile ergenlerin ve genç yetişkinlerin memnuniyeti arasındaki bağlantıyı araştırmışlardır. Toplamda 1034 katılımcıya uygulanan anketlerden birincil veriler elde edilmiştir. Bakımdan memnuniyet tahmininde ve Psikososyal Bağlam Boyutunda Çinli katılımcıların ABD, Avustralya ve İngiltere’li katılımcılardan daha az memnun oldukları ve daha az puan aldıkları görülmüştür. Böylece, hasta merkezli bakım, memnuniyet ve sağlık sonuçları boyutları arasındaki bağlantının sağlık sistemleri, sağlık hizmeti sunucuları ile gençler arasındaki iletişimi ve genel ilişkiyi iyileştirmeyi amaçlayan politikalar ile desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Håkansson Eklund vd., (2019), hasta merkezli bakım ve kişi merkezli bakım arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymak amacıyla ilgili literatür incelenerek derleme sentezine gidilmiştir. Ocak 2000 ile Mart 2017 tarihleri arasında yayınlanan toplam

21 makale tematik analize tabi tutulmuştur. Elde edilen bulgular sonucunda hasta merkezli bakım ve kişi merkezli bakımın dokuz tema etrafında şekillendiğini (empati, saygı, katılım, ilişki, iletişim, paylaşılan karar verme, bütünsel odaklanma, bireyselleştirilmiş odaklanma ve koordineli bakım), kişi merkezli bakımın amacının anlamlı bir yaşam olduğunu, hasta merkezli bakımın amacının ise işlevsel bir yaşam olduğu ortaya konulmuştur.

Ree, Wiig, Manser ve Storm (2019), hasta merkezlilik ölçeklerinin ölçüm özelliklerini ve içeriğini araştırmak ve kalite iyileştirme için kullanılıp kullanılmayacaklarını ve nasıl kullanılabileceğini değerlendirmek amacıyla sistematik bir inceleme yapmışlardır. Bu amaçla, Medline, CINAHL, Embase ve SCOPUS'ta 2005-2017 döneminde yayınlanan İngilizce makaleler içerik analizi ile test edilmiştir. 22 makalede bildirilen 11 ölçekte ölçeklerin çoğunlukla bireysel, dolaylı ve reaktif hasta katılımını temsil ettiği; hasta merkezliliği doğrudan yansıtmayan, daha çok hasta merkezli uygulamalar için organizasyonel önkoşulları yansıtan maddeler içerdiği bulguları ortaya konulurken; ölçeklerden hiçbirinin hastaların kalite iyileştirme deneyimlerinin kullanımını açıkça yansıtan maddeler içermediği belirtilmiştir.

Fix vd., (2018), ABD'de hastane çalışanlarının hasta merkezli bakımı nasıl kavramsallaştırdıklarını incelemek amacıyla dört farklı sahada orta düzey yöneticiler, ön hat sağlayıcılar ve personel ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, üç farklı kavramsallaştırma belirlenmiştir: (1) klinik karşılaşmayı çevreleyen yerleşik hasta merkezli bakım yapılarıyla uyumlu olanlar; (2) hasta merkezli bakımın kavramsallaştırmalarını, tüm hasta deneyimini kapsayacak şekilde kurumsal kültüre genişleten diğerleri; ve (3) daha geleneksel hasta bakım uygulamalarını yansıtan, hasta merkezli bakım yapıları ile zayıf bir şekilde uyumlu olan diğerleri. Ayrıca, hasta merkezli bakım idealleri sağlık sistemlerine nüfuz ettiği ve hasta merkezli bakım, hastaların bir tesise girme deneyimlerinden başlayarak, bakım sunumunda kültürel bir değişimi kapsayacak şekilde genişletildiği vurgulanmıştır.

Bokhour vd. (2018), sağlık kuruluşlarının hastalık odaklı değil hasta merkezli bakım sağlamaya odaklandığına yönelik ele alınan çalışmada, ABD Gazi İşleri Bakanlığı'ndaki çabalarını incelemiştir. Dört tıp merkezinde gerçekleştirilen saha ziyaretleri ve 108 çalışanla yapılan nitel görüşmeler sonucunda, hasta merkezli bakımın uygulanması için temel örgütsel faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler arasında liderlik, hasta ve aile katılımı, personel katılımı, yeniliklere odaklanma, personel rollerinin uyumlaştırılması,

organizasyonel yapılar ve süreçler ve bakım ortamı bulunmaktadır. Her bir alanda değişimi uygulamak için çeşitli stratejiler belirlenmiştir. Kurum liderlerinin hasta merkezli bakımı modellemesi ve yeni yaklaşımları denemeye istekli olmaları gibi faktörler oldukça önemli bulunmuştur. Ancak, hasta merkezli bakımın kurum içinde uyumlaştırılması ve entegrasyonu açısından, özellikle roller, öncelikler ve bürokratik kurallarla ilgili bazı zorluklar yaşanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, sağlık kuruluşlarının hasta odaklı bakıma dönmek için çeşitli adımlar atması gerektiği vurgulanmıştır.

Bogale, Beharu, Tesfaye ve Belay (2017), Güney Batı Etiyopya'daki kamu hastanelerinde hasta merkezli bakım uygulamasını yönlendiren ve engelleyen faktörleri belirlemeye çalışmıştır. Çalışma, otuz iki katılımcıyla gerçekleştirilmiş ve veriler manuel olarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, hasta merkezli bakımın kaliteli bakım sağlama, ortaklık kurma, bilgi sağlama, hasta katılımı ve hasta tercihlerini anlama gibi unsurlar içerdiği belirlenmiştir. Kamu hastanelerinde hasta merkezli bakım uygulanmaktadır, ancak hastaların güçlendirilmesi ve aile/arkadaş katılımının artırılması gerektiği ve hasta sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve personel kapasitesinin geliştirilmesi ve hasta merkezli bakım uygulamasının iyileştirilmesine yardımcı olabileceği ifade edilmiştir.

Clarke, Ells, Thombs ve Clarke (2017), hasta merkezli bakımın unsurlarını ortaya çıkarmak için hasta merkezli bakımın tanımlarını değerlendirmek ve tanımların çeşitliliğini bütün olarak yansıtan unsur önerisinde bulunmak, bir kalite değerlendirme aracının geliştirilmesi için kullanılabilir unsurları belirlemek amacıyla eleştirel inceleme yapmışlardır. Bu amaçlarla, ele alınan 12 makale tümevarımsal ve tema analizine tabi tutulmuş ve elde edilen bulgular neticesinde hasta-sağlık profesyoneli ilişkisinde 6 unsur belirlenmiştir. Ayrıca, hasta merkezliliğe yönelik tanım çeşitliliğinin bir derece ve dil meselesi olduğu ifade edilmiştir.

Yoshida vd. (2017), Japonya'da ikinci basamak sağlık kuruluşunda Hasta Merkezli Değerlendirme Yöntemi'nin (PCAM) geçerliliği ve güvenilirliğini test etmek ve hastanede kalış süresi ile hasta merkezli değerlendirme puanları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ele aldıkları çalışmada, 201 hasta üzerinden sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Analiz sonucunda PCAM puanlarının hastanede kalış süresi ile önemli bir ilişkisi olduğu bulgusu ortaya konmuştur.

Hur, Ra Cho ve Choi (2017), Kore'de birinci basamak tedavi grubundaki hastalar ve son sınıf tıp öğrencilerinin hasta merkezli bakıma ilişkin tutumlarını ele almışlardır. Bu

amaçla, Hasta Uygulayıcı Oryantasyon Ölçeğini (PPOS) kullanarak öğrenci ve hastaların hasta merkezli tutumları değerlendirilmiştir. Buna göre; elde edilen verilerin analizi sonucunda tıp öğrencilerinin hastalara göre daha fazla PPOS puanlarına sahip olduğu bu nedenle de öğrencilerin mezun olduklarında hasta merkezli tutumlarının azalabileceği vurgulanmıştır.

Britten vd. (2017) Göteborg Üniversitesi Kişi Merkezli Bakım Merkezi (GPCC)'nde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yansıtan akut koroner sendrom (indeks proje), irritabl bağırsak sendromu, göçmen topluluklarda sağlıklı yaşlanma, nörojenik iletişim bozuklukları, hipertansiyon tedavisine hasta katılımı, psikoz ve osteopatik kırık hizmetlerine yönelik projelerde çalışan 18 klinisyen araştırmacıyla görüşmeler yapılarak sağlık personellerinin HMB rutinleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda, sağlık bakım personelinin hasta merkezli bakım uygulamalarında kişinin tanınması ve belirli pratik rutinlere ihtiyaç duyulduğu; klinik zihniyeti değiştirme ve insanların anlatılarını klinik uygulama ile bütünleştirme yollarını geliştirme ihtiyacı olduğuna dair vurguların yapıldığı ileri sürülmüştür.

Maassen, Schrevel, Dedding, Broerse ve Regeer (2017), Hollanda'da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve bipolar bozukluğu olan yetişkin hastaların neyi "iyi bakım" olarak değerlendirdiği ve bunun HMB'ın kavramsallaştırması için ne anlama geldiğini araştırmışlardır. Yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda literatürde ele alınan "hasta", "sağlık profesyoneli", "hasta-profesyonel etkileşimi" ve "sağlık kurumu" boyutlarının hastalar tarafından "iyi bakım" olarak değerlendirilen şey ile örtüştüğü bulgusu ortaya konmuştur.

Şahin (2017), farklı dönemlerdeki tıp fakültesi öğrencilerinin ve hastaların hasta merkezli bakım konusuna yönelik algı ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla çalışmasını ele almıştır. Bu amaçla, Hasta-Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği (PPOS) ve Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci versiyonu (JSPE-S) uygulanarak kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla PPOS ve JSPE-S ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve hasta ve öğrencilerin doktor merkezli bir algı içinde oldukları bulguları ortaya konulmuştur.

Moore vd. (2017), İsveç'te Göteborg Üniversitesi Kişi Merkezli Bakım Merkezi'nde KMB müdahalelerinin farklı bağlamlarda sunulmasının önünde araştırmacılar tarafından dikkate alınan zorluklara ve farklı bağlamlarda KMB'yi uygularken bu zorlukların üstesinden nasıl gelmeye çalıştıklarına dair ortaya çıkan engelleri ve kolaylaştırıcıları

keşfetmek amacıyla 18 araştırmacı ile nitel görüşmeler yapılmıştır. Buna göre, kişi merkezli bakımın uygulanmasının önündeki engeller üç temayı kapsamıştır: Geleneksel uygulamalar ve yapılar; profesyonellerin şüpheli, basmakalıp tavırları; ve kişi merkezli müdahalelerin gelişimi ile ilgili faktörlerdir. Kolaylaştırıcılar ise; örgütsel faktörler, liderlik ve eğitim ile profesyoneller tarafından kolaylaştırıcı bir tutum ve yaklaşımdır.

Albougami (2016), farklı dönemlerdeki tıp fakültesi öğrencilerinin ve hastaların hasta merkezli bakım konusuna yönelik algı ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla çalışmasını ele almıştır. Bu amaçla, Hasta-Hekim İlişisine Yönelik Tutum Ölçeği (PPOS) ve Hekim Empati Ölçeği-Öğrenci versiyonu (JSPE-S) uygulanarak kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla PPOS ve JSPE-S ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve hasta ve öğrencilerin doktor merkezli bir algı içinde oldukları bulguları ortaya konulmuştur.

Bridge, Law ve Narushima (2016), Kanada'nın Ontario kentinde önde gelen hasta merkezli bir hastanesinde hasta değeri beyanının politika ve uygulamalarda oynadığı rolü anlamak ve değerleri kendi kapsayıcı organizasyon yapılarına nasıl dâhil ettiğini incelemek amacıyla ele aldıkları nitel vaka çalışmasında 18 görüşme yapmışlardır. Görüşmeler sonucunda hasta merkezli bakım kültürünü yerleştirmek için hastanede beş aşamalı bir süreç bulunmuştur: 1) aşamayı belirleme, 2) değişime ilham verme, 3) organizasyonel kapasite, 4) engeller ve 5) yansıtma ve iyileştirme.

Finney Rutten vd. (2016), hasta merkezli iletişimin öz-yeterlilik ile ilişkili olup olmadığı ve bu ilişkinin kronik hastalık yüküne göre değişip değişmediğini değerlendirmek için kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, daha olumlu hasta merkezli iletişim deneyimleyen bireylerin, daha yüksek öz yeterlik seviyeleri bildirdiği ve bu ilişkinin, daha fazla hastalık yükü olanlar arasında en güçlü olduğu ölçülmüştür.

Tzelepis vd. (2015), hasta merkezli bakımın güvenilir ölçümünde hastaların bildirimlerinin önemini ve mevcut önlemleri ortaya koymak amacıyla literatür taraması yapılmıştır. Ele alınan örneklem, hasta tarafından bildirilen ölçümleri ortaya koyan Hasta Tercihleri Ölçeği, Bilgi İhtiyaç Anketi, Ağrı Bakım Kalite Anketi gibi ölçekler kapsamında değerlendirilmiştir. Böylece, hastaların hasta merkezli bakımın sağlanmasında önemli bir konumda oldukları, bildirilen ölçümlerin kullanılması, iyileştirmelerin gerekli olduğu sağlık bakım alanlarının belirlenmesi ve önceliklendirilmesi açısından kritik öneme sahip oldukları belirtilmiştir.

Arora, Hesse ve Clauser (2015), ABD'de göğüs kanseri hastalarından elde edilen

veriler, hasta merkezli bakıma yönelik olarak oluşturulan kavramsal çerçeve kapsamında tartışılmıştır. Buna göre, genomik tıbbın HMB etrafında şekillendirildiğinde hastaların bilgi alışverişinde buldukları, belirsizlikle başa çıktıkları, duygularını netleştirdikleri, değerlerle uyumlu kararlar aldıkları ve kendi kendini yönetmede etkili oldukları bir şifa ilişkisi için hastaların beklentilerini karşılamada %95 etkili bir sistem oluşturduğu bulgusu ortaya konulmuştur.

Köberich ve Farin (2015), hasta merkezli hemşirelik bakımının hasta algılarını ölçen araçların sistematik bir incelemesini yapmışlardır. Bu kapsamda, 12 araştırma değerlendirmeye alınmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği, Müşteri Merkezli Bakım Anketi, Onkoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımının Kalitesine İlişkin Algıları Ölçeği ve Smoliner ölçeği olmak üzere dört araç, hasta katılımı ve klinisyen-hasta ilişkisi bağlamında değerlendirilmiştir. Psikometrik olarak incelenen ölçeklerin tatmin edici sonuçlar ortaya koyduğu ancak doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak yapısal geçerliliğin değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

Berghout vd. (2015), çalışmasında, hastanelerde görev yapan sağlık profesyonellerinin hasta merkezli bakıma dair görüşlerini nitel yöntemle incelemiştir. Doktor, hemşire, kalite çalışanları (teknisyen, tıbbi asistan vd.) ve yöneticilerden oluşan katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yapılmış ve veriler tematik analizle değerlendirilmiştir. Katılımcılar, HMB'yi hastanın bireysel ihtiyaç, tercih ve değerlerine duyarlı bir bakım modeli olarak tanımlamıştır. Öne çıkan temalar; bireyselleştirilmiş bakım, empatik iletişim, hasta katılımı ve disiplinler arası iş birliği olmuştur. Ancak zaman kısıtlamaları, iş yükü ve kurumsal yapıdaki engeller nedeniyle HMB'nin uygulanmasında zorluk yaşandığı belirtilmiştir.

Rankin (2015), Dorothy Smith'in kurumsal etnografi yaklaşımıyla hemşirelik pratiğini iyileştirmeye yönelik teknolojik gelişmeleri incelemiştir. "Hasta ve aile odaklı bakım" anlayışı altında, hemşirelik işinin nasıl yeniden yapılandırıldığı ve taburculuk odaklı baskılarla nasıl yönlendirildiği analiz edilmiştir. Veriler; hemşireler, yöneticiler, hastalar ve ailelerle yapılan görüşmelerin yanı sıra dijital kayıtlar ve belgelerden elde edilmiştir. Bulgular, hemşirelik uygulamalarının ideolojik söylemlerle örtülmüş yapısal baskılar altında şekillendiğini ortaya koymuştur.

Tsimtsiou, Kirana ve Hatzichristou (2014), Kuzey Yunanistan'ın genel bir hastanesinin 13 farklı kliniğinde yatan hastalara Hasta-Uygulayıcı Oryantasyon Ölçeği

(PPOS) uygulanarak hastaların hasta merkezli bakıma yönelik tutumları ölçülmüştür. Elde edilen bulgulara göre; yatan hastaların karar verme süreçlerinde katılımı eşit derecede yüksek olmadığı, bakımı veren doktorların ileri yaş, daha fazla eğitim yılı, daha yüksek algılanan sosyal destek, Tanrıya inanma derecesinin hasta merkezli beklentilere yönelik önemli etkileri olduğu bulguları olarak sıralanmıştır.

Sidani vd. (2014), Ontario Hemşireler Koleji'ne kayıtlı hemşireler üzerinde bütünsel, işbirlikçi ve duyarlı bakım bileşenlerini yansıtan hasta merkezli bakım ölçeğinin içerik ve yapı geçerliliği ile güvenilirliğini rapor etmiştir. Buna göre, akut bakım kurumlarında çalışan 149 pratisyen hemşireden elde edilen veriler faktör analizine tabi tutulmuştur. Ölçek bileşenlerinin kapsam geçerlilik indeksinin üç bileşen için de %100 olduğu ve düşük varyans değerlerinin düşük güvenilirlik seviyelerini açıkladığı bulguları ortaya konmuştur.

Kitson, Marshall, Bassett ve Zeitz (2013), hasta merkezli bakımın, sağlık politikası, tıp ve hemşirelik literatüründe ortak temel unsurlarını ortaya koymak amacıyla bir anlatı incelemesi ve sentezi gerçekleştirmiştir. Buna göre, 60 makalenin incelendiği çalışmada hasta merkezli bakıma yönelik ortak bir tanımlamanın olmadığı ve hasta katılımı ve karar verme, hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişki ve bakımın sunulduğu bağlam olmak üzere üç temel temanın belirlendiği ifade edilmiştir.

Zill, Scholl, Härter ve Dirmaier (2013), hasta merkezliliğin boyutlarını belirlemek ve bütüncül bir model ortaya koymak, modelin boyutlarını seçmek ve değerlendirmek, ölçüm araçlarını değerlendirmek ve klinik uygulama ve sağlık hizmetleri araştırmasında hasta merkezlilik kavramsallaştırmasının ve ölçümünün uygunluğunu ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla teorik açıklık ortaya koymaya çalışılmıştır.

Lusk ve Fater (2013), hasta merkezli bakım teriminin psikoloji, tıp, sosyal bilimler, fizik tedavi ve ergoterapiyi içeren hemşirelik ve meslekler arası literatür içindeki tanımlamasını ortaya koymak için kavram analizi yapmıştır. Analizi sonucunda, hasta merkezli bakımın kaliteli bakımın ayrılmaz bir parçası olduğu ve hastalar, kuruluşlar ve sağlık personelleri için olumlu sonuçları ortaya çıkardığı belirtilmiştir. Ayrıca HMB'nin hemşirelik tanımı yapılmıştır.

Mazor vd. (2013), hasta merkezli iletişim noktasında kanser tedavisi alırken hasta ve ailesinin iletişim deneyimlerine ilişkin kendi bildirdiği hasta ve aile algılarını toplamının uygulanabilirliği ve kabul edilebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini araştırmıştır. Bu amaçla kanser hastaları, aile üyeleri, klinisyenler ve sağlık kuruluşlarının liderleriyle yarı

yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Böylece, 106 katılımcı ile kanser tedavisi sırasında iletişim geliştirme, etkili iyileştirme stratejilerine dair çaba ve endişeler rapor edilmiştir.

McMillan vd. (2013), sağlık profesyonellerinin hastalara bakarken hasta merkezli bakım yaklaşımını nasıl sergileyeceği ve bu bakım modellerinin faydaları hakkında bilgi eksikliği düşüncesinden hareketle kronik koşullara sahip kişilerle ilgili HMB'nin bileşenlerini belirlemek amacıyla sistematik inceleme yapmışlardır. Sağlıkla ilgili veri tabanlarından elde edilen 30 çalışma bulgularına göre; müdahalelerin çoğunun, bakımı güçlendirme kavramına dayandığını ve tüketicileri eğitme veya bir sağlık danışmanlığının nasıl yönetileceği konusunda yönlendirme girişimlerini içerdiğini göstermiştir.

Rathert vd., (2013), hasta merkezli bakım ve sonuçlarına ilişkin kanıtları sistematik literatür taraması kapsamında incelemişlerdir. Buna göre, 40 makalenin incelendiği analiz sonucunda hasta merkezli bakım ile klinik sonuçları arasında karışık ilişkileri bulunduğu iddia edilmiştir. Bu bağlamda, HMB'nin memnuniyet ve öz-yönetim üzerinde olumlu etkileri olduğu, daha fazla bakım koordinasyonu ve artan kurumsal sorumluluğun genel bakım kalitesini artırdığı, gereksiz bakım kullanımını önleyerek genel maliyet tasarruflarının sağlandığı, bakımın koordinasyonu, duygusal destek, fiziksel rahatlık ve süreklilik ve geçiş boyutlarına odaklanan önemli bir araştırma eksikliği olduğu bulguları ortaya konulmuştur.

Marshall, Kitson ve Zeitz (2012), Güney Avustralya'nın metropol bir hastanesinde cerrahi servisinde yatan hastaların hasta merkezli bakıma yönelik anlayışını ortaya koymak ve kavramsallaştırmaya gitmek amacıyla nitel bir araştırma yapmışlardır. Bu kapsamda 10 hasta katılımcı olarak değerlendirmeye alınmış ve hastalar ile bireysel görüşme yapılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda, hastaların hasta merkezli bakım kavramına aşina olmadıkları, aldıkları bakımın türü ve kalitesini hizmeti sağlayan personel ile eş değer gördükleri, bakım sırasında bağlılık, katılım ve dikkat boyutlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade ettiklerine işaret edilmiştir.

Saha ve Beach (2011), hasta merkezli iletişim davranışlarının hastaların hekimleri değerlendirmeleri ve klinik önerilerin kabulü üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla ele alınan çalışmada, hastaların hekime verdiği puanları ve hekimin tavsiyesine cevaben karar vermelerini karşılaştırılmıştır. Hastaların, daha fazla HMB davranışı kullanan doktorlara daha fazla güven duydukları ve kanıta dayalı bir öneriyi kabul etmeye daha fazla istekli oldukları bulguları sonucu HMB'nin, doktorları kanıta dayalı bakımın sağlanmasında

daha etkili hale getirebilir önerisi geliştirilmiştir.

Catherine, Fortin, Haggerty, Lambert ve Poitras (2011), hastaların aile hekimliğinde hasta merkezli bakım algılarını değerlendiren araçları, alt ölçekleri veya maddeleri belirlemeyi ve karşılaştırma amacıyla sistematik derleme yapmışlardır. Derleme için, MEDLINE, Embase ve Cochrane veritabanları kullanılarak 1980-2009 dönemini kapsayacak şekilde literatür taraması yapılmıştır. Tarama sonucunda belirlenen kriterlere uygun olan 26 makale analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, 4 temel boyutta değerlendirilmiş ve hasta merkezli bakımın boyutlarını ele alan 11 araç belirlenmiştir. Kapsamlılık, süreklilik veya saygılı olma, aile hekimi ile devam eden ilişkiler olmak üzere birçok ölçüm ortaya konmuştur.

Jayadevappa ve Chhatre (2011), hasta merkezli bakımın kavramsal çerçevede değerlendirilerek HMB'nin bileşenlerinin etkileşimini tartışmışlardır. Bu amaçla, Medline, CINAHL ve Cochrane veri tabanları kullanılarak kapsamlı literatür taraması yapılmış ve hasta merkezli bakımı çeşitli özelliklerini, kabul edilebilirliğini ve sağlık alanında karşılaştırılmalı etkinliğini değerlendirmek için daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Bertakis ve Azari (2011), birinci basamak sağlık hizmeti ortamında hasta merkezli bakım ve sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla 1 yıl boyunca inceleme yapılmıştır. Elde edilen sonuç ölçütleri izlenen ücretler ve tıbbi bakım kullanımı üzerinden değerlendirilmiştir. Buna göre, hasta merkezli bakım ile 1 yıllık bakım süresince sağlık hizmeti kullanımı için toplam ücretler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bunun sebebinin de hasta merkezli bakım alan kişilerde özel bakım sevklerinin azalması, daha az tanı testinin yapılması ile ilgili olabileceği ifade edilmiştir.

Luxford, Safran ve Delbanco (2011), ABD'deki sağlık kurumlarında hasta merkezli bakımın önündeki kurumsal kolaylaştırıcıları ve engelleri araştırmıştır. Araştırma, sekiz sağlık kuruluşunda yapılan görüşmeleri içermektedir. Hastanelerin çeşitli birimlerinden yöneticiler; hasta merkezli bakımı teşvik etmek için kilit faktörlerin güçlü liderlik, stratejik iletişim, çalışan katılımı, personel memnuniyeti, hasta deneyimi ölçümü ve geri bildirim raporlaması, kaynak sağlanması, personel kapasitesinin geliştirilmesi, hesap verebilirlik ve teşvikler ve değişim ve öğrenmeyi destekleyen bir kültür olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, kurumsal kültürün değişmesi ve bu değişim için gereken sürenin uzun olması, hasta odaklı bakımın sağlanmasını engelleyen başlıca faktörler olarak gösterilmiştir. Hasta

merkezli bakımı teşvik eden kuruluşlar, klinik ölçüm ve denetime dayalı kalite iyileştirmenin ötesine geçerek stratejik bir yaklaşım benimsemişlerdir.

Lee ve Lin (2010), hasta merkezliliğin hasta sonuçları üzerindeki etkisini Tayvan’da bir hastanede tip-2 diyabetli hasta örneğine hasta özerkliği, hasta güveni, tatmini ve ruh sağlığı gibi faktörler kapsamında ele almışlardır. Elde edilen bulgulara göre, hasta merkezli bakımın, özerkliği saygı duymanın bir aracı olarak hastanın tercihlerine ve istekleri ölçüsünde güç ve sorumluluğu hekim ile paylaşması vurgusu yapılmaktadır.

Holmström ve Röing (2010), hasta merkezlilik ve hasta güçlendirme kavramlarını araştırmak ve hastalar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişkiyi netleştirmek için kavram analizi yaklaşımı benimsemişlerdir. Buna göre, hasta merkezlilik, hasta ve bakıcı arasındaki karşılaşma amacı ve hasta güçlendirme sürecinde değerli olması nedeniyle hasta merkezlilik ve hasta güçlendirme kavramlarının birbirini tamamlayıcı kavramlar olduğu bulgusu sunulmuştur.

Stone (2008), Planetree hasta merkezli bakım modelini yatan hasta kalite sonuçlarını yarı deneysel çalışma olarak değerlendirmiştir. Bu kapsamda, Planetree hasta merkezli bakım modelinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi, klinik sonuçlar (kalış süresi ve yeniden kabul süresi) ve bakım sağlama maliyeti (vaka başına maliyet ve hasta günü başına verimli hemşirelik saatleri) üzerindeki etkisi nedir? Sorularına cevap aranmıştır. Böylece hastanede efektif total diz veya total kalça eklemi replasman cerrahisi geçiren yatan 869 yetişkin hasta değerlendirmeye alınmıştır. Hastalardan elde edilen veriler analizine tutulmuş ve Planetree hasta merkezli bakım modelinin hasta memnuniyetini, kalış süresini ve vaka başına maliyeti olumlu etkilediği bulguları ortaya konulmuştur.

M. Moore (2008), Nepal’de hasta merkezli bakım modeli incelemek amacıyla doktor-hasta iletişimde hasta beklentileri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, Hasta Pratisyen Oryantasyon Ölçeği (PPOS)’nden uyarlanmış kesitsel anket, eğitim hastanesinde ayakta tedavi gören 308 hastaya rastgele olarak uygulanmıştır. Anket analizi sonucunda, hastalar açısından samimi ve saygılı bir şekilde tedavi edilmek, tam bilgilendirilme isteği ve yeterli bilgilenme sürelerinin önem arz ettiği, doktor tavsiyesi dışında bilgi almak istemedikleri ve doktor merkezli yanıtlar verdikleri vurgulanmıştır.

Mead ve Bower (2002), hasta merkezli danışmanlık önlemleri ile birinci basamaktaki sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ele alan literatürü metodolojik olarak incelemeye çalışmıştır. Ele alınan çalışmaların tümünün hasta merkezli olarak kabul edilen

doktor davranışı ile çeşitli hasta sağlığı sonuçları arasında ilişkiler olduğuna dair gözlemsel çalışmalar olduğu ancak bazı çalışmaların iç ve dış geçerlilik eksiklikleri barındırdığı ifade edilmiştir.

Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein ve Dick (2001), hasta merkezli bakımı teşvik etmeyi amaçlayan müdahalelerin etkilerini değerlendirmek için yapılan 17 çalışmanın bibliyografyalarını değerlendirmiştir. Buna göre, çalışmalar sağlık sorunlarının hetorejenlik gösterdiği, sağlık hizmeti sunucularının hasta merkezli yaklaşımlar konusunda eğitiminin hastanın bakımda memnuniyet üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının çoğunlukla birinci basamak hekimleri, pratisyenler, aile hekimleri, hemşireler olduğu, klinik konsültasyonlarda hasta merkezli bakımı teşvik etmeye yönelik bazı müdahalelerin, konsültasyon süreçlerinin hasta merkezliliğinde önemli artışlara yol açabileceği bulguları ortaya konulmuştur.

İlgili literatür değerlendirildiğinde; hasta merkezli bakımın farklı ülkelerde (Türkiye, ABD, Tayvan, Nepal, İsveç, Yunanistan, Kanada, Suudi Arabistan, Hollanda Kore, Japonya, Almanya, Etiyopya, Malezya, Çin ve Finlandiya), farklı araştırma türlerine konu olduğu görülmektedir. Araştırma amaçlarına göre anket, odak grup görüşmesi, literatür taraması, gözlem, yarı deneysel çalışma gibi nicel ve nitel araştırma yöntemlerine başvuran araştırmacılar, dünya ve Türkiye literatüründe yer alan HMB çalışmalarını birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında (kamu, özel, üniversite ve bakım merkezi gibi) çeşitli sağlık çalışanları (hemşire, hekim, ebe, diyetisyen, eczacı, Tıp öğrencileri, yöneticiler vd.) ve çeşitli hastalıklarla (kanser, diz ağrısı, ağır yatan hasta, kronik rahatsızlıklar, obezite vd.) mücadele eden hastalar üzerinden birçok klinikte farklı amaçlarla ele almıştır. Buna göre, HMB ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlık çalışanları üzerinden değerlendirildiği, sağlık çalışanlarının HMB düzeyleri, hastaların HMB'ye bakış, tutum ve değerlendirmeleri, HMB özelinde bibliyografik çalışmalar, HMB'nin klinik sonuçları ve maliyete etkisi, sağlık kurumlarında HMB uygulamaları, kolaylaştırıcı ve engellerine dair çalışmalar ortaya konmuştur. Elde edilen bulgulara göre, HMB'nin farklı tanımlamaları olduğu, HMB ölçümü için hazırlanan ölçeklerin yüksek güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu, sağlık çalışanlarının HMB'ye bakış açısının olumlu olduğu ve HMB değerlerinin yüksek olduğu ancak genelde cinsiyete ve işini sevme durumuna göre farklı değerler ortaya konulduğu, hastayı sürece dâhil etmede farklı sorunlar ortaya çıkabildiği, HMB'nin maliyet avantajı sağladığı ve tedavi sonuçlarını olumlu etkilediği, sağlık profesyonellerinin ve

hastaların HMB'ye karşı tutum ve davranışlarında HMB'nin boyutlarının (saygı, bilgilendirme, hasta katılımı vd.) önemli olduğu gibi çeşitli değerlendirmeler yapılmış ve araştırma önerileri geliştirilmiştir.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı ve önemi, araştırma yöntemi, araştırma modeli ve hipotezler, evren ve örneklem seçimi, kapsam ve sınırlılıklar, veri toplama araçları, verilerin toplanma süreci ve veri analizine yönelik yapılan açıklamalar bulunmaktadır.

#### **3.1. Araştırmanın Amaçları ve Önemi**

Araştırmanın ana amacı, Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesine sahip kamu, kamu üniversite ve özel hastanelerin sağlık turizmi birimlerinde çalışan sağlık personelinin profilini ortaya koymaktır. Araştırmanın alt amaçları ise sağlık turizmi sektöründe hasta merkezli bakım yetkinliğini değerlendirmek ve sağlık çalışanlarına göre sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme sebeplerini belirlemektir. Sağlık turizmi, küresel sağlık hizmetlerinde hızla büyüyen bir sektördür. Bu sektörde, sağlık hizmet sağlayıcılarının sunduğu bakım kalitesi ve özellikle sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkisi sağlık turizmi için kritik öneme sahiptir. Ancak literatürde bu yetkinin sistematik bir şekilde değerlendirilmesi konusunda herhangi bir çalışma ile karşılaşmamıştır. Bu kapsamda bu çalışmada çizilen kavramsal çerçevede şu sorulara cevap aranmıştır:

Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık kurum ve kuruluşlarının (kamu, kamu üniversitesi ve özel hastaneler) sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelin genel profili nasıl bir görünüm ortaya koymaktadır?

Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ne düzeydedir?

Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelin hastanelerine sağlık turistleri olarak gelen hastaların hastanelerini seçme sebeplerine duyarlılığı nasıldır?

Sağlık turizminde hasta merkezli bakım yetkinliği için hangi stratejiler önerilebilir?

#### **3.2. Araştırma Yöntemi**

Bu araştırma, sağlık turizmi kapsamında hasta merkezli bakım yetkinliğini ölçmeyi amaçlayan nicel bir araştırma tasarımı ile yürütülmüştür. Nicel araştırma yöntemi, geniş bir katılımcı grubundan sistematik veri toplanmasını ve bu verilerin istatistiksel analizler yoluyla anlamlı sonuçlara ulaşılmasını sağlayan bir yöntemdir. Araştırma, sağlık

çalışanlarına uygulanan anketler aracılığıyla veri toplama ve bu verilerin istatistiksel analizler yoluyla değerlendirilmesini içermektedir.

### 3.3. Araştırma Modeli ve Hipotezler

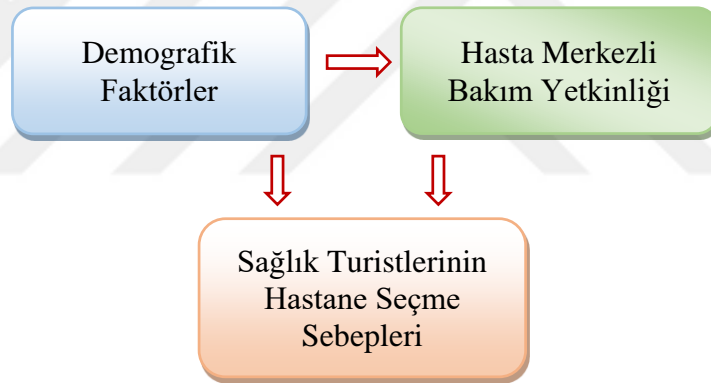
Hasta merkezli bakım (HMB), modern sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyetinin artırılması için önemli bir unsurdur. Bu bağlamda, sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelin bu alandaki yetkinliklerinin incelenmesi, sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlarda sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Stewart vd. (2024) hasta merkezli bakımın sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmada temel bir faktör olduğunu vurgulamışlardır. Eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Mead ve Bower (2000), sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin artmasının hasta merkezli bakım becerilerini geliştirdiğini göstermektedir. Ayrıca, Thom, Campbell ve Alto (1997), odak grup görüşmeleri sonucunda eğitim düzeyinin hasta-hekim ilişkisinde güven ve iletişimi artırdığını belirtmişlerdir. Bauman, Fardy ve Harris (2003) ise, eğitilmiş sağlık personelinin hasta merkezli bakım yaklaşımlarını daha etkili bir şekilde uygulayabildiğini göstermiştir. Luxford, Safran ve Delbanco (2011), 8 farklı hastanede yarı yapılandırılmış görüşmelerle işgücünün yeniden eğitimi, hasta odaklılık ve öğrenen bir kültürün oluşturulmasıyla sağlık hizmetlerinde kaliteyi teşvik ettiğini vurgulamışlardır. Frampton vd. (2017), literatür taraması yaptığı çalışmada sağlık personelinin işbirliği yeteneklerini genişletmek için eğitim almanın önemine vurgu yapılmış ve eğitim düzeyi yüksek sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım uygulamalarında daha başarılı olduğunu ortaya koymuştur. Bunn vd. (2017), mesleki deneyimi yüksek sağlık çalışanlarının, demans hastalarında diyabet yönetimi gibi karmaşık durumlarla başa çıkmada daha yetkin olduğunu göstermektedir. Deneyimli sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hojat vd. (2011), hekim-hasta ilişkisinde mesleki deneyimin empati ve hasta merkezli bakım yetkinliklerini olumlu yönde etkilediğini ve empatik iletişim kurarak hasta merkezli bakım sağlamada daha başarılı olan hekimlerin daha fazla doğru teşhiste bulunduğunu belirtmiştir. Bertakis ve Azari (2011), hasta merkezli bir yaklaşımın hastaların daha az endişe duymasına ve daha az tetkik ve sevk talep etmesine yol açabildiğini, ayrıca hekimlerin hasta ile etkileşimlerinin tıbbi ücretleri etkileyebileceği ve daha az tanısal belirsizlik gerektirebileceğini ifade etmiştir. Epstein ve Street (2011), hekimlerin daha dikkatli, bilgilendirici ve empatik

olmaları için eğitilmeleri, otoriteye dayalı bir rol yerine ortaklık, dayanışma, empati ve işbirliği hedeflerine sahip bir role dönüşmelerini sağlanmasının hasta merkezliliği artıracağını ifade etmiştir. Ratka (2018) ise, hasta merkezli bakımın sağlanması empatik sağlık bakım uygulayıcılarının olmasını gerektirdiğini ve bu kapsamda verilen hizmet içi eğitimlerin sağlık hizmetlerinde uygulama ve bakım kalitesini artırdığını belirtmiştir. Riedl ve Schüßler (2017), doktor-hasta ilişkisinin ve iletişiminin sağlık hizmeti sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmada iyi iletişim becerilerine sahip sağlık çalışanlarının, hastalar arasında güven ve memnuniyet oluşturduğunu belirtmektedir. Scholl vd. (2014), eğitim ve öğretim programları aracılığıyla oluşturulan disiplinler arası ve vasıflı ekiplerin iletişim becerilerinin hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir.

Araştırma modeli, araştırma amacı doğrultusunda teorik çerçeve ve literatürdeki mevcut bilgiler ışığında şekillendirilmiştir.

#### Araştırma modeli



Buna göre, araştırma için geliştirilen hipotezler şöyledir:

*Ana Hipotez 1: Sosyo-demografik ve diğer değişkenler ile hasta merkezli bakım yetkinliği değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*

H1: Sağlık turizmi kapsamında hizmet sunan sağlık kurumlarında çalışan personelin sosyo-demografik özellikleri, hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı farklılıklar ortaya koymaktadır.

H0: Hastanenin bulunduğu il ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Hastanenin bulunduğu il ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>1a</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin bulunduğu il ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>1b</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin bulunduğu il ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Hastanenin türü ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>2</sub>: Hastanenin türü ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>2a</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin türü ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>2b</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin türü ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Cinsiyet ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>3</sub>: Cinsiyet ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>3a</sub>: Personelin cinsiyetleri ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>3b</sub>: Personelin cinsiyetleri ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Medeni durum ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>4</sub>: Medeni durum ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>4a</sub>: Personelin medeni durumu ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>4b</sub>: Personelin medeni durumu ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Eğitim düzeyi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>5</sub>: Eğitim düzeyi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>5a</sub>: Personelin eğitim düzeyi ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>5b</sub>: Personelin eğitim düzeyi ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Yaş ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>6</sub>: Yaş ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>6a</sub>: Personelin yaşı ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>6b</sub>: Personelin yaşı ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Gelir seviyesi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>7</sub>: Gelir seviyesi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>7a</sub>: Personelin geliri ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>7b</sub>: Personelin geliri ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Pozisyon ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>8</sub>: Pozisyon ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>8a</sub>: Personelin pozisyonu ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>8b</sub>: Personelin pozisyonu ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Çalışma şekli ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>9</sub>: Çalışma şekli ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>9a</sub>: Personelin çalışma şekli ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>9b</sub>: Personelin çalışma şekli ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Meslekte çalışma süresi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>10</sub>: Meslekte çalışma süresi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>10a</sub>: Personelin meslekte çalışma süresi ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>10b</sub>: Personelin meslekte çalışma süresi ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Birimde çalışma süresi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>11</sub>: Birimde çalışma süresi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>11a</sub>: Personelin birimde çalışma süresi ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>11b</sub>: Personelin birimde çalışma süresi ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Meslek odası ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>12</sub>: Meslek odası ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>12a</sub>: Personelin meslek odasına bağlı bulunması ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>12b</sub>: Personelin meslek odasına bağlı bulunması ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Yabancı dil bilgisi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>13</sub>: Yabancı dil bilgisi ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>13a</sub>: Personelin yabancı dil bilgisi ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>13b</sub>: Personelin yabancı dil bilgisi ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Hizmet içi eğitim ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>14</sub>: Hizmet içi eğitim ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>14a</sub>: Personelin hizmet içi eğitim alması ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>14b</sub>: Personelin hizmet içi eğitim alması ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Kurum dışı eğitim ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>15</sub>: Kurum dışı eğitim ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>15a</sub>: Personelin kurum dışında eğitim alması ile süreç ve saygı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>15b</sub>: Personelin kurum dışında eğitim alması ile hasta hakları ve konfor alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

*Ana Hipotez 2: Sosyo-demografik ve diğer değişkenler ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.*

H<sub>2</sub>: Sağlık turizmi kapsamında hizmet sunan sağlık kurumlarında çalışan personelin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri değişkenleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H<sub>0</sub>: Hastanenin bulunduğu il ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>1</sub>: Hastanenin bulunduğu il ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>1a</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin bulunduğu il ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>1b</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin bulunduğu il ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Hastanenin türü ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>2</sub>: Hastanenin türü ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>2a</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin türü ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>2b</sub>: Personelin çalıştığı hastanenin türü ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Cinsiyet ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>3</sub>: Cinsiyet ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>3a</sub>: Personelin cinsiyeti ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>3b</sub>: Personelin cinsiyeti ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Medeni durum ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>4</sub>: Medeni durum ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>4a</sub>: Personelin medeni durumu ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>4b</sub>: Personelin medeni durumu ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Eğitim düzeyi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>5</sub>: Eğitim düzeyi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>5a</sub>: Personelin eğitim düzeyi ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>5b</sub>: Personelin eğitim düzeyi ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Yaş ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>6</sub>: Yaş ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>6a</sub>: Personelin yaşı ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>6b</sub>: Personelin yaşı ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Gelir seviyesi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>7</sub>: Gelir seviyesi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>7a</sub>: Personelin geliri ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>7b</sub>: Personelin geliri ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Pozisyon ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>8</sub>: Pozisyon ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>8a</sub>: Personelin pozisyonu ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>8b</sub>: Personelin pozisyonu ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Çalışma şekli ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>9</sub>: Çalışma şekli ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>9a</sub>: Personelin çalışma şekli ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>9b</sub>: Personelin çalışma şekli ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Meslekte çalışma süresi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>10</sub>: Meslekte çalışma süresi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>10a</sub>: Personelin meslekte çalışma süresi ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>10b</sub>: Personelin meslekte çalışma süresi ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Birimde çalışma süresi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>11</sub>: Birimde çalışma süresi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>11a</sub>: Personelin birimde çalışma süresi ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>11b</sub>: Personelin birimde çalışma süresi ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Meslek odası ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>12</sub>: Meslek odası ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>12a</sub>: Personelin meslek odasına bağlı bulunması ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>12b</sub>: Personelin meslek odasına bağlı bulunması ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Yabancı dil bilgisi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>13</sub>: Yabancı dil bilgisi ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>13a</sub>: Personelin yabancı dil bilgisi ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>13b</sub>: Personelin yabancı dil bilgisi ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Hizmet içi eğitim ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>14</sub>: Hizmet içi eğitim ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>14a</sub>: Personelin hizmet içi eğitim alması ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>14b</sub>: Personelin hizmet içi eğitim alması ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>0</sub>: Kurum dışı eğitim ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>15</sub>: Kurum dışı eğitim ile sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>15a</sub>: Personelin kurum dışında eğitim alması ile standart ve kalite alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H<sub>15b</sub>: Personelin kurum dışında eğitim alması ile maliyet ve yakınlık alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

*Ana Hipotez 3: Sağlık Turistlerin Tercih Sebeplerinin Önem Derecesi ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.*

### **3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini Türkiye’de Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ) tarafından Ağustos 2021 tarihi itibarıyla yetkilendirilmiş, 52 ilde bulunan 1.297 sağlık tesisi (Harita 1) oluşturmaktadır. Türlerine göre sağlık tesisi sayısı: 33 kamu üniversitesi hastanesi, 24 vakıf üniversitesi hastanesi, 345 özel hastane, 121 kamu hastanesi, 46 özel poliklinik, 118 özel tıp merkezi, 201 özel ağız ve diş sağlığı polikliniği, 16 özel ağız ve diş sağlığı merkezi, 1 özel ağız ve diş sağlığı hastanesi, 9 kamu ağız ve diş sağlığı hastanesi, 5 kamu ağız ve diş sağlığı merkezi, 13 konaklamalı fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, 341 muayenehane, 2 özel laboratuvar, 5 özel fizik tedavi ve rehabilitasyon tıp merkezi, 7 özel fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, 1 özel fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, 2 özel kadın sağlığı ve üreme merkezi, 1 özel görüntüleme müessesesi, 2 özel genetik hastalıklar tanı merkezi, 2 özel diyaliz merkezi, 1 özel evde bakım merkezi, 1 özel görüntüleme ve tanı müessesesidir. Bu hastaneler, sağlık turizmi hizmetlerini yasal olarak sunma yetkisine sahip olup, sağlık turisti olarak kabul edilen uluslararası ve yerel hastalara hizmet vermektedir. Sağlık çalışanları ise, hasta merkezli bakım hizmetlerini doğrudan etkileyen doktorlar, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer ilgili sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.



üniversite ve özel hastanelerin sağlık turizmi birimlerinde görev yapan sağlık personelinin seçilmesi, çalışmanın amaçlarıyla doğrudan örtüşmektedir. Araştırmanın temel amacı, bu birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki profilini ortaya koymak olduğundan, doğrudan sağlık turizmi faaliyetlerinin içinde yer alan personelin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca hasta merkezli bakım yetkinliğinin ve sağlık turistlerinin hastane tercih nedenlerine ilişkin algıların ölçülmesi hedeflendiği için, uluslararası hasta ile birebir temas hâlinde olan bu personelin görüşleri, elde edilen verilerin geçerliliği ve uygulama açısından temsil gücü bakımından değerli görülmektedir. Örneklemenin kamu ve özel sektör temsilcilerini içermesi ise, farklı kurumsal yapıların bakım anlayışı ve hizmet sunumuna yansıyan etkilerini karşılaştırmalı olarak değerlendirme imkânı sunmuştur.

### **3.5. Kapsam ve Sınırlılıklar**

Bu araştırma, Türkiye'deki kamu, özel ve kamu üniversite hastanelerinin sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelin hasta merkezli bakım yetkinliklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, araştırma kapsamı aşağıdaki unsurları içermektedir:

**Katılımcı Profili:** Araştırma, Türkiye'deki kamu, özel ve kamu üniversite hastanelerinin sağlık turizmi birimlerinde görev yapan personeli kapsamaktadır. Bu kapsamda, doktorlar, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer sağlık personeli araştırmanın hedef kitlesini oluşturmaktadır.

**Coğrafi Konum:** Araştırma, Türkiye genelinde farklı illerde bulunan kamu, özel ve kamu üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Bu sayede, farklı coğrafi bölgelerdeki sağlık turizmi uygulamaları ve personelin yetkinlikleri hakkında geniş kapsamlı veriler elde edilmeye çalışılmıştır.

**Zaman:** Araştırma, belirli bir zaman dilimini kapsamaktadır. Veriler, Eylül 2022-Kasım 2023 ile Nisan-Mayıs 2024 döneminde toplanmış ve analiz edilmiştir.

**Veri Toplama Yöntemi:** Araştırmada anket yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin seçilmesindeki amaç, geniş bir katılımcı kitlesinden kısa sürede veri toplayabilmektir.

Araştırma kapsamlı bir değerlendirme sağlamayı amaçlasa da, bazı sınırlılıklar söz konusudur. Bu sınırlılıklar, araştırmanın bulgularının genellenebilirliği ve geçerliliği üzerinde etkili olabilmektedir. Buna göre başlıca sınırlılıklar şöyledir:

**Örneklem kısıtlılığı:** Araştırmanın örnekleme, sadece Türkiye’de araştırma izni veren kamu, özel ve kamu üniversite hastanelerinin sağlık turizmi birimlerinde çalışan personelden oluşmaktadır. Bu durum, bulguların sağlık turizmi yetki belgesi almış diğer sağlık tesisleri ve diğer ülkelerdeki sağlık turizmi birimlerine genellenebilirliğini sınırlayabilmektedir. Ayrıca, belirli hastanelerdeki katılımın düşük olması, sonuçların temsil gücünü etkileyebilmektedir.

**Zaman Sınırlılığı:** Araştırma verileri, belirli bir zaman diliminde (2022-2024) toplanmıştır. Bu nedenle, sağlık turizmi birimlerinde zamanla meydana gelebilecek değişiklikler ve gelişmeler araştırma bulgularına yansımayacaktır. Gelecekte yapılacak çalışmalar, daha uzun bir zaman dilimini kapsayarak bu sınırlılığı aşabilir.

**Veri Toplama Yöntemi:** Araştırmada kullanılan anket yöntemi, katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Bu durum, yanıtların doğruluğunu ve objektifliğini sınırlayabilir. Özellikle, sosyal istenilirlilik yanlılığı ve katılımcıların anket sorularını yanlış anlama riski, cevaplama gönüllülüğünün düşük olması, yönetim korku veya baskısı gibi durumlar veri kalitesini etkileyebilir.

**Kültürel ve Kurumsal Farklılıklar:** Türkiye’deki farklı bölgelerdeki hastaneler arasında kültürel ve kurumsal farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, sağlık turizmi birimlerinin çalışma koşulları ve personelin hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerinde etkili olabilir. Bu nedenle, bulguların tüm Türkiye genelinde genellenebilirliği sınırlı olabilir.

**Kontrol Edilemeyen Değişkenler:** Araştırma, çeşitli bağımsız değişkenlerin hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlasa da, kontrol edilemeyen birçok dışsal değişken (örneğin hastane politikaları, hasta popülasyonunun özellikleri, depresyon vd.) sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalar bu sınırlılıkları aşarak daha kapsamlı ve genellenebilir sonuçlar elde etmeye yönelik olarak tasarlanabileceği düşünülmektedir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Yapılan araştırmalar kapsamında birincil verilerin elde edilmesi için nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu, daha önce geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçeklerden uyarlanarak hazırlanmıştır. Literatürde, hasta merkezli bakım için geliştirilen ölçeklerin çoğu hasta bakış açısına odaklanırken,

Hwang (2015)'ın Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeği, sağlık personelinin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçek olarak öne çıkmaktadır. Buna göre, hasta merkezli bakım yetkinliğini ölçmek amacıyla Hwang (2015) tarafından geliştirilen bakım yetkinliği ölçeğinin Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçek versiyonu kullanılmıştır. Bu ölçekte, hasta bakım yetkinliği 4 boyutta ve 17 madde ile ölçülmektedir. Sosyo-demografik bilgilere erişmek için ise, Türkiye'de yürütülmüş tezlerden (Erdoğan, 2019; Balcı, 2021) faydalanılmıştır. Sağlık turistlerinin (yabancı hastaların) hastanelerini seçme sebeplerinin ölçüldüğü ölçek ise Dökme (2016)'nin çalışmasından alınmıştır ve ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. Buna göre, pilot çalışma yapılarak anket formunun son hali verilmiştir. Anket formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, dil bilgisi gibi bilgilerini içeren demografik bilgiler; katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinliklerini ölçmek için hasta merkezli bakım yetkinliği soruları vardır. Bu sorular, hasta ile iletişim, empati, karar verme sürecine hasta katılımı gibi yetkinlikleri değerlendirmektedir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Yetkili mercilerden (Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri, Hastane Yönetimleri) araştırma izinleri alındıktan sonra, belirlenen hastanelere gidilerek sağlık profesyonellerine anketler uygulanmıştır. Anketler, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış olup, katılımcıların rahatça cevap verebilmeleri için gerekli ortam sağlanmıştır. Araştırmanın amacı ve önemi katılımcılara detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Bu süreçte, katılımcıların gönüllü olarak ankete katılmaları teşvik edilmiştir. Anketlerin uygulanması sırasında, katılımcılara araştırmanın gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uygun olarak yürütüleceği belirtilmiş, elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı vurgulanmıştır.

### **3.8. Verilerin Analize Hazırlanması ve Analizi**

Örneklemeden elde edilen anket verileri analize başlanmadan önce ayıklanmış eksik ve yanlış doldurulmuş anketler analiz dışı bırakılmıştır. Ayıklanan veriler paket programa kodlamalar şeklinde kaydedilmiş, analizler için uygun veri yapısı oluşturulduktan verilerin çözümlenmesinde frekans, standart sapma, ortalama gibi betimsel istatistikler verilmiştir. Daha sonra veri analizi sürecinde aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

1. Tanımlayıcı istatistikler: Demografik veriler ve anket sorularına verilen yanıtlar için frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır.

2. Ölçek analizleri: Sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri ve hasta merkezli bakım yetkinliği için çarpıklık (Skewness), basıklık (Kurtosis), ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır.

3. Güvenilirlik analizi: Anket sorularının iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach's Alpha katsayısı, yapısal geçerliliğini analiz etmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

4. Regresyon analizi: Araştırmada hasta merkezli bakım yetkinliğinin sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri üzerindeki etkisini analiz etmek için çoklu regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır.

5. Varyans analizi (ANOVA) ve Bağımsız örneklem t-testi: Demografik değişkenler bakımından sağlık çalışanlarının sağlık turistlerinin hastane seçme sebepleri ve hasta merkezli bakım yetkinliği unsurları ile ilgili algılarda farklılık olup olmadığı ANOVA ve t-testleri ile incelenmiştir.

6. Araştırma hipotezlerinin testinde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır (George ve Mallery, 2024: 140).

### **3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları**

Bu çalışma, sağlık turizmi birimlerinde hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin tercih sebeplerini çeşitli demografik ve kurumsal değişkenler açısından değerlendirmiş olmakla bazı güçlü yönler ve kısıtlılıklara sahiptir.

#### **3.9.1. Güçlü yönler**

Erişilebilen literatüre göre özellikle Türkiye'de olmak üzere içerik ve yöntem açısından çalışmaya benzer şekilde ayrıntılı analiz yapılan başka bir çalışma bulunmamaktadır.

Anketler; sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşme yöntemi yoluyla araştırmacı tarafından uygulanarak toplanmıştır. Çalışanların anlamadığı sorular olduğunda araştırmacı tarafından açıklama yapılmıştır.

#### **3.9.2. Kısıtlılıklar**

Araştırma, kesitsel bir tasarıma dayandığı için neden-sonuç ilişkileri kurulmamaktadır; yalnızca mevcut durum değerlendirmesi yapılmıştır. Bu durum, elde edilen bulguların zamana bağlı değişimini izleme olanağı sunmamaktadır.

Araştırma, katılımcıların anket formunu değerlendirirken objektif davrandığını varsaymaktadır.

Araştırma döneminde bazı il sağlık müdürlükleri ve hastane yönetiminde araştırma izninin verilmemesi ve Kahramanmaraş Depreminin meydana getirdiği yıkım nedeniyle örnekleme tam olarak ulaşılamamıştır.

Araştırmaya sadece sağlık çalışanları dâhil edilmiştir, araştırma konusunu hasta perspektifinden değerlendirme söz konusu olmamıştır.

Araştırma yalnızca Türkiye sınırları içerisindeki belirli sayıda hastanede sınırlı kalmış; uluslararası karşılaştırmalar analiz edilmemiştir. Dolayısıyla sonuçların genellenebilirliği coğrafi ve kültürel bağlamla sınırlıdır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde anket verileri, paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin demografik dağılımını, katılımcıların genel özelliklerini ve hasta merkezli bakım yetkinliklerinin genel düzeyini belirlemek için tanımlayıcı ve açıklayıcı istatistikler kullanılarak bütünsel bir yaklaşım ortaya konulmuştur.

#### 4.1. Araştırma Bulguları

Toplanan verilere ilişkin frekans analizleri, normallik analizleri, geçerlilik ve güvenilirlik, faktör analizi, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları tablolarda gösterilmiştir. Verilerin değerlendirmesi, %95 güven aralığında ve  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde yapılmıştır.

##### 4.1.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans analizi

Araştırmaya dâhil olan katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

İfadeler	Frekanslar (n)	Yüzde (%)	İfadeler	Frekanslar (n)	Yüzde (%)
<b>Hastanenin Bulunduğu İl</b>			<b>Çalışma Şekli</b>		
İstanbul	168	46,7	Tam zamanlı	313	86,9
Ankara	75	20,8	Kısmi	7	1,9
Antalya	22	6,1	Vardiya	40	11,1
Diğer	95	26,4	Toplam	360	100,0
Toplam	360	100,0	<b>Mesleki Çalışma Süresi</b>		
<b>Hastane Türü</b>			1 yıldan az	11	3,1
Kamu Hastanesi	137	38,1	1-5 yıl	97	26,9
Kamu Üniversite Hastanesi	59	16,4	6-10 yıl	74	20,6
Özel Hastane	164	45,6	11-15 yıl	68	18,9
Toplam	360	100,0	16-20 yıl	51	14,2
<b>Cinsiyet</b>			21-24 yıl	26	7,2
Kadın	206	57,2	26-30 yıl	20	5,6
Erkek	154	42,8	31-35 yıl	9	2,5
Toplam	360	100,0	Toplam*	360	100,0
<b>Medeni Durum</b>			<b>Birimde çalışma süresi</b>		
Evli	228	63,3	1 yıldan az	31	8,6
Bekar	131	36,4	1-3 yıl	120	33,3

Toplam*	360	100,0	4-6 yıl	101	28,1
<b>Eğitim Durumu</b>			7-9 yıl	44	12,2
İlköğretim	1	0,3	10-12 yıl	39	10,8
Lise	26	7,2	13-15 yıl	13	3,6
Önlisans	69	19,2	16-18 yıl	6	1,7
Lisans	180	50,0	19-21 yıl	3	0,8
Lisansüstü	84	23,3	Toplam*	360	100
Toplam	360	100,0	<b>Meslek Odası</b>		
<b>Yaş</b>			Var	26	7,2
18-24	23	6,4	Yok	334	92,8
25-31	89	24,7	Toplam	360	100
32-38	99	27,5	<b>Yabancı Dil</b>		
39-45	102	28,3	Hiç	47	13,1
46-52	39	10,8	1	172	47,8
52 ve üstü	8	2,2	2	96	26,7
Toplam	360	100,0	3	24	6,7
<b>Gelir</b>			4	7	1,9
5.500-7.499 TL	19	5,3	5 ve üzeri	14	3,9
7.500-7.499 TL	41	11,4	Toplam	360	100,0
9.500-11.499 TL	59	16,4	<b>Yurtdışı Hizmet İçi Eğitim</b>		
11.500-13.499 TL	68	18,9	Evet	23	6,4
13.500-15.499 TL	66	18,3	Hayır	337	93,6
15.500 TL ve üstü	107	29,7	Toplam	360	100,0
Toplam	360	100,0	<b>Kurumda Hizmet İçi Eğitim</b>		
<b>Pozisyon</b>			Evet	218	60,6
İdari	180	50,0	Hayır	142	39,4
Tıbbi Personel	52	14,4	Toplam	360	100,0
HYP	128	35,6			
Toplam	360	100,0			

\*Toplam değer içinde kayıp veriler mevcuttur.

Katılımcılara yönelik cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, yabancı dil bilgisi, kurumun bulunduğu il, çalıştığı kurum türü, çalışma şekli, pozisyonu, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, bağlı bulunduğu meslek odasının olup olmadığı, yurtdışında hizmet içi eğitim ve kurumda hizmet içi eğitim alıp almadığına dair bilgiler Tablo 4.1’de verilmiştir. Buna göre, katılımcıların büyük çoğunluğu İstanbul, Ankara, Antalya’dan katılmıştır. Bunun nedeni sağlık turizmi yetki belgesi almış hastanelerin bu illerde yoğunlukta olması dolayısıyla sağlık turizmi hareketliliğinin yaşanması ve hastanelerin ilgili birimde istihdam ettiği personel sayısının diğer illere kıyasla daha fazla olmasına

bağlanabilmektedir. Diğer iller ise sırasıyla; Trabzon, İzmir, Bolu, Çanakkale, Bursa, Aydın, Manisa, Kocaeli, Sivas, Balıkesir, Konya, Giresun ve Kayseri illeridir. Bu illerde yetki belgesi alan hastane sayısının az olması ve sağlık turizmi hareketliliğinden daha çok turistin sağlığının ön plana çıkması illerdeki katılımcı sayısının az olmasına neden olmuştur.

Katılımcıların çalıştığı kurum türüne göre ise özel hastane ve kamu hastanelerinin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Türkiye’de özel hastanelerin başta medikal turizm olmak üzere sağlık turizmi hizmet ve gelirlerinde lider konumda olması, kamu hastanelerinin daha çok kamu sağlığına yönelmesi, özel ve kamu hastanelerine kıyasla sayıca daha az yetki belgesi almış kamu üniversite hastanelerinin olması Ankara ve İstanbul’daki özel hastanelerin sağlık turizmindeki payını artıran sebepler olarak düşünülmektedir.

Katılımcıların %57,2’si kadın, %42,8’i ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu evlidir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında lisans ve lisansüstü eğitim seviyelerine sahip oldukları görülmektedir. Bu da hastanelerin sağlık turizminde birimlerinde kalifiye işgücünün istihdamına işaret etmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %70’i Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının “genç yaş aralığı” olarak kabul ettiği 25-44 yaş aralığında yer almaktadır. Böylece, hastanelerde oluşturulan sağlık turizmi birimlerinde dinamik bir ekip söz konusudur denilebilmektedir.

Gelir sınıflamasındaki miktarlar dönemin asgari ücreti dikkate alınarak oluşturulmuştur. Miktarların düşük görünmesinin sebebi araştırmanın etik onayı alındığı tarih ile araştırma bitiş tarihi arasında asgari ücret rakamlarının sıklıkla (bazı yıllar senede 2 zam) değişmesidir. Rakamsal değişiklikleri mevcut maaşlar dâhilinde oranlayarak işaretleme yapan katılımcıların büyük çoğunluğunun dönemsel asgari ücretlerin üstünde ücret ile çalıştığı bilgisine ulaşılmıştır.

Katılımcıların pozisyonlarına göre dağılımlarında birçok farklı pozisyon olduğu görülmüştür. Buna göre pozisyonlar idari (başhekim, başhekim yardımcısı, insan kaynakları, idari sorumlu, pazarlama, bilgi işlem, fatura vd), tıbbi personel (hekim, diyetisyen, hemşire, ebe, fizyoterapist, vd.) ve hasta yönlendirme personeli (HYP) (tercüman, rehber, koordinatör, danışman, dış kaynak, süpervizör vd.) olarak gruplandırılmıştır. Buna göre katılımcıların yarısı idari pozisyonda görevlidir. Operasyon ekibi pozisyonundaki katılımcı sayısının az olmasının nedeni yoğun çalışma temposu vd.

sebeplerden ötürü araştırmaya katılım sağlamamaları ve çoğunlukla birim sorumlusu olarak görevli olmaları olduğu düşünölmektedir.

Çalışma şekli bağlamında katılımcıların % 86,9'u tam zamanlı çalışmaktadır.

Katılımcıların mesleki çalışma süresine göre dağılımı incelendiğinde sırasıyla 1-5 yıl [%26,9] ve 6-10 yıl [%20,6] süreleri olduğu görölmektedir. Birimde çalışma süreleri de (1-3 yıl [%33,3] ve 4-6 yıl [%28,1]) mesleki çalışma sürelerine paralel seyretmektedir. Türkiye sağlık turizmine yönelik atılımların özellikle son on yıllarda artış gösterdiği kabulü ve başta sağlık turizmi birimini kurmak, yetki belgesi almak, yetki belgesi alınsa bile birkaç yıl sonrası hasta kabulüne başlamak gibi durumlardan ötürü çalışma sürelerinin uzun yıllara kıyasla az olduğu görölmektedir. Ancak bu durum katılımcıların yaşları dikkate alındığında oluşturulan sağlık turizmi birim ekibinin genç ve dinamik olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların bildiği yabancı dil değerlendirmesinde büyük çoğunluğın (%47,8) en az bir yabancı dil bildiği görölmektedir. İki ve daha fazla yabancı dil bilen personel sayısı hiç yabancı dil bilmeyenlerin üç katıdır. Bu durum literatürde kabul edilen "yabancı dil bilen personel varlığı" bulgusunun destekler niteliktedir.

Katılımcıların bağlı bulunduğu meslek odaları sorusuna büyük çoğunluğın (%92,8) hayır cevabını vererek herhangi bir meslek odasına bağlı olmadığı görölmektedir. Meslek odasına bağlı olanların ise, Türk Tabipler Birliği ve Hemşireler Odası gibi çeşitli meslek odalarına bağlı oldukları görölmektedir.

Katılımcıların kurumda hizmet içi eğitim alıp almadığına dair soruda katılımcıların yarısından fazlasının evet (%60,6) cevabı verdiği görölmektedir. Buna göre, hastanelerin oluşturdukları sağlık turizmi ekibinin tercih süreçlerini etkileyen kaliteli sağlık hizmeti sunumu vd. faktörleri destekler nitelikte olduğu görölmektedir. Ancak katılımcıların yurtdışı hizmet içi eğitim sorusuna hayır (%93,6) cevabını verdikleri görölmektedir.

#### **4.1.2. Normallik analizi (Kolmogorov-Smirnow testi)**

Veri setinin normal dağılıma uygunluğunu test etmeye yönelik  $n > 50$  olduğu için Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçları incelenmiştir. Değişkenlerin ortalama, standart sapma, çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) gibi temel betimsel istatistiksel değerlere göre dağılımları incelenmiştir. George ve Mallery (2024: 114-115), basıklık ve çarpıklık referans değerleri hakkında; basıklık değerinin  $\pm 1,0$  arasında olması çoğu psikometrik amaç için mükemmel kabul edilir, ancak uygulamaya bağlı olarak  $\pm 2,0$  arasında bir değer de birçok durumda kabul edilebileceğini şeklinde ifade etmiştir. Tabachnick ve

Fidell (2019: 69-70),  $n > 200$  büyük örneklemelerde  $\pm 2,0$  değerlerinin kullanılabilirliğini, Adams ve McGuire (2023: 195-196), çarpıklığı değerlendirmede çarpıklık değerinin  $\pm 2,0$  arasında olması durumunda normal dağılım kriterlerinin sağlanmış olduğunu belirtmiştir. Bunlara ek olarak, normallik varsayımının sağlandığının kabul edilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3,0$  değerlerini uygun aralık olarak kullanan çalışmalar da mevcuttur. Kline (2023)'a göre normallik varsayımının sağlanabilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin 3'ten küçük olması gerekmektedir. Örneklem büyüklüğü arttıkça standart hatalar azaldığı için, büyük örneklemelerde z-testleri normallikten küçük sapmaları bile istatistiksel olarak anlamlı görerek normallik hipotezini kolayca reddedebilmektedir. Küçük örneklemelerde ise normallik hipotezi gereğinden fazla kolay kabul edilebilmektedir. Bu nedenle, özellikle 300'ün üzerindeki örneklemelerde sadece z-değerlerine değil; çarpıklık ve basıklık değerlerine de bakılmalıdır. Mutlak çarpıklık  $> 2$  veya mutlak basıklık  $> 7$  ise, normallikten önemli sapma olduğu kabul edilmektedir (Kim 2013: 53). Dağılımın şekil açısından normallikten ne kadar saptığını ve bu değerlerin dikkat çekecek kadar büyük olup olmadığını anlamak önemli olsa da, araştırmacı örneklem büyüklüğünün etkilerini de dikkate almalıdır. Örneklem büyüklüğü örnekleme hatasını azaltarak istatistiksel gücü artırır. Özellikle 50 veya daha az gözlem içeren küçük örneklemelerde normallikten önemli sapmalar sonuçları etkileyebilirken, 200 veya daha fazla örneklem büyüklüğünde bu etkiler önemsiz olabilmektedir. Dahası, ANOVA gibi grup karşılaştırmaları yapıldığında, gruplar arasındaki farklı örneklem büyüklükleri, yeterince büyükse, zararlı etkileri bile ortadan kaldırmaktadır (Hair vd., 2019: 95). Ayrıca, literatürde, örneklem büyüklüğü 30'dan büyük olduğunda, örneklemin dağılımının Merkezi Limit Teoremi'nin gerektirdiği şekilde normal dağılıma yakınsadığı bilinmektedir (Mordkoff, 2015: 1-6).

**Tablo 4.2.** Sağlık Turistlerinin Hastane Seçme Sebeplerine İlişkin İfadelerin Normallik Test Sonuçları

İfadeler	Kolmogorov-Smirnov			Skewness	Kurtosis
	n	Z	p	İstatistik	İstatistik
Tedavi maliyetlerinin düşük olması	360	0,266	0,000	-1,020	0,504
Yüksek standartta sağlık hizmeti	360	0,266	0,000	-1,193	1,602
Coğrafi açıdan yakın olması	360	0,262	0,000	-0,890	0,631
Ucuz ülke olması	360	0,239	0,000	-1,070	0,891
Sağlık hizmeti yanında turistik özelliklerinin fazla olması	360	0,253	0,000	-0,885	0,305
Hijyene önem vermesi	360	0,251	0,000	-1,023	0,830
Hizmet verme süresi	360	0,256	0,000	-1,074	0,864

Hastanenin teknik donanımı	360	0,302	0,000	-1,303	1,614
Hastanenin hekim kadrosu	360	0,301	0,000	-1,516	2,818
Hastanenin uluslararası standardı	360	0,241	0,000	-1,140	1,232
Aracı kuruluşların yönlendirmesi	360	0,241	0,000	-0,757	-0,276

Bu verilere göre örneklem büyüklüğü açısından Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği, örneklem grubu arasında istatistiksel olarak farklılık sergilenmediği görülmüştür. İkinci normallik analizi olarak çarpıklık-basıklık analizinde de tüm ifadelerin veri seti dağılımı  $\pm 3,0$  ve  $0,7$  aralığında dağılım gösterdiği için veri setinin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Merkezi Limit Teoremi'ne göre de verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 4.3.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Normallik Test Sonuçları

İfadeler	Kolmogorov-Smirnov			Skewness	Kurtosis
	n	Z	p	İstatistik	İstatistik
Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.	360	0.293	0,000	-1,321	3,083
Klinik görüşme, hasta planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.	360	0.278	0,000	-1,481	3,852
Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihlerini, iletişim, aile ve arkadaşlarının duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.	360	0.249	0,000	-1,077	1,763
Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.	360	0.276	0,000	-1,457	3,240
Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.	360	0.268	0,000	-1,418	3,467
Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.	360	0.285	0,000	-1,277	2,188
Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum.	360	0.255	0,000	-1,119	1,813
Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	360	0.261	0,000	-1,326	2,711
Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.	360	0.286	0,000	-1,17	2,444
Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.	360	0.268	0,000	-1,03	1,689
Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.	360	0.266	0,000	-1,120	2,317
Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.	360	0.259	0,000	-1,299	2,511
Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.	360	0.272	0,000	-1,334	3,259

Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.	360	0.306	0,000	-1,593	3,410
Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	360	0.289	0,000	-1,652	3,823
Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.	360	0.270	0,000	-1,435	3,173
Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlamasına katılırım.	359	0.264	0,000	-1,487	3,636

Tablo 4.3'e göre hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY)'ne ait verilerin örneklem büyüklüğü açısından Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda normal dağılım göstermediği, örneklem grubu arasında istatistiksel olarak farklılık sergilemediği görülmüştür. İkinci normallik analizi olarak çarpıklık-basıklık analizinde de veri seti dağılımı  $\pm 3,0$  aralığında dağılım gösterdiği için veri setinin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

#### 4.1.3. Ortalama ve standart sapma değerleri

Katılımcılara sorulan diğer soru ise kurumunuza gelen sağlık turistlerinin gözünden değerlendirdiğinizde onların kurumuzu tercih etme sebepleri sorusudur. Bu soru ile birlikte sağlık çalışanlarının sağlık turizmi bağlamında gelen sağlık turistlerinin gözünden kuruluşlarında yeterli veya yetersiz olarak gördüğü noktalar belirlenmeye çalışılmıştır.

**Tablo 4.4.** Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebeplerine İlişkin İfadeler

Soru no	İfadeler	n	Hiç etken değil	Çok az etken	Ne etken ne etken değil	Oldukça büyük etken	Son derece önemli etken	Ort.	s.s.
			%	%	%	%			
1	Tedavi maliyetlerini düşük olması	18	5,0	6,7	15,6	39,4	33,3	3,89	1,09
		24							
2	Yüksek standartta sağlık hizmeti	7	1,9	3,9	12,2	43,9	38,1	4,12	0,90
		14							
3	Coğrafi açıdan yakın olması	6	1,7	5,6	17,2	43,6	31,9	3,98	0,93
		20							
4	Ucuz ülke olması	11	3,1	3,2	17,2	36,7	38,9	4,04	1,00
		15							
5	Sağlık hizmeti yanında turistlik özelliklerinin fazla olması	11	3,1	7,5	17,8	39,2	32,5	3,90	1,03
		27							
6	Hijyene önem vermesi	4	1,1	3,6	15,3	37,2	42,8	4,16	0,89
		13							
7	Hizmet verme süresi	5	1,4	4,2	15,0	35,6	43,9	4,16	0,92
		15							
8	Hastanenin teknik donanımı	4	1,1	2,8	11,9	32,8	51,4	4,30	0,86
		10							

9	Hastanenin hekim kadrosu	n	5	7	32	130	186	4,34	0,83
		%	1,4	1,9	8,9	36,1	51,7		
10	Hastanenin uluslararası standardı	n	8	13	54	138	147	4,11	0,94
		%	2,2	3,6	15,0	38,3	40,8		
11	Aracı kuruluşların yönlendirmesi	n	36	25	77	127	95	3,81	1,22
		%	10,0	6,9	21,4	35,3	26,4		

Yapılan analizler sonucunda katılımcılara göre sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etmelerindeki en büyük etkenler (Tablo 4.4); hastanenin hekim kadrosu (4,34), hastanenin teknik donanımı (4,30), hijyene önem vermesi (4,16), hizmet verme süresi (4,16), yüksek standartta sağlık hizmeti sunulması (4,12), hastanelerin uluslararası standartlarda olması (4,11), ucuz ülke olmasıdır (4,04). Katılımcıların coğrafi açıdan yakın olma (3,98), sağlık hizmetlerinin yanında diğer turistik özelliklerinin olması (3,90), tedavi maliyetlerinin düşük olması (3,89), aracı kuruluşlarının yönlendirmesi (3,81) konusunda kararsız kaldığı görülmüştür. Dökme (2016), Adana'daki 2 adet özel hastanede çeşitli pozisyonlarda çalışan sağlık çalışanlarına göre yabancı hastaların hastaneleri tercih etmelerindeki etkenler sırasıyla; hekim kadrolarının iyi ve güvenilir olması (4,67), hastanenin teknik donanımı (4,49), yüksek standartlarda sağlık hizmeti sunulması (4,43), hastanelerin uluslararası standartlarda olması (4,17), tedavi maliyetlerinin uygun olması (4,13), coğrafi açıdan yakın olması (4,07), ucuz ülke olması (3,94), aracı kuruluşlarının yönlendirmesi (3,78), hijyene önem verme (3,41), hizmet verme süresi (3,25), turistik özelliklerinin olması (2,86) olarak bulmuştur. Ertaş ve Kıracı (2018) ise, Konya'da bir kamu hastanesinde tercih etme sebeplerine yönelik analizinde sırasıyla; teknik donanım (3,42), hekim kadrosu (3,37), uluslararası standardı (3,33), hijyen (3,28), hizmet verme süresi (3,26), yüksek standartta sağlık hizmeti (3,17), coğrafi açıdan yakınlık (3,13), ucuzluk (3,13), turistik merkeze yakınlık (3,13), aracı kuruluşların yönlendirmesi (3,12) ve tedavi maliyetlerinin düşük olması (2,97) sonucunu bulmuştur. Buna göre, araştırma bulgusu ve literatür değerlendirildiğinde bulgular benzer çıkmış ve Türkiye'deki hastanelerde çalışan sağlık personellerince sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme sebeplerindeki en büyük iki etken hekim kadrosu ve hastanenin teknik donanımıdır.

Tablo 4.5'te ise, hasta merkezli bakım yetkinliğine dair ifadelerin ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinlikleri değerlendirildiğinde; 4,39 ile en yüksek değeri "hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırahının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere

iletirim” ifadesine verilen cevap oluştururken, 4,15 ile en düşük değeri “sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm” sorusuna verilen cevap oluşturmaktadır.

**Tablo 4.5.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliğine İlişkin İfadeler

Soru no	İfadeler		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ort.	s.s.
1	Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm	n	6	7	33	192	122	4,15	0,79
		%	1,7	1,9	9,2	53,3	33,9		
2	Klinik görüşme, hasta planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum	n	6	5	25	184	140	4,24	0,77
		%	1,7	1,4	6,9	51,1	38,9		
3	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihlerini, iletişim, aile ve arkadaşlarının duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum	n	3	7	40	167	143	4,22	0,78
		%	0,8	1,9	11,1	46,4	39,7		
4	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim	n	4	6	25	156	169	4,33	0,77
		%	1,1	1,7	6,9	43,3	46,9		
5	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum	n	4	4	25	164	163	4,32	0,74
		%	1,1	1,1	6,9	45,6	45,3		
6	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm	n	2	8	27	151	172	4,34	0,75
		%	0,6	2,2	7,5	41,9	47,8		
7	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum	n	2	8	32	165	153	4,27	0,76
		%	0,6	2,2	8,9	45,8	42,5		
8	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	n	3	8	25	165	159	4,30	0,76
		%	0,8	2,2	6,9	45,8	44,2		
9	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım	n	4	9	34	190	123	4,16	0,78
		%	1,1	2,5	9,4	52,8	34,2		
10	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim	n	3	9	41	178	129	4,16	0,78
		%	0,8	2,5	11,4	49,4	35,8		
11	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm	n	2	4	27	170	157	4,32	0,70
		%	0,6	1,1	7,5	47,2	43,6		
12	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm	n	4	9	30	168	149	4,24	0,79
		%	1,1	2,5	8,3	46,7	41,4		
13	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm	n	3	4	23	167	163	4,34	0,72
		%	0,8	1,1	6,4	46,4	45,3		
14	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim	n	3	9	18	142	188	4,39	0,76
		%	0,8	2,5	5,0	39,4	52,2		
15	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	n	6	5	25	144	180	4,35	0,80
		%	1,7	1,4	6,9	40,0	50,0		
16	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım	n	5	4	31	154	166	4,31	0,78
		%	1,4	1,1	8,6	42,8	46,1		

17	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlamasına katılım	n	5	4	27	162	162	4,31	0,77
		%	1,4	1,1	7,5	45,0	45,0		

Ölçekte en düşük puanı alan maddenin Kıraç (2020)'ın araştırmasındaki madde ile aynı olması farklı dönemlerde olmasında rağmen sağlık çalışanlarının hastanın gözünden sağlık hizmeti sunumu bağlamında tutum ve davranış değişikliğine gitmediği sonucunu ortaya koymaktadır. En yüksek puan alan (4,39) araştırma maddesinin hastanın ağrı ve ıstırahının giderilmesine yönelik olması yine Kıraç'ın en yüksek puan (4,26) alan "Hastanın hissettiği ağrı/ıstırahın varlığını ve kapsamını değerlendiririm." maddesi ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Buna göre, sağlık personeli tedavi sürecinde hastanın duygu ve düşünce dünyasındaki arzu ve isteklerinden ziyade fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesi yönüyle hasta ile iletişim kurduğu ve bakım hizmeti sağladığı söylenebilmektedir.

#### 4.1.4. Güvenilirlik ve geçerlilik analizi

Cronbach alfa katsayısı, tüm ölçeğin tutarlılığını değerlendiren güvenilirlik katsayısıdır. İç geçerlilik için yaygın bir indeks olan yarı yarıya güvenilirlik ile motive edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı, madde puanlarındaki varyansın ne kadarının gerçek puan varyansına atfedilebileceğini tahmin eder. Diğer tüm geçerlilik ve güvenilirlik ölçütleri gibi, gerçek çalışma uygulamalarında 0 ile 1 arasında değişir. Genel olarak, daha büyük  $\alpha$  değerleri daha güçlü madde tutarlılığına işaret eder ve çoğu uygulamada kabul edilebilir  $\alpha$  aralığı 0,7 veya daha yüksektir (Tang vd., 2023: 321-322; Hair vd., 2019: 161,761).

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir,
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarına Tablo 4.6'da yer verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Güvenilirlik Analizi

Faktörler	İfadeler	Cronbach's
Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri (Tüm ölçek)	11	0,847
Standart ve kalite	8	0,866
Maliyet ve yakınlık	3	0,532
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (Tüm Ölçek)	17	0,954
Süreç ve saygı	9	0,927
Hasta hakları ve konfor	8	0,928

Tablo 4.6'ya göre ilgili ölçeklerin Cronbach's Alfa değerlerine bakıldığında ölçeklerin tamamı dikkate alındığında toplam Cronbach's katsayıların yüksek derecede güvenilir (0,847 ve 0,954) olduğu görülmektedir. Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019)'a ait özgün ölçeğin HMB güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,850$ 'dir. Ayrıca literatürdeki diğer Cronbach's Alpha değerleri: Bakır ve Demir (2020) 0,800; Saygılı vd. (2020) 0,915; Balcı (2021) 0,850; Suhonen vd. (2021) 0,930; Hastaoğlu vd. (2023) 0,870 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, araştırmadaki alfa katsayısı literatürle benzer değerde çıkmıştır. Ölçekteki tüm maddelerde toplam korelasyonlar kabul edilebilir bir düzeye ( $\geq 0,40$ ) ulaştığı için her bir alt boyutuna ait ifadelerin de ("Maliyet ve Yakınlık" boyutu hariç) iç tutarlılık güvenilirliğinin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

#### **4.1.5. Faktör analizi**

Güvenilirlik, geçerlilik için sadece gerekli bir koşuldur, yeterli bir koşul değildir. Sosyal bilimlerde ve diğer disiplinlerde araştırmacılar genellikle bir grup insan veya nesne için geniş veri setlerine sahiptirler. Bu verilerin altında yatan yapıyı anlamak ve ölçümlerin temsil ettiği yapıları belirlemek önemlidir. Araştırmacılar genellikle ölçümler arasındaki ilişkileri inceleyerek bu yapıları anlamaya çalışırlar. Ancak gerçek verilerde bu ilişkilerin belirgin olması zor olabilir ve veri seti büyüdükçe görsel olarak analiz etmek zorlaşır. Bu nedenle faktör analizi yöntemi geliştirilmiştir. Faktör analizi, ölçümler arasındaki korelasyonları açıklamak için kullanılır ve ölçümler altında yatan ortak faktörleri belirlemeye yardımcı olur. Faktörler, ölçümlerin temsil ettiği yapıları ifade eder ve faktör analizi bu yapıların sayısını ve doğasını belirlemek için istatistiksel prosedürler kullanır. Keşifsel (açıklayıcı) faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi bunlardandır. Keşifsel faktör analizi, araştırmacının faktörlerin sayısı ve göstergeler arasındaki ilişki hakkında sınırlı veya hiç bilgisi olmadığında kullanılır. Bu tür modellerde, araştırmacı faktör yapısını keşfetmek için analiz yapar. Doğrulayıcı faktör analizi, araştırmacının önceden tahminlere sahip olduğu durumlarda kullanılır. İstatistiksel olarak, keşifsel modellerde model parametrelerine az kısıtlama getirilirken, doğrulayıcı modellerde daha fazla kısıtlama yapılır. Doğrulayıcı modellerde her bir göstergenin sadece bir faktörle ilişkilendirilmesine izin verilirken, keşifsel modellerde faktörler ile göstergeler arasındaki ilişkiler daha serbesttir (Gnyp, 2004: 4-7; Fabrigar ve Wegener, 2012: 1-4; Finch, 2020: 5-6).

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasında "temel bileşenler analizi" çıkarım yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşen analizi, değişken grupları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek

için korelasyon matrisini kullanır. En güçlü korelasyona sahip maddeler faktörler halinde gruplandırılır ve madde ile faktör arasındaki korelasyona faktör yükü denir. Faktör yükünün büyüklüğü, sonuçları yorumlarken bize yol gösterir. Açıklanan varyansı araştırmak için ise özdeğerler kullanılır. Özdeğerler, faktör tarafından açıklanan varyans miktarını gösterir. Yüksek bir özdeğer, madde ve faktör arasındaki varyansın büyük bir kısmını açıklar (Mayers, 2013: 542-543). Literatürde açıklayıcı faktör analizi uygulayabilmek için ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 katına ulaşılması gerektiği ifade edilmektedir. Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeği'nde madde sayısının 17 olması ve araştırmaya katılan sayısının ise 360 olması bu koşulun yerine getirildiğini göstermektedir. Araştırmada kullanılan iki ölçek için ayrı ayrı açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Koşul olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluğu değeri ve Barlett Küresellik Testi katsayılarına bakılmıştır. İlgili ölçeklerin değerleri Tablo 4.7'de gösterilmiştir. KMO ve Barlett Küresellik Testi sonuçlarının istatistiki ifadelerinin yorumlanmasında KMO değerinin %70'in üzerinde, Barlett değerinin  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı olması ölçeğin faktör analizine uygunluğunu ifade etmektedir.

**Tablo 4.7.** Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Ölçeği Faktör Yapısı

<b>Faktörler</b>	<b>Faktör yükleri</b>	<b>Açıklanan varyans</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
<b>Standart ve kalite (Faktör 1)</b>		43,803	0,866
8. Hastanenin teknik donanımı	0,824		
10. Hastanenin uluslararası standardı	0,824		
9. Hastanenin hekim kadrosu	0,822		
6. Hijyene önem vermesi	0,807		
7. Hizmet verme süresi	0,781		
2. Yüksek standartta sağlık hizmeti	0,711		
11. Aracı kuruluşların yönlendirmesi	0,510		
5. Sağlık hizmeti yanında turistik özelliklerinin fazla olması	0,437		
<b>Maliyet ve Yakınlık (Faktör 2)</b>		11,757	0,532
4. Ucuz ülke olması	0,848		
1. Tedavi maliyetlerinin düşük olması	0,750		
3. Coğrafi açıdan yakın olması	0,398		
Açıklanan toplam varyans		55,557	
Varimax Rotasyonlu Temel Bileşenler Faktör Analizi Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği= 0,872 ve $p < 0,00$ (ChiSquare=1634,016; df=55)			

Sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebeplerine ilişkin kullanılan ölçeğe, uygulanan analiz sonucunda KMO değeri 0,872 çıkması ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Analiz sonucunda Bartlett's Küresellik Testi sonucunun 0,000 ( $p < 0,05$ )

çıkması da ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçek faktörlerin güvenilirlik ve açıklanan varyans oranlarının yüksek olması araştırmada kullanılan bu ölçeğin güçlü bir faktör yapısında olduğunu göstermektedir. Böylece, 11 madde içeren ve toplam varyansın %55,557'sini açıklayan iki faktörlü bir çözüm oluşturulmuştur. Birinci faktör içerisinde bulunan 8 madde “standart ve kalite” olarak adlandırılmıştır. İkinci faktör içinde bulunan 3 madde “maliyet ve yakınlık” olarak belirlenmiştir.

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan bu iki faktörlü yapı sağlık turizmi bağlamında hizmet sunumunun çok boyutluluğunu ortaya koymaktadır. Buna göre, belirlenen ilk faktör olan “Standart ve Kalite”, sağlık turizmi hizmetlerinde uluslararası standartlara uygunluk, bakım süreçlerinin güvenilirlik ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği gibi temel unsurları kapsamaktadır. “Standart ve Kalite” faktörü, ilgili literatürde sağlık turistleri, genellikle kendi ülkelerinde ulaşamadıkları yüksek kaliteli hizmeti daha uygun koşullarda alabilmek amacıyla başka ülkelere yönelmekte (Connell, 2013: 3) ve kaliteye ilişkin beklentiler yalnızca tıbbi uygulamalarla sınırlı kalmamakta; iletişim, hasta güvenliği, hasta haklarına saygı ve kültürel duyarlılık gibi hasta merkezli unsurları da içermektedir (Hanefeld vd., 2015: 358-359) bulgularını desteklemektedir. İkinci faktör olan “Maliyet ve Yakınlık”, sağlık turistlerinin hizmet alma sürecinde göz önünde bulundurduğu ekonomik ve coğrafi etkenleri temsil etmektedir. Literatürde sağlık turizminin çekim unsurları arasında tedavi maliyetlerinin düşüklüğü ve hizmete kolay erişimin önemli yer tuttuğu vurgulanmaktadır (Lunt vd., 2011: 33-35). Bu faktörün belirgin bir yapı olarak ayrışması, sağlık hizmeti sunan kurumların yalnızca klinik yetkinlik açısından değil, aynı zamanda erişilebilirlik ve ekonomik uygunluk bakımından da hasta beklentilerini karşılayabilme kapasitesine sahip olmalarının gerekliliğine işaret etmektedir.

Elde edilen bulgular, sağlık turizmi hizmetlerinin yalnızca medikal sonuçlara odaklanmaması gerektiğini; bunun yerine, hasta merkezli bir anlayışla yapılandırılmış, bütüncül bir hizmet sunumunun gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim uluslararası literatürde, hasta merkezli yaklaşımın sağlık turistlerinin memnuniyeti, tekrar tercih etme eğilimi ve kurum imajı üzerinde belirleyici bir rol oynadığı bildirilmektedir (Turner, 2007; Glinos vd., 2010). Bu çerçevede, araştırma sonucunda elde edilen iki faktörlü yapı, sağlık

turizmi hizmetlerinin hem hizmet kalitesi hem de hasta erişimini önceleyen stratejik bir yaklaşımla ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

**Tablo 4.8.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği Faktör Yapısı

Faktörler	Faktör yükleri	Açıklanan varyans	Cronbach 's Alpha
<b>Süreç ve Saygı (Faktör 1)</b>		57,689	0,927
2. Klinik görüşme, hasta planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.	0,775		
4. Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.	0,767		
8. Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	0,750		
3. Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihlerini, iletişim, aile ve arkadaşlarının duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.	0,749		
5. Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.	0,749		
7. Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum.	0,725		
6. Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.	0,690		
1.Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.	0,655		
9. Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.	0,643		
<b>Hasta Hakları ve Konforu (Faktör 2)</b>		7,962	0,928
13. Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.	0,805		
15. Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	0,787		
16. Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.	0,786		
12. Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.	0,783		
14. Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.	0,727		
17. Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlamasına katılırım.	0,716		
11. Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.	0,593		
10. Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.	0,578		
Açıklanan toplam varyans		65,651	
Varimax Rotasyonlu Temel Bileşenler Faktör Analizi			
Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği= 0,941 ve p<0.00 (ChiSquare=4638,432; df=136)			

Tablo 4.8’de hasta merkezli bakım yetkinliğine ilişkin kullanılan ölçeğe dair KMO değerinin 0,941 çıkması ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Analiz

sonucunda Bartlett's Küresellik Testi sonucunun 0,000 ( $p < 0,05$ ) çıkması da ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Faktör yükleri 0,50'den büyük olan tüm faktörler çözümde tutulmuş ve Cronbach alfa değerleri 0,927-0,928 arasında değişmiştir. Böylece 17 madde içeren ve toplam varyansın %65,651'ini açıklayan iki faktörlü bir çözüm oluşturulmuştur. Birinci faktör 9 madde ile "süreç ve saygı", ikinci faktör 8 madde ile "hasta hakları ve konforu" olarak adlandırılmıştır. HMBY ölçeğinin alt boyutlarına dair tanımlayıcı istatistiklerde Arslanoğlu ve Kırılmaz, (2019); Erdoğan, (2019); Saygılı vd., (2020) ve Balcı, (2021) çalışmalarında 17 maddeye ilişkin farklı seviyelerde faktör yükleri hesaplayarak; "*Bakım Süreçlerine Hastayı Dâhil Etmek, Hasta Bakış Açıklarına Saygı Duymak, Hasta Haklarını Savunmak ve Hasta Konforunu Sağlamak*" üzere 4 alt boyut belirlemişlerdir. Farklılığın nedeni, ele alınan çalışmaların birbirine yakın dönemde benzer sağlık çalışanlarıyla (ebe, hemşire veya hekim kadrosunda görevli katılımcılar) yapılmış olması olarak düşünülmektedir.

Ölçekte tanımlanan iki faktör, hasta merkezli bakımın temel bileşenlerine işaret etmektedir. Birinci faktör olan "Süreç ve Saygı", hasta merkezli bakımın temel ilkeleri arasında yer alan, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki etkin iletişim, ortak karar verme, kişisel değerlere saygı ve bilgilendirme gibi unsurları kapsamaktadır. Bu faktör, sağlık hizmeti sunumunda yalnızca klinik karar süreçlerinin değil, aynı zamanda hastanın kendi bakım sürecine aktif katılımını ve bu süreçte saygın bir birey olarak tanınmasını vurgulaması açısından önemlidir. Literatürde hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki ilişki, klinik sonuçları doğrudan etkileyen bir değişkendir (Epstein ve Street, 2011: 101). Ayrıca, iletişimde şeffaflık ve saygının sağlanması, kültürel bariyerleri azaltarak hasta deneyimini güçlendirmektedir (Scholl vd., 2014a). Sağlık turizmi bağlamında bu tür bir bakım yaklaşımı, farklı kültürlerden gelen hastaların hizmet sürecinde kültürel yeterlilik, dilsel erişim ve duygusal destek gibi unsurlarla birlikte kendilerini güvende hissetmeleri ve bakım kararlarına dâhil edilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. İkinci faktör olan "Hasta Hakları ve Konforu", hasta merkezli bakımın etik, fiziksel ve psikolojik güvenlik boyutlarını kapsamaktadır. WHO, hasta merkezli yaklaşımların uygulanmasında hasta haklarına, onuruna ve özerkliğine saygının temel bir gereklilik olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2016: 9). Özellikle sağlık turizmi bağlamında hizmet alan hastalar için güvenli, konforlu ve hak temelli bir bakım hizmeti, yalnızca memnuniyet değil, aynı zamanda tedaviye bağlılık

ve kuruma olan güven üzerinde de belirleyici rol oynamaktadır (Altsoy ve Boz, 2021: 11-12).

#### 4.1.6. Pearson korelasyon analizi

Pearson Korelasyonu (r), aralık-oran ölçeğindeki veriler için bir ilişki ölçüsüdür. Araştırmacıya, x değişkeninin y ile ne ölçüde birlikte değiştiğini göstererek ilişkinin büyüklüğünü (gücü) ve yönünü (+/-) belirtir. Ayrıca, regresyon analizlerinden önce iki bağımsız değişkenin çoklu doğrusallığını test etmektedir. Korelasyonunun 0.80'den büyük bir değeri varsa, bu çoklu doğrusallık olarak kabul edilir. Çoklu doğrusallık, bir modeldeki iki veya daha fazla bağımsız değişkenin yüksek derecede korelasyonlu veya ilişkili olması durumudur, bu da benzer kavramların ölçülmesine yol açar. Bu durum, yanlış tahminler yaratır ve dolayısıyla yanlış bir modelin ortaya çıkmasına sebep olur. Korelasyon katsayısı, işaret (pozitif/negatif) ve anlamlılık üzerine analiz edilir. 0'a yakın olan değerler zayıf bir ilişkiyi, 1.00'a yakın olan değerler ise güçlü bir ilişkiyi gösterir. Güçlü bir korelasyon, iki değişkenin yüksek derecede korelasyonlu, doğrusal ve öngörülebilir olduğu anlamına gelir. Ayrıca güçlü bir korelasyon çoğu veri noktasının regresyon doğrusu veya en iyi uyum çizgisine yakın olduğu anlamına gelir ve daha az hata içerir. Eğer  $p < 0.05$  ise, sıfır hipotezi ( $H_0$ ) reddedilir ve  $H_1$  (ilişki vardır, etki vardır, fark vardır gibi) lehine yorum yapılır. Korelasyonun yönü ise, pozitif veya negatif olabilir ve işaret (+/-) ile belirlenir. Pozitif korelasyon, iki değişkenin aynı anda artması veya azalması durumunda meydana gelir. Örneğin, x arttıkça y artar; ya da x azaldıkça y azalır (Zaidi, 2024: 28, 165-168).

Hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri değişkenleri arasındaki ilişkileri tespit etmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ile Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	-				
Süreç ve Saygı	0.95**	-			
Hasta Hakları ve Konforu	0.94**	0.78**	-		
<b>Tercih Sebepleri</b>	-				
Standard ve Kalite	0.35**	0.33**	0.32**	-	
Maliyet ve Yakınlık	0.17**	0.17**	0.16**	0.42**	-

*Not.* \*\*  $p < .01$ .

Tablo 4.9 incelendiğinde, hasta merkezli bakım yetkinliği ile tercih sebeplerinden olan “Standard ve Kalite” ( $r = .35, p < 0.01$ ), “Maliyet ve Yakınlık” ( $r = .17, p < .01$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. “ Süreç ve Saygı” alt boyutu ile “Standard ve Kalite” ( $r = .33, p < .01$ ), “Maliyet ve Yakınlık” ( $r = .17, p < .01$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. “Hasta Hakları ve Konforu” alt boyutu ile “Standard ve Kalite” ( $r = .32, p < .01$ ), “Maliyet ve Yakınlık” ( $r = .16, p < .01$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre, sağlık personelinin hasta merkezli bakım yetkinliği arttıkça, sağlık turistlerinin hastaneyi “Standart ve Kalite” ile “Maliyet ve Yakınlık” nedeniyle tercih ettiğine dair algıları da artmaktadır.

#### 4.1.7. Regresyon (bağlanım) analizi

İlk kez Francis Galton tarafından kullanılan Regresyon terimi, bir bağımlı (açıklanan) değişkenin başka bir veya birkaç bağımsız (açıklayıcı) değişkenin doğrusal bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, bağımlı değişkenin ortalama değeri, açıklayıcı değişken/değişkenlerin bilinen ya da değişmeyen değerleri cinsinden tahmin edilmektedir. Bir bağımlı değişkenin sadece bir açıklayıcı değişkene bağlılığı inceleniyorsa iki değişkenli regresyon çözümlemesi (basit regresyon), bir değişkenin birden çok açıklayıcı değişkene bağlılığı inceleniyorsa çoklu regresyon çözümlemesi söz konusudur (Gujarati ve Porter, 2012: 15-22).

Basit doğrusal regresyon modeli:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X + \mu$$

y bağımlı değişken, x bağımsız değişken,  $\beta$  bağlanım katsayıları olarak adlandırılır (Wooldridge, 2015: 22-23).

Çoklu doğrusal regresyon modeli:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p + \varepsilon$$

Modelde  $\beta_0$  sabit terimi,  $\beta_1 - \beta_p$  katsayılar ise her bir bağımsız değişkenin Y üzerindeki etkisini temsil etmektedir.  $\varepsilon$  hata terimi olup, modelin açıklayamadığı rastgele sapmaları gösterir. Modelin temel varsayımı, Y'nin X'ler ile yaklaşık olarak doğrusal bir ilişki içinde olmasıdır ve hata terimi bu ilişkinin dışında kalan tesadüfi farkları içermektedir. Bu nedenle,  $\varepsilon$  terimi sistematik bilgi taşımaz ve yalnızca rastgele sapmaları temsil etmektedir (Chattefuee

ve Hadi 2006: 53-54). Çoklu regresyon analizinde, her bir bağımsız değişken, regresyon analizi prosedürü tarafından ağırlıklandırılarak tahmine en fazla katkıyı sağlar. Ağırlıklar, bağımsız değişkenlerin genel tahmine olan göreceli katkısını ifade eder ve her bir değişkenin tahmindeki etkisine ilişkin yorumlamayı kolaylaştırır. Böylece, tahmin veya açıklama hedeflerine eşit derecede ulaşabilir. Ağırlıklandırılmış bağımsız değişkenler kümesi, bağımlı değişkeni en iyi tahmin eden bağımsız değişkenlerin doğrusal bir kombinasyonu olan regresyon değişkenini oluşturur (Hair vd., 2019: 265). Buna göre, regresyon çözümlemesinde, X ve Y gözlemlerine dayanarak  $\beta_0$  ve  $\beta_1$ 'nin bilinmeyen değerleri tahmin edilmektedir.

Buna göre, modelin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.10 ve 4.11'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.** Standart ve Kalite Alt Boyutu Yordayıcıları Olarak Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SH	$\beta$	t	p	95.00% GA
(Sabit)	2.34	0.25	0.00	9.22	<0.001	[1.84, 2.84]
Süreç ve Saygı	0.23	0.09	0.21	2.62	0.009	[0.06, 0.41]
Hasta Hakları ve Konforu	0.18	0.09	0.16	2.04	.043	[0.01, 0.35]

Not.  $F(2,357) = 24.26, p < .001, R^2 = .12$

Regresyon analizinde, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri B katsayısı (unstandardized coefficient), standart hata (SH), standartlaştırılmış beta katsayısı ( $\beta$ ), t değeri ve anlamlılık düzeyi (p değeri) üzerinden değerlendirilmiştir. B katsayısı, ilgili değişkenin bağımlı değişkende ne kadar değişime yol açtığını gösterirken, SH (standart hata) bu tahminin güvenilirliğini ifade etmektedir.  $\beta$  katsayısı, değişkenlerin etkilerini birim farklarından bağımsız olarak kıyaslamaya olanak tanımaktadır. t değeri, her bir bağımsız değişkenin katkısının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılır ve p değeri, bu farkın anlamlı olup olmadığını ortaya koymaktadır ( $p < 0.05$  anlamlı kabul edilir).

Tablo 4.10 regresyon analizi sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F(2,357) = 24.26, p < 0,001, R^2 = 0.12$ ). “Standart ve Kalite” puanlarındaki varyansın yaklaşık %11.96’sının “Süreç ve Saygı” ile “Hasta Hakları ve Konforu” tarafından açıklandığını göstermektedir. “Süreç ve Saygı” değişkeni, “Standart ve Kalite” puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ( $B = 0.23, t(357) = 2.62, p = .009$ ). Bu bulgu, “Süreç ve Saygı” puanındaki her 1 birimlik artışın, “Standart ve Kalite” puanını ortalama

0.23 birim artırabileceğini göstermektedir. “Hasta Hakları ve Konforu” değişkeni de “Standart ve Kalite” puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ( $B = 0.18$ ,  $t(357) = 2.04$ ,  $p = .043$ ). Bu sonuç, “Hasta Hakları ve Konforu” puanındaki her 1 birimlik artışın, “Standart ve Kalite” puanını ortalama 0.18 birim artırabileceğini göstermektedir.

**Tablo 4.11.** Maliyet ve Yakınlık Alt Boyutu Yordayıcıları Olarak Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SH	$\beta$	t	p	95.00% GA
(Sabit)	3.05	0.28	0.00	10.87	<.001	[2.50, 3.60]
Süreç ve Saygı	0.13	0.10	0.11	1.38	.169	[-0.06, 0.33]
Hasta Hakları ve Konforu	0.08	0.10	0.07	0.86	.392	[-0.11, 0.27]

Not.  $F(2,357) = 5.61$ ,  $p = .004$ ,  $R^2 = .03$

Maliyet ve yakınlık alt boyutu için yapılan regresyon analizinde ise modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F(2,357) = 5.61$ ,  $p = .004$ ,  $R^2 = .03$ ). Ancak “Süreç ve Saygı” ile “Hasta Hakları ve Konforu” değişkenleri anlamlı bir şekilde “Maliyet ve Yakınlık” değişkenini yordamamıştır.

#### 4.1.8. ANOVA ve bağımsız örneklem t-testi

Grup farklılıklarını analiz etmek için tek değişkenli denklemlerde t-testi, iki veya daha fazla grup için ise varyans analizi yapılmaktadır. T-testi, bağımsız değişkenler için yalnızca iki grubu (kategoriye) değerlendirmekle sınırlı oldukları için özel durumlar olarak tasvir edilmektedir. ANOVA ise, bağımsız değişkenlerin ikiden fazla gruba sahip olduğu analizlerin yanı sıra iki gruplu durumları da ele alabilir (Hair vd., 2019: 377). ANOVA ve t-testi arasındaki en büyük fark, çalıştığı grup sayısıdır. ANOVA, iki grubun ortalamasını (yani, ikili olmayan değişkenleri) ele alan bağımsız örneklem t-testinin bir uzantısıdır. T-testi ve ANOVA’da test edilen boş hipotez, gruplar arasında tek bir bağımlı değişken ortalamasının eşitliğidir. Tek değişkenli durumda, tek bir bağımlı ölçüt gruplar arasında eşitlik açısından test edilir. Boş hipotez ( $H_0$ ) = Tüm grup ortalamaları eşittir, yani aynı popülasyondan gelmektedirler.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$$

Varsayımları

1. Veri veya ölçüm düzeyi varsayımı, tek yönlü ANOVA’nın bağlı olduğu değişken türlerini açıkça belirtir

2. Örneklem yöntemi ve örneklem büyüklüğü: Rastgele örneklem ve büyük örneklem

3. Gözlemlerin bağımsızlığı: Veri gözlemleri birbirinden bağımsız olmalıdır; diğer gözlemlerden etkilenmemelidir

4. Dağılımın şekli: Normal dağılımlı veriler

5. Varyansların homojenliği: Eşit veya eşit olmayan varyanslar varsayılır, burada “eşit” varyanslara öncelik verilir. F istatistiği anlamlıysa eşit olmayan varyansları bildirilir; F istatistiği anlamlı değilse eşit olmayan veya eşit olmayan varyansları bildirilir

6. Güven düzeyi: Almaya istekli olduğunuz risk miktarı: %95, 0,05 alfa

7. Örnek istatistiği: F istatistiği veya F oranı:  $H_0$ 'ı reddeder veya reddetmede başarısız olur

8. Aykırı değerler: Aykırı değerleri veya uç puanları en aza indirmek (Zaidi, 2024: 102-103).

Popülasyonların varyansları eşit olmadığında, t-istatistikleri için iki örneklem t-testi formülü (denklemleri):

$$t = \frac{(\bar{X}^1 - \bar{X}^2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

İki popülasyonun varyansları veya standart sapmaları eşitse, iki örneğin birleştirilmiş standart sapmalarının kullanımına dayanan birleştirilmiş t-istatistik formülü kullanılır. Bağımsız örneklem t-testi için birleştirilmiş t-istatistik formülü:

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Buna göre, modeldeki değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesi için yapılan bağımsız gruplar t-test ve ANOVA sonuçları tablo ve açıklamalar şeklinde gösterilmiştir.

#### 4.1.8.1. Bağımsız örneklem t-testleri

Kadın ve erkek personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

**Tablo 4.12.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Farklaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Kadın (n= 206)		Erkek (n= 154)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
<b>Standard ve Kalite</b>	4.17	0.60	4.00	0.79	2.23	.026	0.25
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	3.99	0.69	3.95	0.78	0.49	.625	0.05
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	4.35	0.56	4.19	0.61	2.51	.012	0.27
<b>Süreç ve Saygı</b>	4.33	0.61	4.17	0.60	2.42	.016	0.26
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	4.37	0.59	4.22	0.67	2.31	.021	0.25

Not. d: Cohen's d

Tablo 4.12 incelendiğinde, cinsiyete göre katılımcıların “Standard ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.23, p = .026, d = 0.25$ ]. Kadın katılımcıların “Standard ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.17, Ss = 0.60), erkeklerin ortalamasından (Ort. = 4.00, Ss = 0.79) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna göre, kadın personeller erkek personellerden daha çok sağlık turistlerinin hastaneyi standart ve kalite nedeniyle tercih ettiğini düşünmektedir. Literatürde, Aba vd. (2019) İstanbul'daki özel bir hastanede, Bulut (2021) ise, Denizli, Bursa, İzmir, Antalya, Mersin'deki hastanelerde görevli sağlık personelince yabancı hastaların hastaneleri tercih etmelerine yönelik çalışmaların da sosyo-demografik değişkenlerden olan cinsiyet ile yerli/yabancı hasta tercihleri (kalite algısı) arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Cinsiyete göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.51, p = .012, d = 0.27$ ]. Kadın katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.35, Ss = 0.56), erkeklerin ortalamasından (Ort. = 4.19, Ss = 0.61) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.42, p = .016, d = 0.26$ ]. Kadın katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.33, Ss = 0.61), erkeklerin ortalamasından (Ort. = 4.17, Ss = 0.60) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.31, p = .021, d = 0.25$ ]. Kadın katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 4.37, Ss = 0.59), erkeklerin ortalamasından (Ort. = 4.22, Ss = 0.67) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde, kadın sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım uygulamalarında daha yüksek empati, iletişim ve hasta odaklılık, hastanın tercihlerine saygı gösterme sergilediği (Roter vd., 2002: 758-759; Hojat vd., 2011: 361-362; Kıraç, 2020), ayrıca kadın hekimlerin

tedavi ettiği hastaların, erkek hekimlere kıyasla daha düşük mortalite ve yeniden hastaneye yatış oranlarına sahip olduğu (Tsugawa vd., 2017: 6-7) görülmektedir. Buna göre, bu çalışmanın bulguları kısmen literatürle uyumludur. Cinsiyetin hasta merkezli bakım uygulamalarını etkilemede önemli bir değişken olduğu kabul ile sağlık turizmi gibi uluslararası ve kültürlerarası hasta akışının yoğun olduğu ortamlarda, kadın sağlık çalışanlarının geliştirdikleri empatik iletişim stratejileri, hastaların güven ve memnuniyet düzeyini artırma potansiyeline sahip denilebilmektedir.

Evli ve bekar personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Farklaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Evli (n= 228)		Bekar (n= 131)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
<b>Standard ve Kalite</b>	4.04	0.74	4.19	0.58	-2.09	.037	0.22
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	3.97	0.78	3.98	0.63	-0.08	.933	0.01
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	4.24	0.59	4.35	0.58	-1.70	.090	0.19
<b>Süreç ve Saygı</b>	4.22	0.62	4.34	0.60	-1.86	.064	0.20
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	4.27	0.65	4.36	0.59	-1.32	.188	0.15

Not. d: Cohen’s d

Tablo 4.13 incelendiğinde, medeni duruma göre katılımcıların “Standard ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(357) = -2.09, p = .037, d = 0.22$ ]. Bekar katılımcıların “Standard ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.19, Ss = 0.58), evli katılımcıların ortalamasından (Ort. = 4.04, Ss = 0.74) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna göre, bekar personeller evli personellerden daha çok sağlık turistlerinin hastaneyi standart ve kalite nedeniyle tercih ettiğini düşünmektedir.

Medeni duruma göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık”, “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği”, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Literatürde medeni durumun HMBY üzerindeki etkisine dair; Balcı (2021) ve Erdoğan (2019), bekar çalışanların bakım süreçlerinde özellikle hasta bakış açılarına saygı duymak boyutunda daha yüksek seviyede ortalamaya sahip olduğunu bulmuşlardır. Hastaoğlu vd., (2023), evlilerde hasta merkezli bakım yetkinliğinin bekar sağlık personeline göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Buna göre, medeni durum bulgusu literatürle uyuşmamaktadır. Farklılığın sebebinin

araştırmalardaki katılımcıların tek tipliği ve kadın katılımcının ağırlıkta olması düşünülmektedir.

Tam zamanlı ve vardiyalı çalışan personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.14’de verilmiştir.

**Tablo 4.14.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Çalışma Şekline Göre Farklaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Tam Zamanlı (n= 313)		Vardiyalı (n= 40)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
<b>Standart ve Kalite</b>	4.11	0.69	3.95	0.69	1.38	.169	0.23
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	3.98	0.73	3.90	0.75	0.63	.532	0.11
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	4.31	0.59	4.10	0.57	2.17	.031	0.36
<b>Süreç ve Saygı</b>	4.29	0.62	4.08	0.58	2.08	.038	0.35
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	4.33	0.63	4.12	0.58	2.01	.045	0.34

Not. d: Cohen’s d

Buna göre, çalışma şekline göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(351) = 2.17, p = .031, d = 0.36$ ]. Tam zamanlı çalışan katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.31, Ss = 0.59), vardiyalı çalışanların ortalamasından (Ort. = 4.10, Ss = 0.57) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Tam zamanlı çalışan sağlık personelinin hasta merkezli bakım yetkinliğinin, vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkması, iş sürekliliği, hasta ile kurulan ilişkinin niteliği ve profesyonel bağlılık düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Özellikle 8 saatlik tam zaman yerine 12 saatlik vardiyalı çalışanlar arasında uyku düzeninin bozulması, iş doyumunun azalması ve tükenmişlik hissinin artması gibi faktörler, hasta odaklı yaklaşımın sürdürülebilirliğini zorlaştırabilir (Geiger-Brown ve Trinkoff, 2010: 100-101; Han vd., 2014: 411). Bu bağlamda araştırmada elde edilen tam zamanlı çalışan istatistiğine ilişkin anlamlılık önemlidir.

Çalışma şekline göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(351) = 2.08, p = .038, d = 0.35$ ]. Tam zamanlı çalışan katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.29, Ss = 0.62), vardiyalı çalışanların ortalamasından (Ort. = 4.08, Ss = 0.58) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma şekline göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(351) = 2.01, p = .045, d = 0.34$ ]. Tam zamanlı çalışan

katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 4.33, Ss = 0.63), vardiyalı çalışanların ortalamasından (Ort. = 4.12, Ss = 0.58) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma şekline göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Yurtdışı hizmet içi eğitim alan ve almayan personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.15’te verilmiştir.

**Tablo 4.15.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yurtdışı Hizmet içi Eğitim Alma Durumuna Göre Farklaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Evet (n= 23)		Hayır (n= 337)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
<b>Standart ve Kalite</b>	4.24	0.57	4.08	0.70	1.09	.278	0.23
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	3.87	0.71	3.98	0.73	-0.71	.477	0.15
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	4.53	0.35	4.27	0.59	2.09	.037	0.45
<b>Süreç ve Saygı</b>	4.56	0.39	4.24	0.62	2.38	.018	0.51
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	4.50	0.36	4.29	0.64	1.53	.127	0.33

*Not.* d: Cohen’s d

Tablo 4.15 incelendiğinde, yurtdışı hizmet içi eğitim alma durumuna göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.09, p = .037, d = 0.45$ ]. Yurtdışı hizmet içi eğitim alan katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.53, Ss = 0.35), almayanların ortalamasından (Ort. = 4.27, Ss = 0.59) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Yurtdışı hizmet içi eğitim alma durumuna göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 2.38, p = .018, d = 0.51$ ]. Yurtdışı hizmet içi eğitim alan katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.56, Ss = 0.39), almayanların ortalamasından (Ort. = 4.24, Ss = 0.62) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yurt dışında eğitim almak, sağlık çalışanlarının uluslararası standartlara uyum sağlamalarını, kültürlerarası iletişim becerilerini geliştirmelerini ve hasta deneyimini bütüncül bir perspektiften değerlendirebilmelerini ve farklı uygulama örneklerini görme imkanı sağlamaktadır (Luxford vd., 2011). Nitekim analizde, yurt dışı hizmet içi eğitim almış personelin “Süreç ve Saygı” ya ilişkin farkındalık puan ortalamalarının daha yüksek çıkması, bu eğitimin hem bireysel yeterliliği hem de uluslararası hasta beklentilerine yanıt verme kapasitesini artırdığını göstermektedir.

Yurtdışı hizmet içi eğitim alma durumuna göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Kurumda hizmet içi eğitim alan ve almayan personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.16’da verilmiştir.

**Tablo 4.16.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Kurumda Hizmet İçi Eğitim Alma Durumuna Göre Farklaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Evet (n= 218)		Hayır (n= 142)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
<b>Standart ve Kalite</b>	4.20	0.63	3.94	0.75	3.41	<.001	0.38
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	3.97	0.73	3.98	0.72	-0.10	.920	0.01
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	4.29	0.57	4.27	0.61	0.43	.668	0.05
<b>Süreç ve Saygı</b>	4.28	0.59	4.23	0.65	0.76	.446	0.08
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	4.31	0.63	4.31	0.63	0.01	.990	0.00

Not. d: Cohen’s d

Kurumda hizmet içi eğitim alma durumuna göre katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(358) = 3.41, p < .001, d = 0.38$ ]. Kurumda hizmet içi eğitim alan katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.20, Ss = 0.63), almayanların ortalamasından (Ort. = 3.94, Ss = 0.75) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hizmet içi eğitimler, sağlık çalışanlarının mesleki gelişimlerini desteklemenin yanı sıra, hasta merkezli bakım anlayışını kurumsal düzeyde içselleştirmelerine olanak tanıyan temel araçlardan biridir. Sağlık turizmi kapsamında farklı dil, kültür ve beklentilere sahip hasta gruplarına hizmet sunan personelin, bu çok yönlü hizmet ortamına adapte olabilmesi için sürekli ve yapılandırılmış eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir (Epstein vd., 2010: 1494; Betancourt vd., 2016: 297-299). Luxford vd. (2011) bulgularına göre, hasta merkezli bakımın kurumsal düzeyde başarısı; liderlik desteği, hasta geri bildirim mekanizmaları ve sağlık personelinin bu geri bildirimlere dayalı olarak eğitilmesi gibi etmenlerle doğrudan ilişkilidir. Aynı şekilde, Frampton vd. (2017) de hasta ve ailelerin karar süreçlerine dâhil edilmesinin, bakım kalitesinde doğrudan iyileşmeye yol açtığını belirtmiş; bu sürecin sağlık çalışanlarının eğitimiyle güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca, Aba vd. (2019), kurumda yabancı hastalara yönelik hizmet içi eğitim alan sağlık çalışanları ile yerli/yabancı hasta tercihler arasındaki anlamlı ilişki bulduğu sonucu da araştırma bulgumuzla uyumaktadır.

Kurumda hizmet içi eğitim alma durumuna göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık”, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Bir meslek odasına bağlı bulunan ve bulunmayan personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için “bağımsız örneklem t-testi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.17’de verilmiştir.

**Tablo 4.17.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Meslek Odası Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin T-Testi Sonuçları

	Yok (n= 312)		Var (n= 48)		t	p	d
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
Standard ve Kalite	4.08	0.70	4.15	0.61	-0.65	.515	0.11
Maliyet ve Yakınlık	3.97	0.76	4.00	0.49	-0.36	.719	0.05
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	4.29	0.58	4.21	0.62	0.90	.370	0.14
Süreç ve Saygı	4.28	0.61	4.17	0.63	1.14	.255	0.18
Hasta Hakları ve Konforu	4.31	0.62	4.26	0.65	0.52	.603	0.08

Not. d: Cohen’s d

Tablo 4.17 incelendiğinde, meslek odasına bağlı olup olmama durumuna göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Bu bağlamda, her iki grupta da görülen düşük puanlar, bireysel motivasyon eksikliğiyle, sağlık sisteminde bu anlayışın henüz kurumsal bir refleks haline gelmediğine veya yapısal ve kurumsal düzeydeki eksikliklerle ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

#### 4.1.8.2. ANOVA testleri

Hastane türüne göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.18’de verilmiştir.

**Tablo 4.18.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Hastane Türüne Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Hastane Türü	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta^2$	Fark
Standart ve Kalite	Kamu <sup>a</sup>	137	3.84	0.76	37.45	<.001	0.17	a,b<c
	Kamu Üniversitesi <sup>b</sup>	59	3.81	0.86				
	Özel <sup>c</sup>	164	4.41	0.35				
Maliyet ve Yakınlık	Kamu <sup>a</sup>	137	3.91	0.85	3.68	.026	0.02	
	Kamu Üniversitesi <sup>b</sup>	59	3.83	0.83				
	Özel <sup>c</sup>	164	4.08	0.55				
	Kamu <sup>a</sup>	137	4.26	0.59	6.40	.002	0.03	c>b

<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	Kamu Üniversitesi <sup>b</sup>	59	4.07	0.86				
	Özel <sup>c</sup>	164	4.38	0.41				
<b>Süreç ve Saygı</b>	Kamu <sup>a</sup>	137	4.24	0.60				
	Kamu Üniversitesi <sup>b</sup>	59	4.05	0.94	5.90	.003	0.03	c>b
	Özel <sup>c</sup>	164	4.36	0.44				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	Kamu <sup>a</sup>	137	4.28	0.68				
	Kamu Üniversitesi <sup>b</sup>	59	4.10	0.87	5.41	.005	0.03	c>b
	Özel <sup>c</sup>	164	4.40	0.43				

Tablo 4.18 incelendiğinde, hastane türüne göre katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [ $F(2, 357) = 37.45, p < .001, \eta^2 = 0.17$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre özel hastanede çalışan katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.41, Ss = 0.35), Kamu (Ort. = 3.84, Ss = 0.76) ve Kamu Üniversitesi (Ort. = 3.81, Ss = 0.86) hastanelerinde çalışan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastane türüne göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ancak çoklu karşılaştırma testi sonucunda ikili gruplar arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Hastane türüne göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [ $F(2, 357) = 6.40, p = .002, \eta^2 = 0.03$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre özel hastanede çalışan katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.38, Ss = 0.41) Kamu Üniversitesi hastanelerinde çalışan katılımcılarınkinden (Ort. = 4.07, Ss = 0.86) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastane türüne göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [ $F(2, 357) = 5.90, p = .003, \eta^2 = 0.03$ ]. Çoklu karşılaştırma testinde, özel hastanede çalışan katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.36, Ss = 0.44) Kamu Üniversitesi hastanelerinde çalışan katılımcılarınkinden (Ort. = 4.05, Ss = 0.94) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastane türüne göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [ $F(2, 357) = 5.41, p = .005, \eta^2 = 0.03$ ]. Çoklu karşılaştırma testinde, özel hastanede çalışan katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 4.40, Ss = 0.43) Kamu Üniversitesi hastanelerinde çalışan katılımcılarınkinden (Ort. = 4.10, Ss = 0.87) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliği puan ortalamaları, diğer hastane türlerinde görev yapan çalışanlara göre daha yüksek bulunması, Sultan vd., (2018)'nin özel hastanelerdeki doktorlar, kamu hastanelerindeki doktorlara kıyasla daha yüksek HMB değerine sahip olduğu bulgusuyla uyusmaktadır. Araştırma bulgusu, özel hastanelerin hasta memnuniyeti ve hasta deneyimi konularını hem kalite göstergesi hem de kurumsal rekabet aracı olarak görmesiyle ilişkilendirilebilmektedir. Scholl vd. (2014) HMB modeline göre, uygulamanın başarısı büyük ölçüde örgütsel liderlik, kaynak tahsisi ve stratejik yönetime bağlıdır. Huang vd. (2022), bu bulguyu kamu hastanelerinde sağlanan hastane kültürünün sağlık çalışanlarının bakım sunumunda önemli bir rol oynadığını bulgusuyla desteklemektedir. Bu açıdan bakıldığında, kurumsal kültür, liderlik, ölçme değerlendirme sistemleri, yönetim desteği gibi yapısal özelliklerin belirleyici olduğu Türkiye'deki özel hastanelerde rekabetçilik, müşteri memnuniyeti öncelikli tavır ve kalite süreçlerine yatırım sayesinde özel hastanelerde çalışanların daha yüksek hasta merkezli bakım yetkinliği puanı alması açıklanabilmektedir.

Hastanenin bulunduğu ile göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için "Tek Yönlü Varyans Analizi" yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.19'da verilmiştir.

**Tablo 4.19.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Hastanenin Bulunduğu İle Göre Farklaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	İl	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta p^2$	Fark
<b>Standart ve Kalite</b>	Antalya <sup>a</sup>	22	4.06	0.60	11.52	<.001	0.09	b,c>d
	Ankara <sup>b</sup>	75	4.22	0.66				
	İstanbul <sup>c</sup>	168	4.23	0.52				
	Diğer <sup>d</sup>	95	3.76	0.87				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	Antalya <sup>a</sup>	22	4.08	0.59	2.65	.049	0.02	c>d
	Ankara <sup>b</sup>	75	3.91	0.68				
	İstanbul <sup>c</sup>	168	4.07	0.64				
	Diğer <sup>d</sup>	95	3.83	0.89				
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	Antalya <sup>a</sup>	22	4.29	0.55	2.67	.047	0.02	b>c
	Ankara <sup>b</sup>	75	4.41	0.60				
	İstanbul <sup>c</sup>	168	4.20	0.56				
	Diğer <sup>d</sup>	95	4.34	0.61				
<b>Süreç ve Saygı</b>	Antalya <sup>a</sup>	22	4.28	0.62	3.54	.015	0.03	b>c
	Ankara <sup>b</sup>	75	4.40	0.61				
	İstanbul <sup>c</sup>	168	4.16	0.60				
	Diğer <sup>d</sup>	95	4.34	0.62				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	Antalya <sup>a</sup>	22	4.30	0.55	1.40	.244	0.01	
	Ankara <sup>b</sup>	75	4.41	0.63				
	İstanbul <sup>c</sup>	168	4.24	0.59				
	Diğer <sup>d</sup>	95	4.34	0.70				

Tablo 4.19 incelendiğinde, hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3, 356) = 11.52, p < .001, \eta^2 = 0.09$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, diğer illerdeki hastanelerde çalışan katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 3.76, Ss = 0.87), Ankara (Ort. = 4.22, Ss = 0.66) ve İstanbul (Ort. = 4.23, Ss = 0.52) illerinde bulunan hastanelerde çalışanların ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Araştırma bulgusu, Bulut (2022), sağlık çalışanlarının çalıştığı il ile kalite algısı arasında anlamlı farklılık olduğu; Denizli ile Bursa, Denizli ile Antalya, Bursa ile Mersin, Bursa ile İzmir, Antalya ile İzmir aleyhinde anlamlı fark belirlediği bulgusu ile uyumaktadır.

Hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3, 356) = 2.65, p = .049, \eta^2 = 0.02$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, diğer illerdeki hastanelerde çalışan katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalaması (Ort. = 3.83, Ss = 0.89), İstanbul (Ort. = 4.07, Ss = 0.64) ilinde bulunan hastanelerde çalışanların ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3, 356) = 2.67, p = .047, \eta^2 = 0.02$ ]. Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonucunda, Ankara ilindeki hastanelerde çalışan katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.41, Ss = 0.60), İstanbul (Ort. = 4.20, Ss = 0.56) ilinde bulunan hastanelerde çalışanların ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3, 356) = 3.54, p = .015, \eta^2 = 0.03$ ]. Ankara ilindeki hastanelerde çalışan katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.40, Ss = 0.61), İstanbul (Ort. = 4.16, Ss = 0.60) ilinde bulunan hastanelerde çalışanların ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Hastanenin bulunduğu ile göre katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunması, hasta merkezli bakım uygulamalarının yalnızca bireysel veya kurumsal değil; aynı zamanda yerel ve bölgesel sağlık sistemi dinamikleri ile de şekillendiğini göstermektedir. Özellikle büyükşehirlerde bulunan sağlık

kuruluşlarında görev yapan katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olması, bu illerdeki katılımcı sayısının fazla olması, sağlık altyapısının görece daha gelişmiş olması, hastanelerin daha fazla hasta profili ile karşılaşması gibi etkenlerle açıklanabilmektedir.

Eğitim durumuna göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.20’de verilmiştir.

**Tablo 4.20.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Farklaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta p^2$	Fark
Standart ve Kalite	Lise	26	3.95	0.77	0.96	.412	0.01	
	Önlisans	69	4.07	0.86				
	Lisans	180	4.15	0.59				
	Lisansüstü	84	4.03	0.72				
Maliyet ve Yakınlık	Lise	26	3.71	0.89	1.82	.144	0.02	
	Önlisans	69	3.89	0.84				
	Lisans	180	4.02	0.67				
	Lisansüstü	84	4.00	0.67				
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Lise <sup>a</sup>	26	3.67	0.85	11.43	< .001	0.09	a<b,c,d
	Önlisans <sup>b</sup>	69	4.32	0.60				
	Lisans <sup>c</sup>	180	4.31	0.53				
	Lisansüstü <sup>d</sup>	84	4.38	0.48				
Süreç ve Saygı	Lise <sup>a</sup>	26	3.58	0.94	12.94	< .001	0.10	a<b,c,d
	Önlisans <sup>b</sup>	69	4.32	0.63				
	Lisans <sup>c</sup>	180	4.30	0.53				
	Lisansüstü <sup>d</sup>	84	4.35	0.52				
Hasta Hakları ve Konforu	Lise <sup>a</sup>	26	3.77	0.91	7.44	< .001	0.06	a<b,c,d
	Önlisans <sup>b</sup>	69	4.33	0.62				
	Lisans <sup>c</sup>	180	4.32	0.61				
	Lisansüstü <sup>d</sup>	84	4.41	0.49				

Eğitim durumuna göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,355) = 11.43, p < .001, \eta p^2 = 0.09$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, lise düzeyindeki katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 3.67, Ss = 0.85) önlisans (Ort. = 4.32, Ss = 0.60), lisans (Ort. = 4.31, Ss = 0.53) ve lisansüstü (Ort. = 4.38, Ss = 0.48) düzeyindeki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,355) = 12.94, p < .001, \eta p^2 = 0.10$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucunda, lise düzeyindeki katılımcıların Süreç ve Saygı puan ortalaması (Ort. = 3.58, Ss = 0.94) önlisans (Ort. = 4.32, Ss = 0.63), lisans (Ort. = 4.30, Ss = 0.53) ve lisansüstü (Ort. = 4.35, Ss = 0.52) düzeyindeki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,355) = 7.44, p < .001, \eta^2 = 0.06$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucunda, lise düzeyindeki katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 3.77, Ss = 0.91) önlisans (Ort. = 4.33, Ss = 0.62), lisans (Ort. = 4.32, Ss = 0.61) ve lisansüstü (Ort. = 4.41, Ss = 0.49) düzeyindeki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Hastaoğlu vd. (2023)’lerinin çalışmasında öğrenim düzeyi yüksek olan sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerinin de yüksek olduğunu, Balcı (2021) ise, lisans mezunu personelin hasta bakış açılarına saygı boyutunda en yüksek ortalamaya sahip olduğunu diğer boyutlarda farklılık saptanmadığını belirtmişlerdir. Goula vd. (2022), eğitim düzeyinin çalışanların iç kalite boyutlarına ilişkin algıları üzerinde bir etkisi olmadığını göstermiştir. Elde edilen bulgular literatür birlikte değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliğinin de anlamlı biçimde yüksek olduğu ifade edilebilmektedir.

Eğitim durumuna göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Aba vd. (2019), sağlık personeli tarafından yabancı hastaların hastaneleri tercih etmelerine yönelik çalışmasında sosyo-demografik değişkenlerden olan eğitim ile yerli/yabancı hasta tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş; eğitim düzeyi daha yüksek düzeyde olan sağlık çalışanlarının daha çok yabancı hasta tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Yaşa göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.21’de verilmiştir.

**Tablo 4.21.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Yaş	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Standart ve Kalite</b>	18-24	23	4.20	0.52	1.29	.273	0.01	
	25-31	89	4.19	0.67				
	32-38	99	4.09	0.69				
	39-45	102	4.06	0.73				
	46 ve üstü	47	3.93	0.70				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	18-24	23	4.14	0.61	0.43	.788	0.00	
	25-31	89	3.93	0.78				
	32-38	99	3.99	0.74				
	39-45	102	3.97	0.73				
	46 ve üstü	47	3.94	0.64				

<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	18-24	23	4.40	0.49	0.33	.861	0.00	
	25-31	89	4.28	0.63				
	32-38	99	4.26	0.62				
	39-45	102	4.30	0.54				
	46 ve üstü	47	4.25	0.57				
<b>Süreç ve Saygı</b>	18-24	23	4.36	0.61	0.37	.829	0.00	
	25-31	89	4.27	0.63				
	32-38	99	4.27	0.63				
	39-45	102	4.27	0.55				
	46 ve üstü	47	4.18	0.69				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	18-24	23	4.45	0.42	0.50	.733	0.01	
	25-31	89	4.28	0.67				
	32-38	99	4.26	0.71				
	39-45	102	4.34	0.57				
	46 ve üstü	47	4.32	0.57				

Yaşa göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>.05$ ). Araştırma bulgusu, Alhalal vd. (2020)’lerinin yaşlı sağlık çalışanlarının empati gösterme, etkili bir şekilde iletişim kurma, hastaların ihtiyaçlarına yanıt verme ve kararları hastalarla paylaşma konusunda daha iyi olduğu bulgusu ve Xu vd. (2021), 18-34 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının, diğer yaş gruplarına kıyasla hasta merkezli bakım sağlama olasılığının daha yüksek olduğu ve disiplinler arası bir ekipte çalışma olasılıklarının daha fazla olduğu bulguları ile uyuşmamaktadır. Bunun sebebi olarak, araştırmanın örneklem özellikleri, kültürel ya da kurumsal faktörler devreye girebilir; Türkiye’deki sağlık hizmeti sunum modeli ve eğitim süreçleri, farklı yaş gruplarındaki çalışanların hasta merkezli yaklaşımları benzer düzeyde benimsemelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca, bireysel farklar ve profesyonel gelişim fırsatları yaşın etkisi gölgelenmiş olabilir. Bu bulgu, yaşın tek başına belirleyici olmadığını ve hasta merkezli tutumların gelişiminde çevresel, kurumsal ve bireysel faktörlerin birlikte ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Gelir durumuna göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.22’de verilmiştir.

**Tablo 4.22.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Farklaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	<b>Gelir</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math></b>	<b>Fark</b>
<b>Standart ve Kalite</b>	9.500 TL altı	60	4.20	0.52	2.26	.062	0.02	
	9.500-11.499 TL	59	4.19	0.67				
	11.500-13.499 TL	68	4.09	0.69				

	13.500-15.499 TL	66	4.06	0.73				
	15.500 TL ve üstü	107	3.93	0.70				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	9.500 TL altı <sup>a</sup>	60	3.71	0.91	3.34	.011	0.04	a<d,e
	9.500-11.499 TL <sup>b</sup>	59	3.95	0.65				
	11.500-13.499 TL <sup>c</sup>	68	3.92	0.58				
	13.500-15.499 TL <sup>d</sup>	66	4.10	0.71				
	15.500 TL ve üstü <sup>e</sup>	107	4.09	0.71				
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	9.500 TL altı <sup>a</sup>	60	4.09	0.76	4.34	.002	0.05	a<c,e
	9.500-11.499 TL <sup>b</sup>	59	4.15	0.68				
	11.500-13.499 TL <sup>c</sup>	68	4.41	0.44				
	13.500-15.499 TL <sup>d</sup>	66	4.27	0.56				
	15.500 TL ve üstü <sup>e</sup>	107	4.40	0.46				
<b>Süreç ve Saygı</b>	9.500 TL altı <sup>a</sup>	60	4.08	0.82	3.63	.006	0.04	a<c
	9.500-11.499 TL <sup>b</sup>	59	4.16	0.68				
	11.500-13.499 TL <sup>c</sup>	68	4.43	0.45				
	13.500-15.499 TL <sup>d</sup>	66	4.22	0.53				
	15.500 TL ve üstü <sup>e</sup>	107	4.34	0.54				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	9.500 TL altı <sup>a</sup>	60	4.11	0.76	4.64	.001	0.05	e>a,b
	9.500-11.499 TL <sup>b</sup>	59	4.13	0.75				
	11.500-13.499 TL <sup>c</sup>	68	4.38	0.56				
	13.500-15.499 TL <sup>d</sup>	66	4.31	0.62				
	15.500 TL ve üstü <sup>e</sup>	107	4.46	0.45				

Tablo 4.22 incelendiğinde, gelir durumuna göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(4,355) = 3.34, p = .011, \eta^2 = 0.04$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, 9.500 TL altı gelir grubundaki katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalaması (Ort. = 3.71, Ss = 0.91) 13.500-15.499 TL (Ort. = 4.10, Ss = 0.71) ve 15.500 TL ve üstü (Ort. = 4.09, Ss = 0.71) gelir grubundakilerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Gelir durumuna göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(4,355) = 4.34, p = .002, \eta^2 = 0.05$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucunda, 9.500 TL altı gelir grubundaki katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 4.09, Ss = 0.76) 11.500-13.499 TL (Ort. = 4.41, Ss = 0.44) ve 15.500 TL ve üstü (Ort. = 4.40, Ss = 0.46) gelir grubundakilerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Gelir durumuna göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(4,355) = 3.63, p = .006, \eta^2 = 0.04$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucunda, 9.500 TL altı gelir grubundaki katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 4.08, Ss = 0.82) 11.500-13.499 TL gelir grubundakilerden (Ort. = 4.43, Ss = 0.45) anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Gelir durumuna göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(4,355) = 4.64, p = .001, \eta^2 = 0.05$ ]. Scheffe çoklu

karşılaştırma testi sonucunda, 15.500 TL ve üstü gelir grubundaki katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 4.46, Ss = 0.45) 9.500 TL altı (Ort. = 4.11, Ss = 0.76) ve 95.00-11.499 TL (Ort. = 4.13, Ss = 0.75) gelir grubundakilerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalıştığı pozisyona göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.23’de verilmiştir.

**Tablo 4.23.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Çalıştığı Pozisyona Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Çalışılan Pozisyon	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Standart ve Kalite</b>	İdari <sup>a</sup>	180	4.19	0.56	4.42	.013	0.02	a>b
	Tıbbi Personel <sup>b</sup>	52	3.88	0.83				
	HYP <sup>c</sup>	128	4.05	0.78				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	İdari <sup>a</sup>	180	4.04	0.66	3.42	.034	0.02	a>c
	Tıbbi Personel <sup>b</sup>	52	4.08	0.73				
	HYP <sup>c</sup>	128	3.84	0.80				
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	İdari <sup>a</sup>	180	4.34	0.50	1.59	.205	0.01	
	Tıbbi Personel <sup>b</sup>	52	4.23	0.54				
	HYP <sup>c</sup>	128	4.23	0.69				
<b>Süreç ve Saygı</b>	İdari <sup>a</sup>	180	4.32	0.55	1.88	.155	0.01	
	Tıbbi Personel <sup>b</sup>	52	4.18	0.55				
	HYP <sup>c</sup>	128	4.21	0.71				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	İdari <sup>a</sup>	180	4.35	0.57	1.06	.347	0.01	
	Tıbbi Personel <sup>b</sup>	52	4.28	0.59				
	HYP <sup>c</sup>	128	4.25	0.72				

Tablo 4.23 incelendiğinde, çalıştığı pozisyona göre katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2,357) = 4.42, p = .013, \eta^2 = 0.02$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, İdari pozisyonunda çalışan katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.19, Ss = 0.56) Tıbbi Personel pozisyonunda çalışanların ortalamasından (Ort. = 3.88, Ss = 0.83) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalıştığı pozisyona göre katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2,357) = 3.42, p = .034, \eta^2 = 0.02$ ]. Çoklu karşılaştırma testi sonucunda, İdari pozisyonunda çalışan katılımcıların “Maliyet ve

Yakınlık” puan ortalaması (Ort. = 4.04, Ss = 0.66) HYP pozisyonunda çalışanların ortalamasından (Ort. = 3.84, Ss = 0.80) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Erdoğan (2018), Süleyman Demirel Üniversite hastanelerinde çalışan doktorların çalıştıkları birime göre sağlık turizmi farkındalıklarında anlamlı bir farklılık olduğunu tespit ederken; Aba vd. (2019), sağlık çalışanlarının mesleği ( $\chi^2=12,405$ ;  $sd=10$ ;  $p>0,05$ ) ile yerli/yabancı hasta tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bulut (2021) ise, kalite algısı ile meslek grupları (tıbbi sekreter ile hemşire; tıbbi sekreter ile sağlık teknisyeni aleyhinde) arasında anlamlı fark belirlemiştir. Buna göre, sağlık çalışanlarının hastanede bulunduğu pozisyon ile sağlık turizminde tercih sebepleri arasındaki anlamlı farklılık literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermiştir.

Çalıştığı pozisyona göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>.05$ ). Çalıştığı pozisyona göre katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması, pozisyonun hasta merkezli bakım yetkinliğini doğrudan etkilemediğini göstermektedir. Pozisyonun, hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisinin olmaması, genellikle bireysel eğitim, motivasyon ve organizasyonel destek gibi çeşitli faktörlerin daha fazla rol oynadığı anlamına gelebilir. Literatürde Berghout vd. (2015), HMB değerlerinin farklı birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri arasında önemli bir farklılık göstermediğini ancak birimlerin kendi hasta çeşitliliğinden ötürü küçük farklılıklara sahip olduğunu belirtmiştir. Goula vd. (2022), mesleki pozisyon açısından idari personelin, doktor ve hemşirelere kıyasla hastanede hizmet kalitesi boyutuna ilişkin algısının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Huang vd. (2022), doktorların hemşirelerden daha yüksek HMB değerine sahip olduğunu; Frampton vd. (2017) ise, çalışmasında yönetici konumunda olanların hasta merkezli bakım uygulamalarına liderlik etmesi, diğer çalışanları teşvik etmesi bakımından kritik öneme sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Buna göre araştırma bulgusu literatür ile uyuşmamaktadır ve sağlık kurumlarında tüm çalışanların hasta merkezli bakımı benimsemesi ve uygulanabilir eğitim olanaklarına erişimi olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Mesleki çalışma süresine göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup

olmadığını sınamak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.24’de verilmiştir.

**Tablo 4.24.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Mesleki Çalışma Süresine Göre Farklaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Mesleki Çalışma S.	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta p^2$	Fark
<b>Standart ve Kalite</b>	1 yıldan az	11	3.85	0.54	0.88	.512	0.01	
	1-5 yıl	97	4.13	0.73				
	6-10 yıl	74	4.19	0.58				
	11-15 yıl	68	4.01	0.78				
	16-20 yıl	51	4.13	0.68				
	21-24 yıl	26	4.01	0.75				
26 ve üzeri	29	3.98	0.61					
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	1 yıldan az	11	4.12	0.56	2.37	.029	0.04	
	1-5 yıl	97	3.85	0.84				
	6-10 yıl	74	4.10	0.60				
	11-15 yıl	68	3.96	0.75				
	16-20 yıl	51	4.20	0.63				
	21-24 yıl	26	3.71	0.74				
26 ve üzeri	29	3.92	0.69					
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	1 yıldan az	11	4.41	0.47	0.78	.585	0.01	
	1-5 yıl	97	4.21	0.69				
	6-10 yıl	74	4.28	0.43				
	11-15 yıl	68	4.30	0.55				
	16-20 yıl	51	4.36	0.48				
	21-24 yıl	26	4.35	0.39				
26 ve üzeri	29	4.40	0.51					
<b>Süreç ve Saygı</b>	1 yıldan az	11	4.44	0.56	0.53	.789	0.01	
	1-5 yıl	97	4.20	0.71				
	6-10 yıl	74	4.27	0.45				
	11-15 yıl	68	4.31	0.53				
	16-20 yıl	51	4.32	0.52				
	21-24 yıl	26	4.26	0.40				
26 ve üzeri	29	4.32	0.71					
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	1 yıldan az	11	4.38	0.45	1.25	.280	0.02	
	1-5 yıl	97	4.23	0.71				
	6-10 yıl	74	4.29	0.54				
	11-15 yıl	68	4.29	0.63				
	16-20 yıl	51	4.41	0.50				
	21-24 yıl	26	4.45	0.40				
26 ve üzeri	29	4.48	0.48					

Mesleki çalışma süresine göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ). Bu sonuç, hasta merkezli bakım yetkinliğinin yalnızca yıllar içinde kazanılan deneyimle değil; alınan eğitim, kurum kültürü ve bireysel mesleki motivasyon gibi faktörlerle şekillendiğine işaret etmektedir. Ancak, literatürde Çelik ve Kılıç (2019), çalışmasında sağlık çalışanlarının, yaşlarının ilerlemesi ile birlikte edinilen deneyimler sonucu iletişim, başa çıkma ve yönetim

becerileri gelişmekte iken; Goula vd. (2022), bir kişi yaşlandıkça ve daha fazla uzmanlık kazandıkça mesleğinden beklentilerinin arttığı ve dolayısıyla güvenilirlik, yanıt verme ve güvence boyutlarının kalitesine ilişkin daha kötü bir algıya sahip olduğu bulgusunu ortaya koymuştur. Huang vd., (2022) ise çalışmasında kıdemli sağlık çalışanlarının kıdemsiz çalışanlara göre daha yüksek HMB puan değerine sahip olduğu bulgusuna erişmişlerdir. Buna göre, araştırma bulgusu literatür bulgularıyla desteklenememiştir. Ayrıca, Aba vd. (2019), çalışma süresi fazla olan sağlık çalışanları ile yerli/yabancı hasta tercihleri arasındaki anlamlı ilişki bulduğu sonucu ve Bulut (2021), mesleki tecrübesi olan sağlık çalışanlarının kalite algısı ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulgusu araştırma bulgusuyla uyuşmamaktadır. Sarı ve Derin (2019), araştırmasında sağlık çalışanlarının çalışma tecrübesinin medikal turizm destinasyonlarının imajını etkilediğini ortaya koymuştur.

Birimde çalışma süresine göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.25’de verilmiştir.

**Tablo 4.25.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Birimde Çalışma Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	<b>Birimde Çalışma Süresi</b>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta p^2$	<b>Fark</b>
<b>Standart ve Kalite</b>	1 yıldan az	31	4.09	0.58	0.94	.455	0.01	
	1-3 yıl	120	4.04	0.73				
	4-6 yıl	101	4.02	0.76				
	7-9 yıl	44	4.23	0.40				
	10-12 yıl	39	4.19	0.79				
	13 ve üzeri	22	4.20	0.47				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	1 yıldan az	31	3.84	0.66	0.40	.849	0.01	
	1-3 yıl	120	4.01	0.69				
	4-6 yıl	101	3.97	0.81				
	7-9 yıl	44	3.95	0.62				
	10-12 yıl	39	3.93	0.85				
	13 ve üzeri	22	4.08	0.67				
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	1 yıldan az	31	4.43	0.56	1.06	.381	0.01	
	1-3 yıl	120	4.31	0.56				
	4-6 yıl	101	4.22	0.61				
	7-9 yıl	44	4.29	0.48				
	10-12 yıl	39	4.39	0.44				
	13 ve üzeri	22	4.25	0.42				
<b>Süreç ve Saygı</b>	1 yıldan az	31	4.44	0.60	1.21	.305	0.02	
	1-3 yıl	120	4.27	0.59				
	4-6 yıl	101	4.21	0.61				
	7-9 yıl	44	4.30	0.48				
	10-12 yıl	39	4.37	0.45				

	13 ve üzeri	22	4.15	0.69				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	1 yıldan az	31	4.42	0.54	1.02	.405	0.01	
	1-3 yıl	120	4.35	0.56				
	4-6 yıl	101	4.23	0.69				
	7-9 yıl	44	4.27	0.63				
	10-12 yıl	39	4.42	0.47				
	13 ve üzeri	22	4.37	0.38				

Tablo 4.25 incelendiğinde, birimde çalışma süresine göre katılımcıların “Standart ve Kalite”, “Maliyet ve Yakınlık”, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, “Süreç ve Saygı”, “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Bildiği yabancı dil sayısına göre personelin hasta merkezli bakım yetkinliği ve sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını sınamak için ANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.26’da verilmiştir.

**Tablo 4.26.** Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Sağlık Turistlerinin Hastaneleri Tercih Sebepleri Puan Ortalamalarının Yabancı Dil Sayısına Göre Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Yabancı Dil	n	Ort.	Ss	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Standart ve Kalite</b>	Hiç <sup>a</sup>	47	3.93	0.90	5.00	.002	0.04	d>a,b
	Bir <sup>b</sup>	172	4.05	0.65				
	İki <sup>c</sup>	96	4.08	0.72				
	Üç ve üzeri <sup>d</sup>	45	4.44	0.39				
<b>Maliyet ve Yakınlık</b>	Hiç	47	4.13	0.76	1.07	.364	0.01	
	Bir	172	3.94	0.76				
	İki	96	3.93	0.68				
	Üç ve üzeri	45	4.02	0.67				
<b>Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği</b>	Hiç <sup>a</sup>	47	3.97	0.74	8.68	<.001	0.07	a<b,c,d b,c<d
	Bir <sup>b</sup>	172	4.29	0.56				
	İki <sup>c</sup>	96	4.30	0.53				
	Üç ve üzeri <sup>d</sup>	45	4.57	0.45				
<b>Süreç ve Saygı</b>	Hiç <sup>a</sup>	47	3.96	0.73	7.71	<.001	0.06	a<b,c,d b,c<d
	Bir <sup>b</sup>	172	4.26	0.62				
	İki <sup>c</sup>	96	4.27	0.53				
	Üç ve üzeri <sup>d</sup>	45	4.56	0.48				
<b>Hasta Hakları ve Konforu</b>	Hiç <sup>a</sup>	47	3.98	0.82	7.61	<.001	0.06	a<b,c,d
	Bir <sup>b</sup>	172	4.31	0.59				
	İki <sup>c</sup>	96	4.33	0.58				
	Üç ve üzeri <sup>d</sup>	84	4.58	0.46				

Tablo 4.26 incelendiğinde, yabancı dil sayısına göre katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,356) = 5.00, p = .002, \eta^2 = 0.04$ ]. Games Howell çoklu karşılaştırma testi sonucunda, üç ve üzeri yabancı dil bilen katılımcıların “Standart ve Kalite” puan ortalaması (Ort. = 4.44, Ss = 0.39) hiç yabancı dil bilmeyenlerin (Ort. = 3.93, Ss = 0.90) ve bir yabancı dil bilenlerin (Ort. = 4.05, Ss = 0.65) ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, Aba vd. (2019), yabancı dil seviyesinin yüksek olduğunu söyleyen sağlık çalışanları ile yerli/yabancı hasta tercihler arasındaki anlamlı ilişki bulduğu sonucu araştırma bulgusuyla benzerlik

gösterirken; Bulut (2022), yabancı dil bilen personelin kalite algısı ortalamaları bilmeyenlere göre daha düşük çıkmıştır bulgusu ile ters yönlü görünüm arz etmektedir.

Yabancı dil sayısına göre katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,356) = 8.68, p < .001, \eta^2 = 0.07$ ]. Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonucunda, hiç yabancı dil bilmeyen katılımcıların Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği puan ortalaması (Ort. = 3.97, Ss = 0.74) bir (Ort. = 4.29, Ss = 0.56), iki (Ort. = 4.30, Ss = 0.53) ve üç ve üzeri yabancı dil bilenlerin (Ort. = 4.57, Ss = 0.45) ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, bir ve iki yabancı dil bilenlerle karşılaştırıldığında, üç ve üzeri yabancı dil bilenlerin ortalaması da anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Yabancı dil sayısına göre katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,356) = 7.71, p < .001, \eta^2 = 0.06$ ]. Hiç yabancı dil bilmeyen katılımcıların “Süreç ve Saygı” puan ortalaması (Ort. = 3.96, Ss = 0.73) bir (Ort. = 4.26, Ss = 0.62), iki (Ort. = 4.27, Ss = 0.53) ve üç ve üzeri yabancı dil bilenlerin (Ort. = 4.56, Ss = 0.48) ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, bir ve iki yabancı dil bilen katılımcılar ile karşılaştırıldığında, üç ve üzeri yabancı dil bilenlerin ortalaması da anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Yabancı dil sayısına göre katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(3,356) = 7.61, p < .001, \eta^2 = 0.06$ ]. Hiç yabancı dil bilmeyen katılımcıların “Hasta Hakları ve Konforu” puan ortalaması (Ort. = 3.98, Ss = 0.82) bir (Ort. = 4.31, Ss = 0.59), iki (Ort. = 4.33, Ss = 0.58) ve üç ve üzeri yabancı dil bilenlerin (Ort. = 4.58, Ss = 0.46) ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamında elde edilen nicel verilerin daha açık, düzenli ve karşılaştırılabilir bir biçimde sunulabilmesi amacıyla bulgular tablo halinde verilmiştir. Tablo 4.27 aracılığıyla farklı gruplar arasında yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları öz, sade ve anlaşılır bir biçimde ifade edilebilmiştir.

Araştırma bulguları, sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinliği ile sağlık turistlerinin hastane tercih nedenleri algıları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle kurum tipi, kurumun bulunduğu il, cinsiyet, eğitim ve yabancı dil bilgisi gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin kalitesine ve hasta tercihlerinde

etkili olmaktadır. Bu sonuçlar, sağlık turizmi alanında insan kaynağı niteliğinin geliştirilmesinin önemine işaret etmektedir.

**Tablo 4.27.** İstatistiksel Analiz Sonuçları

Değişken	Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği	Süreç ve Saygı	Hasta Hakları ve Konforu	Standart ve Kalite	Maliyet ve Yakınlık
Hastane Türü	Özel > Üniversite	Özel > Üniversite	Özel > Üniversite	Özel > Kamu / Üniversite	Anlamli fark var, ancak ikili fark yok
Hastanenin Bulunduğu İl	Ankara > İstanbul	Ankara > İstanbul	Anlamli fark yok	Ankara, İstanbul > Diğer iller	İstanbul > Diğer iller
Cinsiyet	Kadınlar lehine; empati ve hasta odaklı bakımda duyarlılık öne çıkıyor.	Kadınlar lehine; empati ve hasta odaklı bakımda duyarlılık öne çıkıyor.	Kadınlar lehine; empati ve hasta odaklı bakımda duyarlılık öne çıkıyor.	Kadınlar lehine; sağlık turistlerinin tercihlerine duyarlılık fazla	Kadınlar lehine; sağlık turistlerinin tercihlerine duyarlılık fazla
Eğitim Durumu	Lise mezunları < Diğer gruplar	Lise mezunları < Diğer gruplar	Lise mezunları < Diğer gruplar	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok
Medeni Durum	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Bekarlar lehine; bireysel motivasyon ve esneklik etkili olabilir.	Anlamli fark yok
Yaş	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok
Gelir Düzeyi	Gelir arttıkça puan artıyor	Gelir arttıkça puan artıyor	15.500+ > Alt gelir grupları	Anlamli fark yok	9.500 TL altı < üst gruplar
Pozisyon	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	İdari > Tıbbi Personel	İdari > HYP
Mesleki Çalışma Süresi / Birimde Çalışma Süresi	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok
Çalışma Şekli	Tam zamanlı çalışanlar lehine; süreklilik ve bağlılık daha yüksek puanlara yansımıştır.	Tam zamanlı çalışanlar lehine; süreklilik ve bağlılık daha yüksek puanlara yansımıştır.	Tam zamanlı çalışanlar lehine; süreklilik ve bağlılık daha yüksek puanlara yansımıştır.	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok
Yabancı Dil Bilgisi	3+ dil bilenler > diğer gruplar	Dil bilenler > hiç bilmeyen	Dil bilenler > hiç bilmeyen	3+ dil bilenler > diğer gruplar	Anlamli fark yok
Yurtdışı Hizmetçi Eğitim	Uluslararası deneyim hasta merkezliliği artırıyor.	Uluslararası deneyim hasta merkezliliği artırıyor.	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok
Kurum İçi Hizmetçi Eğitim	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Eğitim alanlar lehine; eğitim içeriklerinin bazı alanlarda yeterli olmadığı izlenimi var	Anlamli fark yok
Meslek Odası Üyeliği	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok	Anlamli fark yok

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, dünyada artan ekonomik entegrasyon ve karşılıklı bağımlılıkla birlikte hızla büyüyen bir sektördür. Sağlık turizmi bu sektörün önemli bir boyutunu oluşturur ve tedaviyle turistik aktiviteleri birleştiren bir turizm türü olarak tanımlanır. Sağlık turizmi ülkelere birçok fayda sağlamaktadır. Yabancı hastalardan elde edilen gelir, ekonomik refaha katkı sağlarken, bilgi ve teknoloji paylaşımı artar, stratejik ortaklıklar gelişir ve uluslararası rekabet sayesinde hem yabancı hem yerli hastalar daha kaliteli hizmete erişirler. Ayrıca, kültürel etkileşimin artmasına, uluslararası ilişkilerin güçlenmesine, küresel sağlık imajının belirginleşmesine, kamu-özel iş birliklerinin gerçekleşmesine ve hasta memnuniyetinin yükselmesine katkıda bulunur.

20. yüzyılda sağlık turizmi daha çok az gelişmiş ülkelerden gelen hastaları kapsarken, 21. yüzyılda gelişmiş ülkelere hastalar, uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunan ülkelere yönelmiştir. Gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfus, artan kamu sağlık harcamaları, daralan sigorta kapsamı ve sağlık hizmetlerinin özelleşmesi gibi etkenler ile ülkeler arası fiyat farkları ve coğrafi yakınlık, hastaları daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunan ülkelere yönlendirmekte ve bu durum Türkiye için sağlık turizminde önemli bir pazar fırsatı sunmaktadır. Türkiye’de bu alandaki tesisler; kaplıcalar, kaplıcalı oteller ve uzman hastanelerden oluşmaktadır. Bu doğrultuda Türkiye, sağlık turizminde uluslararası itibarını artırmayı hedeflemekte ve bu alandaki faaliyetler ekonomiye önemli katkı sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde değer ve mükemmelliği arayan milyonlarca hastayı kendine çeken medikal turizm sektörü ise özellikle kalp, ortopedi, saç ekimi, diş ve estetik ameliyatları gibi hizmetlerde ön plana çıkmaktadır. Tayland, Meksika, Türkiye ve Hindistan gibi ülkeler medikal turizm alanında önde gelen destinasyonlar arasındadır. Medikal turizme katılan hastalar, yüksek maliyet, yetersiz sigorta ve uzun bekleme süreleri gibi itici faktörler; kaliteli hizmet, dil kolaylığı ve tatil imkânı gibi çekici faktörler ile internet, doktor bilgileri ve ağızdan ağıza iletişim gibi bilgi kaynaklarına dayanarak karar vermekte ve seyahat etmektedir. Bu doğrultuda, hizmetlerde kalite algısı büyük önem taşımaktadır. Özellikle tıbbi hizmetlerde kalite; verimlilik, etkililik, optimalite, makuliyet, meşruiyet ve tarafsızlık gibi boyutlarla değerlendirilmektedir. Teknolojik gelişmelerle sürekli dönüşen sağlık sektöründe, hizmet kalitesi hastaların beklentileriyle hizmet sonrası algıları arasındaki farkla

ölçülmektedir. Ayrıca, hizmeti sunan kliniklerin ve personelin algılanan kalitesi, memnuniyeti ve güvenilirliği sağlık turistlerinin hedef ülkelere ziyaretini etkileyen faktörlerdendir. Ayrıca, çalışana duyulan güvenin, kurumun fiziksel ve finansal risklerini azaltacağı belirtilmektedir. Sağlık turizmi çalışanlarının aldığı eğitim, mesleki yeterlilikleri, sağlık turizmine yönelik görüş ve önerileri vd. önemli bilgilerin elde edilmesi bu çalışanların kalifiye düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunması açısından önem kazanmaktadır. Beklentiler karşılandığında hasta memnuniyeti artmakta ve sağlık kuruluşuna olan tercih eğilimi güçlenmektedir. Yüksek memnuniyet, hastaların tedaviye uyumunu artırarak daha iyi sağlık sonuçları doğurmakta ve hizmetin başkalarına tavsiye edilmesini sağlamaktadır. Burada, kalitenin iyileştirilmesi gerekliliği devreye girmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek için “ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz” prensibi geçerlidir. Sağlık kuruluşlarının kalitesi, hasta merkezli bakımın önemli bir faktörü iken; hasta merkezlilik, kaliteli sağlık hizmetine ulaşmanın 6 temel bileşeninden (erişilebilirlik, etkililik, hasta güvenliği, hasta merkezlilik, zamanında hizmet, verimlilik) biri olarak kabul edilmektedir.

Hasta merkezli bakım, hastaların ihtiyaçlarını, tercihlerini ve değerlerini önemseyen, biyomedikal bir yaklaşım yerine biyopsikososyal bir yaklaşımı benimseyen ve hasta ile doktor arasında güçlü bir işbirliği sağlayan bakım şeklidir. Hasta merkezli bakım; hasta, aile, sağlık çalışanı ve yöneticilerin işbirliği yaptığı durumlarda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırırken bakım maliyetlerini düşürmekte, hem hasta hem de çalışan memnuniyetini artırmaktadır. Araştırmalar, bu yaklaşımın hastaneye yeniden yatış oranlarını azalttığını, ortalama kalış süresini kısalttığını, gereksiz test ve sevkleri azalttığını, hastane başvurularını düşürdüğünü, sağkalımı artırdığını, hasta memnuniyetini ve refahını iyileştirdiğini ve sağlık ekibi içinde iletişimi geliştirdiğini göstermektedir. Ayrıca, hasta merkezli bakımı benimseyen kurumlarda tıbbi hatalarda azalma ve çalışan bağlılığında artış gözlemlenmiştir. Literatürde bu yaklaşımın uygulanabilirliği, yalnızca sağlık çalışanlarının bireysel tutumlarıyla değil, aynı zamanda kurumun bu anlayışı destekleyecek yapısal ve kültürel unsurlarla yakından ilişkili olduğu görünmektedir. Bu nedenle, hasta merkezli sağlık sistemi doktor-hasta iletişimi, hasta merkezli sağlık bilgi teknolojisi, sağlık tesislerinde yapılan çevre düzenlemeleri ve hasta merkezliliğin ölçülmesine yönelik stratejiler gibi birçok farklı alt konuyu içermektedir. Hasta merkezli bakım, hastaların, sağlık hizmet sunucuları (sağlık çalışanları vd.) ve karar vericilerin (aile, arkadaş, sağlık yönetim birimi vd.) farklı önceliklere sahip olduğunu gösterir. Hastalar iletişime değer verirken,

sunucular tedavi etkinliğine, karar vericiler ise kaynak kullanımı ve yeniden kabul oranlarına odaklanmaktadır. Sağlık hizmeti sistemleri, bu farklı bakış açılarını içeren etkin ve verimli mekanizmalar geliştirerek hizmet kalitesini sürekli olarak ölçmeli ve yapılandırmalıdır. Bu kapsamda, ele alınan bu çalışma sistem içinde yer alan hizmet sunucularından sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliğini ortaya koymaktadır.

Literatürde hasta merkezli bakım boyutları başta; hastalara saygı, bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu; bilgi, iletişim ve eğitim, fiziksel rahatlık; duygusal rahatlık/korku ve kaygının hafifletilmesi; aile ve arkadaşların katılımı; geçiş ve süreklilik olarak sıralanmış ve boyutlar konusunda çeşitli kurumlar ve akademik çalışmalar farklı görüşler ortaya koymuştur. Ancak hasta merkezlilik temelde sağlık profesyonellerinin hastaları benzersiz kişi olarak görmesi ve tedavi sürecine katılmalarını sağlaması gibi iki ana boyuttan oluşmaktadır. Sağlık profesyonellerinin rolleri ve inançları, hasta ve aileleriyle arasındaki güç dengesizliğini etkileyebilir ve hasta merkezli bakımın gelişmesini engelleyebilmektedir. Eğer sağlık profesyonelleri, hasta merkezli bakım konusunda net değillerse veya bu sürece katılma becerileri yoksa hastaların bakım planlama sürecine aktif katılımı zorlaşır. Olumsuz personel tutumları ve bağlılık eksikliği, hasta merkezli bakımın entegrasyonunu engelleyen önemli engellerdir. Bu tutumlar, hastaların karar verme süreçlerine katılımını desteklememek, empati eksikliği veya paternalist bir yaklaşım gibi daha az belirgin şekillerde kendini gösterebilir. Bu engelleri aşmak, hasta merkezli bakımın başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için önemlidir. Sağlık turizmi bağlamında ise, hastaların farklı bir ülkede tedavi olabilmeleri sağlık turisti (yabancı hastalar) için fırsatlar sunsa da, kültürel, dilsel ve sistemsal zorluklar da çıkarabilir. Sağlık turistleri, dil engelleri ve kültürel farklılıklar nedeniyle tedavi kararlarına katılmak yerine sağlık profesyonellerine güvenebilir ve tedavi sürecine müdahil olmak istemeyebilir. Ayrıca, bazı kültürlerde aile üyelerinin karar sürecine dâhil olması da gerekebilir. Bu durumlar, hasta merkezli bakımın etkinliğini etkileyebilmektedir. Bu nedenle, araştırmanın Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış kamu, kamu üniversite ve özel hastanelerin sağlık turizmi biriminde (uluslararası hasta birimi/yabancı hasta birimi) çalışan sağlık çalışanları üzerinden ele alınması ve hasta merkezli bakım boyutlarına dair değerlerinin ortaya konulması önem arz etmektedir.

Araştırma amacına göre, sağlık turizmi çalışanın sosyo-demografik göstergeleri ve kurumsal bilgileri, hasta merkezli bakım yetkinliği, sağlık turizmi çalışanın gözünden sağlık turistlerinin hastane tercih sebeplerine dair bulgulara erişilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmış ve örneklem grubunu oluşturan hastanelerde gönüllü katılım sağlayan sağlık profesyonellerinden gerekli bilgiler toplanmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğu (%57,2) kadınlardan oluşmaktadır. Bu durum sağlık turizmi sektörünün önemli bir paydaşını oluşturan sağlık profesyonellerinin kadın çalışanlardan oluştuğunu göstermektedir. Yine çalışanların çoğunun evli (%63,3) olduğu görülmektedir. Çalışanların çoğunlukla 39-45 yaş arasında ve %86,9'unun 45 yaş ve altında olduğu ve bu hastanelerin çoğunlukla genç çalışanla hizmet verdiği görülmektedir. Katılımcıların öğrenim durumları dikkate alındığında %73,3'ünün lisans ve lisansüstü mezuniyetine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların mesleğindeki toplam hizmet sürelerine bakıldığında %69,5'inin 15 yıl ve altı toplam hizmet yılına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmaya ait verilerin mesleki olarak dinamik bir yapıya sahip örneklem grubundan elde edildiğini göstermektedir. Yine katılımcıların araştırmaya konu birimindeki çalışma sürelerine bakıldığında %93'ünün 12 yıl ve altı çalışma yılına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların araştırmaya konu birimde önemli bir tecrübeye sahip olduğunun göstermektedir.

Çalışmada elde edilen sosyo-demografik bulguların değerlendirilmesi sonrasında, hasta merkezli bakım yetkinliği değişkenleri ve alt boyutları ile sağlık turistleri tercih sebepleri alt boyutları üzerinden analizler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğinin “Süreç ve Saygı” ile “Hasta Hakları ve Konforu” olarak iki boyutta katılımcıların yüksek yetkinliğe sahip olduğu bulgusu, literatürde hasta merkezli bakımın iki temel boyutunun araştırma örnekleme ile desteklendiğini ortaya koymuştur. Katılımcıların sağlık turizmi tercih sebeplerine yönelik ölçeği ise, “Standart ve Kalite” ile “Maliyet ve Yakınlık” alt boyutları olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada regresyon analizine göre, “Süreç ve Saygı” ile “Hasta Hakları ve Konforu” boyutları, sağlık çalışanlarının “Standart ve Kalite” boyutunu anlamlı düzeyde yordayan değişkenlerdir. Bu durum, sağlık çalışanlarının bakım süreçlerinde hasta ile kurduğu saygıya dayalı ilişki ve hasta haklarına gösterdiği özenin, hizmet kalitesi algısını doğrudan etkilediğini göstermektedir. Buna göre, çalışanların bu alanlardaki farkındalık ve uygulama düzeyleri, sağlık hizmetlerinin standart ve kalite boyutunda belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının bu yetkinliklerinin geliştirilmesi, sağlık turizmi hizmet kalitesini artırarak hasta memnuniyeti ve tercih oranlarını olumlu

yönde etkileyebilir. Bu açıdan, sağlık personelinin HMB alanındaki eğitim ve destek programlarının önemi vurgulanmalıdır.

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık analizleri yapılmış ve değişkenler bağımsız örneklem t-testleri ve tek yönlü varyans analizleri ile incelenmiştir.

HMB'ye yönelik bulgular değerlendirildiğinde bağımsız örneklem t-test bulguları: Cinsiyet değişkeni kapsamında kadın çalışanların, erkek meslektaşlarına kıyasla “Hasta Hakları ve Konfor,” “Süreç ve Saygı” gibi hasta odaklılık gerektiren alanlarda daha yüksek puanlar alması; hasta merkezli yaklaşımda empati, iletişim becerisi ve hasta ihtiyaçlarını anlama düzeyinin cinsiyete bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Bu durum, kadın sağlık personelinin özellikle hasta ile kurulan ilişkinin niteliğinde belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının HMB ve alt boyutlarında herhangi bir farklılık olmaması bakım sürecinde tek başına etkili bir faktör olmadığını göstermektedir. Çalışma şekline göre elde edilen analiz bulguları, tam zamanlı çalışanların hasta merkezli bakım yetkinliğinin ve alt boyutlardaki puanların vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu farklılık, tam zamanlı çalışanlarda iş sürekliliğinin ve hasta ile kurulan bağın HMB üzerindeki etkisini göstermektedir. Vardiyalı çalışanların karşılaştığı uyku düzeni, yorgunluk, düzensizlik ve stres gibi iş yükü kaynaklı faktörler, hizmet niteliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kurumda hizmet içi eğitim alma değişkeninin HMB bağlamında anlamlı bir farklılık ortaya koymaması bu tür eğitimlerin içerik, kapsam ve süre açısından geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Yurtdışı hizmet içi eğitim almış sağlık çalışanlarının HMB ve alt boyut olan “Süreç ve Saygı” da anlamlı şekilde daha yüksek puanlar alması, uluslararası deneyimlerin önemini ortaya koymuştur. Bu bulgu, sağlık turizmi kapsamında hizmet veren kurumların çalışanlarını bu tür eğitimlere yönlendirerek bireysel yeterlilikleri ve kültürel duyarlılıklarını artırması ve uluslararası sağlık standartları ve hasta deneyiminde hasta odaklı hizmet sunumunu desteklemeleri gerekliliğini ortaya koymaktadır. Meslek odasına üyelik durumu bakımından herhangi bir anlamlı farkın bulunmaması ise dikkat çekicidir. Bu durum, meslek odalarının sağlık personelinin mesleki performansı üzerinde etkin bir rol üstlenmediğine, kurumlar arası entegrasyonun veya motivasyon unsurlarının eksik olduğunu düşündürmektedir.

Tek yönlü varyans analiz bulguları: Hastane türü değişkenine göre özel hastanelerde çalışan bireylerin hasta merkezli bakım yetkinlikleri ve alt boyutlarına ilişkin

değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu durum, özel sektörün rekabetçi yapısı ve hasta memnuniyetine odaklanan hizmet anlayışının çalışanlar üzerindeki etkilerini yansıtmaktadır. Kamu hastanelerinde ve kamu üniversite hastanelerinde ise bu olumlu bakışın daha sınırlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu farklılık, kurumsal altyapı, yönetim biçimi ve çalışanlara sunulan destek mekanizmaları açısından özel ve kamu kurumları arasındaki yapısal ayrımlardan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Hastanenin bulunduğu il değişkeninde ise; büyükşehirlerde çalışanların bazı boyutlarda daha yüksek puanlar aldığı görülmekle birlikte, hasta merkezli bakım yetkinliği açısından Ankara'daki sağlık çalışanlarının İstanbul'dakilere kıyasla daha yüksek düzeyde yetkinlik sergilediği ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, yalnızca büyükşehirde bulunmanın değil, bulunduğu ilin il sağlık yönetim yapısı, kaynak kullanımı ve kurumsal kültür gibi faktörlerin de önemli rol oynadığını göstermektedir. Eğitim düzeyine ilişkin bulgular hasta merkezli bakımda daha yüksek seviyede öğrenim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek yetkinlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Lise mezunu çalışanların daha düşük düzeyde puanlar alması ise, mesleki gelişim sürecinde eğitimin belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Yaş ve mesleki çalışma süresi değişkenlerinde anlamlı farklılıkların olmaması, yaş ve mesleki deneyimin hasta merkezli bakım becerilerini geliştirmede tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Ayrıca, birimde çalışma süresinin de anlamlı bir farklılık ortaya koymaması bu durumun, sağlık turizmi biriminde deneyimin niteliğinin niceliğinden daha belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Gelir düzeyi bağlamında elde edilen bulgular, düşük gelir grubunda yer alan çalışanların hasta merkezli bakım yetkinliklerine dair değerlendirmelerinde daha olumsuz bir tutum sergilediklerini ortaya koymuştur. Bu durum, ekonomik refah düzeyinin çalışanların hasta ilişkilerine yaklaşımı, iş tatmini ve çalışma motivasyonu üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Sağlık personelinin çalıştığı pozisyon değişkeni değerlendirildiğinde; hasta merkezli bakım yetkinliği açısından idari pozisyon ile diğer çalışan grupları arasında anlamlı bir farkın olmaması, bu alandaki gelişimin yönetsel değil, doğrudan hasta ilişkilerine dayalı becerilere bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Yabancı dil bilgisi değişkeninde elde edilen bulgular, birden fazla yabancı dil bilen sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım sürecini daha etkili yönettiklerini göstermektedir. Bu bağlamda, çok dilli bireylerin hasta merkezli hizmetlerde avantajlı bir konumda olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık çalışanlarına göre sağlık turistlerinin hastaneleri tercih sebepleri analiz bulguları değerlendirildiğinde ise; kadın çalışanlar sağlık turistlerinin hastaneleri erkeklere göre “Standart ve Kalite” boyutu için tercih ettiğini düşünmektedir. Bu durum, kadın personelin hastane kalitesine ve kurumsal standartlara daha fazla dikkat ettiğini ya da hasta gözünden kaliteyi daha yüksek algıladığını göstermektedir. Medeni duruma ilişkin yine sadece “Standart ve Kalite” boyutunda anlamlı bir fark gözlenmiş ve bekar çalışanlar bu boyutta daha yüksek puan almıştır. Diğer boyut da herhangi bir farklılığın olmaması, medeni durumun genel olarak tercih sebeplerine ilişkin algıyı belirlemede sınırlı bir etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Çalışma şekli ve yurtdışında hizmet içi eğitim alma değişkenlerinin ortalamalarında “Standart ve Kalite” ile “Maliyet ve Yakınlık” boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kurumda hizmet içi eğitim açısından ise yalnızca “Standart ve Kalite” boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu bulgu, kurumsal eğitimlerin özellikle kalite standartlarına ilişkin farkındalığı artırdığını, ancak diğer hasta tercih alanlarında aynı etkiyi yaratamadığını göstermektedir. Hastane türüne göre sağlık çalışanları ortalamaları değerlendirmesinde; özel hastanelerde görev yapan katılımcıların kamu ve üniversite hastanelerine kıyasla “Standart ve Kalite” boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, özel hastanelerde çalışan personel, sağlık turistlerinin bu hastaneleri daha çok kalite ve standart sebebiyle tercih ettiklerini düşünmektedir. Bu bulgu, özel hastanelerin akreditasyon süreçlerine, teknolojik altyapıya ve uluslararası hasta hizmetlerine daha fazla yatırım yapmasıyla açıklanabilmektedir. Hastanenin bulunduğu il bakımından İstanbul ve Ankara’da görev yapan katılımcılar, “Maliyet ve Yakınlık” boyutunda daha yüksek ortalamalara sahiptir. Bu sonuç, özellikle İstanbul ve Ankara gibi büyükşehirlerdeki sağlık altyapısının gelişmişliği, ulaşım olanakları ve medikal turizme yönelik yatırımların yoğunluğu ile ilişkilendirilebilmektedir. İstanbul dışındaki illerde görev yapan katılımcılar, özellikle “Maliyet ve Yakınlık” boyutunda daha düşük ortalamalar sergilemiştir. Bu farklılık, bu bölgelerdeki sağlık kurumlarının sağlık turizmi altyapısının henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanabilmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna göre “Standart ve Kalite” ile “Maliyet ve Yakınlık” boyutlarındaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu durum, sağlık hizmeti sunumunda kalite ve maliyet gibi yapısal unsurların, eğitim düzeyinden bağımsız biçimde şekillendiği, sağlık turistlerinin karar süreçlerinde ekonomik ve coğrafi etkenlerin herkes tarafından açık bir şekilde gözlemlenebildiğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların gelir

düzeyine göre değerlendirmeleri de dikkat çekicidir. Aylık gelir seviyesi 11.500 TL ve üzeri olan katılımcıların “Maliyet ve Yakınlık” boyutunu anlamlı düzeyde daha yüksek puanlamaları, yüksek gelir grubundaki bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde ulaşılabilirlik ve zaman maliyeti gibi faktörleri daha öncelikli değerlendirdiklerini göstermektedir. Katılımcıların çalıştıkları pozisyona göre ortalamaları incelendiğinde, idari personelin “Maliyet ve Yakınlık” boyutlarında diğer pozisyonlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Bu fark, idari personelin yönetsel süreçlere ve kalite politikalarına daha doğrudan hâkim olmaları ile açıklanabilmektedir. Araştırma bulgularına göre, sağlık çalışanlarının mesleki çalışma süresi ve birimde çalışma süresi ile sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme nedenlerine ilişkin puan ortalamaları da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamamıştır. Bu sonuç, tercih nedenlerinin yalnızca çalışan deneyimine bağlı olmadığını; kurumun genel hizmet sunumu, altyapı yeterliliği ve hizmet anlayışı gibi çok boyutlu faktörlerden etkilendiğine işaret etmektedir. Sağlık çalışanlarının bildiği yabancı dil sayısına göre sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme nedenlerine dair puan ortalamaları da anlamlı farklılık ortaya koymuştur. Özellikle “Standart ve Kalite” boyutunda, üç ve üzeri yabancı dil bilen katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olması, sağlık turistlerinin tercihlerini etkileyen unsurlar arasında yabancı dil bilgisi, iletişim becerileri ve kültürel uyumun önemli bir yer tuttuğuna işaret etmektedir. Çok dilli iletişim becerisi, hastayla doğru ve etkin bir etkileşim kurabilmeyi kolaylaştırmakta; bu da uluslararası hasta beklentilerinin kurumu tercih etme eğilimini desteklemektedir.

Genel olarak çalışma, katılımcıların hasta merkezli bakımın farklı boyutlarına ve sağlık turistlerinin tercih sebeplerine farklı değerler atfettiğini göstermektedir. Çalışma, hasta merkezli bakım yetkinliğinin bireysel ve kurumsal faktörlerden önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymuştur. Bulgularda değişkenler arasındaki anlamlı farklar, bu alanlara yatırım yapılmasının sağlık turizmi açısından stratejik bir gereklilik olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bazı değişkenlerde anlamlı farkların gözlemlenmemesi, bu alanların henüz yeterince desteklenmediğini ve yapısal eksikliklerin mevcut olduğunu düşündürmektedir. Bulgular hasta merkezli bakım yetkinliğinin yalnızca kişisel ya da mesleki bir kapasite değil, aynı zamanda bölgesel kaynaklara, sağlık politikalarının yerel uygulanış biçimine ve il sağlık kültürüne bağlı olarak şekillenen bir yetkinlik olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yönelik politika ve programların merkezden yerele farklılaştırılarak tasarlanması, iller arası eşitsizlikleri

azaltma açısından önemli görülmektedir. Sağlık turistlerinin hastane tercihinde ise bireysel faktörlerin yanında; kalite ve yüksek standart, uygun maliyet, coğrafi konum (büyükşehirlerdeki hastaneler), iletişim kolaylığı (yabancı dil bilgisi), hasta merkezli (konfor, hasta hakları ve saygı odaklı) hizmet, kurumsal yapı (özellikle özel hastaneler) ve personelin eğitim düzeyi öne çıkan belirleyici faktörlerdir.

Çalışma doğrultusunda elde edilen sonuçlar itibariyle geliştirilen öneriler:

➤ Kamu hastanelerinde hizmet sunum süreçleri, çalışan memnuniyeti ve kaynak kullanımını açısından iyileştirme stratejileri geliştirilmeli; özel sektördeki olumlu uygulamalar kamu sistemine adapte edilmelidir.

➤ Kamuda hasta merkezli bakımı desteklemek için koordineli ve odaklanmış bir ulusal politika olmalıdır.

➤ Kamu hastanelerinin yoğunluğu göz önünde bulundurularak, sağlık turizmi alanında kamu ile özel sektörün rekabet etmemesi ve özel sektörün sağlık turizmini yüklenmesi tercihinde, turizmde verilen desteklerin özel hastanelere de verilmesi ve sağlık turizminin özel sektör üzerinden yürütülmesi sağlanabilir.

➤ İller ve bölgeler arasında ortaya çıkan farklılıkları azaltmaya yönelik, yerel sağlık yönetimi politikaları güçlendirilmeli, kaynak dağılımında bölgesel eşitlik gözetilmelidir.

➤ Hasta merkezli yaklaşımın bireysel değil, kurumsal dönüşümle içselleştirilmesi için üst yönetimden başlayarak tüm sağlık sistemine değerler temelli bir kültür inşası gerekmektedir.

➤ Kadın sağlık personelinin hasta odaklılık becerileri, sağlık turizmi politikalarında bir avantaj unsuru olarak değerlendirilerek, iletişimde görev alacak kadın çalışanların sayısı artırılabilir.

➤ Hasta ile sürdürülebilir iletişim kurma, hasta memnuniyetini artırma ve çalışan motivasyonu bağlamında, tam zamanlı çalışma modelinin yaygınlaştırılması ve vardiyalı çalışmanın olumsuz etkilerini dengeleyici düzenlemelerin yapılması gereklidir.

➤ İlgili birimler düşük gelirli sağlık çalışanlarının motivasyonlarını artırmak için ücretlendirme politikaları yeniden gözden geçirilmeli, ekonomik refah ile mesleki performans arasındaki ilişki dikkate alınmalıdır.

➤ Sağlık turistlerinin en çok önem verdiği kriterlerden biri olarak belirlenen standart ve kalite algısını güçlendirmek amacıyla sürekli iyileştirme döngüleri, geri bildirim sistemleri ve personel motivasyonunu artırıcı uygulamalar teşvik edilmelidir.

- Sağlık turistlerinin memnuniyetini ve tercih oranını artırmak için tüm personelin temel yabancı dil becerileri edinmesi ve kültürel farkındalık eğitimlerine katılması sağlanmalıdır.
- Sadece deneyim yılına değil, deneyimin niteliğine odaklanan kurum içi mentorluk sistemleri oluşturulmalıdır.
- Sağlık turizmi yapan kurumlar yapıcı hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve yurtdışına hizmet içi eğitim almak için personel göndermek gibi uygulamalarla çalışanlarını desteklemesi, hasta merkezli bakım yetkinliklerini artırarak hem hizmet sunum kalitesine hem de hasta deneyimine olumlu katkılar sağlayabilir.
- Sağlık çalışanlarının motive edilmesi amacıyla kendileri ve sağlık turistlerine yaptıkları işin anlamlı olduğunu ve insanların hayatlarında bir fark yarattığını sürekli hatırlatması için bir ifadeyi yaka kartlarına yapıştırabilir.
- Sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti tüketicileri, hasta merkezli bakımın hangi bileşenlerinin ve hangi sonuçlarının en önemli olduğu konusunda farklı görüşlere sahip olabilir bu nedenle gelecekteki çalışmalar sağlık turizminde hasta merkezliliği hastaların gözünden değerlendirebilir.

## KAYNAKÇA

- Aba, G., Gümüş, R., ve Çakır, Y. N. (2019). Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizme Yönelik Algılarının İncelenmesi: Özel Hastane Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 17(3), 93–105. <https://doi.org/10.11611/yead.560169>
- Adams, K. A., ve McGuire, E. K. (2023). *Student Study Guide With IBM SPSS Workbook for Research Methods, Statistics, and Applications*.
- Ağaoğlu, F. O., Karagöz, N., ve Zabun, S. (2019). Sağlık Turizmi Uygulamaları Ve Türkiye'ye Getirilerine İlişkin Bir Değerlendirme. *S.C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(2), 1–23.
- Ahmed, G., Al Amiri, N., ve Khan, W. (2018). Outward Medical Tourism: A Case of UAE. *Theoretical Economics Letters*, 8, 1368–1390. <https://doi.org/10.4236/tel.2018.87088>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., ve Kutney-Lee, A. (2012). Patient Safety, Satisfaction, And Quality Of Hospital Care: Cross Sectional Surveys Of Nurses And Patients In 12 Countries In Europe And The United States. *BMJ*, 344(march), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Akdaş, O. (2020). *2002 Sonrası OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi ve Türkiye'nin Payı*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akoğlan Kozak, M., Acar, D., ve Zencir Çiftçi, E. (2019). Üçüncü Yaş Turizminin Geliştirilmesinde Yaşlı Dostu Şehir (YDS) Teması. *Turizm Akademik Dergisi*, 6(2), 99–114.
- Al-Natour, D. L. H. (2020). A Review on Efforts Health Tourism in Turkey. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, 7(59), 2739–2744. <https://doi.org/10.26450/jshsr.2066>
- Albougami, A. (2016). The Relationship between Cultural Competence Levels and Perceptions of Patient-Centered Care among Filipino and Indian Expatriate Nurses working in the Saudi Arabian Healthcare Sector [Northeastern University]. İçinde *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://repository.library.northeastern.edu/files/neu:cj82pn89c/fulltext.pdf>
- Alhalal, E., Alrashidi, L. M., ve Alanazi, A. N. (2020). Predictors of Patient-Centered Care Provision Among Nurses in Acute Care Setting. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1400–1409. <https://doi.org/10.1111/JONM.13100>
- Alkhaibari, R. A., Smith-Merry, J., Forsyth, R., ve Raymundo, G. M. (2023). Patient-Centered Care in the Middle East and North African Region: A Systematic Literature Review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09132-0>
- Altsoy, S., ve Boz, İ. T. (2021). Medikal Turizme Yönelik Faaliyetler: Antalya'da Bulunan Hastanelerde Bir Araştırma. *Journal of Politics, Economy and Management*, 4(1), 1–16.

- Amouzagar, S., Mojaradi, Z., Izanloo, A., Beikzadeh, S., ve Milani, M. (2016). Qualitative Examination of Health Tourism and Its Challenges. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(3), 88–91. <https://doi.org/10.21859/IJTMGH-040304>
- Amro, N., Kamel, A. M. A., Qtait, M., Yagi, H., Amro, B., Amro, R., ve Amro, R. (2018). Factors Affect Patients Satisfaction in Emergency Departments in Palestine. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 54, 50–56. [www.iiste.org](http://www.iiste.org)
- Arıcı, F. (2019). Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizm Potansiyeli ve Kaynak Kullanımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 24(42), 123–138. <https://doi.org/10.17295/ataunidcd.643419>
- Arora, N. K., Hesse, B. W., ve Clauser, S. B. (2015). Walking in the Shoes of Patients, Not Just in Their Genes: A Patient-Centered Approach to Genomic Medicine. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 8(3), 239–245. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0089-5>
- Arslan, E. (2018). *Sağlık Turizminde Türkiye’nin Son 5 Yılda Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Arslanoğlu, A., ve Kırılmaz, H. (2019). Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (HMBY) Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması. *Sağlık Akademi Dergisi*, 6(2), 158–166.
- Ateş, A., ve Sunar, H. (2024). Comparison of Türkiye’s Medical Tourism Market with Existing and Potential Competitor Countries. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*, 5(2), 342–368. <https://doi.org/10.58702/teyd.1419097>
- Aydın, G., ve Karamehmet, B. (2017). Factors Affecting Health Tourism and International Healthcare Facility Choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1).
- Aydın, A., Özdoğan, O. N., ve Akar, A. (2021). Sağlık Turizminde Finansal Yönetim. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 165–196). Detay Yayıncılık.
- Ayyıldız, A. Y., ve Ayyıldız, T. (2021). Sağlık Turizmi İşletmelerinde Dijitalleşme. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 110–127). Detay Yayıncılık.
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Baernholdt, M., ve Simon, M. (2018). Patient-Centered Care, Nurse Work Environment And Implicit Rationing of Nursing Care in Swiss Acute Care Hospitals: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>
- Bae, J.-M. (2017). Shared Decision Making: Relevant Concepts and Facilitating Strategies. *Epidemiology and Health*, 39, e2017048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2017048>
- Bakır, N., ve Demir, C. (2020). Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 109–117.
- Balbale, S. N., Turcios, S., ve LaVela, S. L. (2015). Health Care Employee Perceptions of Patient-Centered Care. *Qualitative Health Research*, 25(3), 417–425. <https://doi.org/10.1177/1049732314553011>

- Balcı, F. (2021). *Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Hasta Merkezli Bakım Yetkinlikleri ile İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Balint, M. (1955). The Doctor, His Patient, and The Illness. *The Lancet*, 265(6866), 683–688. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)
- Baran, Z. (2023). Sağlık Turizminde Medikal Hizmetler. İçinde A. Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 46–90). Detay Yayıncılık.
- Barry, M. J., ve Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/nejmp1109283>
- Barutçu, S. B., ve İçöz, O. (2021). Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 153–164). Detay Yayıncılık.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., ve Amenta, P. (2017). Determinants of Patient Satisfaction: A Systematic Review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., ve Harris, P. G. (2003). Getting It Right: Why Bother with Patient-Centred Care? İçinde *Medical Journal of Australia* (C. 179, Sayı 5, ss. 253–256). Australasian Medical Publishing Co. Ltd. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x>
- Bayat, M., ve Yalman, F. (2020). Determining the Competitiveness Level and Competitivity Factors of the Thermal Health Tourism Sector of South Egean Thermal Tourism Development Region. *Business ve Management Studies: An International Journal*, 8(4), 551–578. <https://doi.org/10.15295/bmij.v8i4.1623>
- Baynal Doğan, T. G., Doğan, S., ve Baynal, B. (2020). İleri Yaş ve Engelli Turizmi Hedef Kitlelerine Yönelik Bolu İli Sağlık Serbest Bölgesi Tasarımı. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 23(2), 295–311. <https://doi.org/10.34189/tfd.23.02.004>
- Becheri, E. (1989). From Thermalism to Health Tourism. *The Tourist Review*, 44(4), 15–19. <https://doi.org/10.1108/eb058030>
- Berghout, M., van Exel, J., Leensvaart, L., ve Cramm, J. M. (2015). Healthcare Professionals' Views on Patient-Centered Care in Hospitals. *BMC Health Services Research*, 15(385), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1049-z>
- Berksoy, F., ve Bostan, A. (2021). Türkiye’de Sağlık Turizmi Talebini Belirleyen Faktörler. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 277–300). Detay Yayıncılık.
- Bertakis, K. D., ve Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229–239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., ve Li, O. A.-F. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Feature Article Public Health Reports*, 118, 293–302.

- Blazevic, O. (2016). Health Tourism and “Smart Specialisation”. *UTMS Journal of Economics*, 7(1), 85–95.
- Bogale, T., Beharu, M., Tesfaye, T., ve Belay, Y. (2017). Scope of Patient Centered Care Practice in Public Research Article Open Access Hospitals of Benishangul Gumuze Regional State, South West Ethiopia. *Quality in Primary Care*, 26(1), 31–37. <https://doi.org/10.11648/j.rs.20210601.12>
- Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., LaVela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., ve Lukas, C. V. (2018). How Can Healthcare Organizations Implement Patient-Centered Care? Examining A Large-Scale Cultural Transformation. *BMC Health Services Research*, 18(168), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Bridge, E., Law, M. P., ve Narushima, M. (2016). Using Patient Value Statements to Develop a Culture of Patient-Centred Care: A Case Study of an Ontario, Canada Hospital. *Patient Experience Journal*, 3(2), 87-98. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1180>
- Bristow, R. S., Yang, W. T., ve Lu, M. T. (2011). Sustainable Medical Tourism in Costa Rica. *Tourism Review*, 66, 107–117. <https://doi.org/10.1108/16605371111127279>
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., ve Wolf, A. (2017). Elaboration of the Gothenburg Model of Person-Centred Care. *Health Expectations*, 20(3), 407–418. <https://doi.org/10.1111/hex.12468>
- Buldukoğlu, S. (2014). *Sağlık Turizminin Türkiye’deki Yeri ve Önemi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Bulut, B. (2021). *Türkiye Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Kapsamında Hasta İletişim Alguları ile Sağlık Hizmeti Kalite Algularının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Antalya.
- Bunn, F., Goodman, C., Jones, P. R., Russell, B., Trivedi, D., Sinclair, A., Bayer, A., Rait, G., Rycroft-Malone, J., ve Burton, C. (2017). Managing Diabetes in People with Dementia: A realist review. *Health Technology Assessment*, 21(75), 1–139. <https://doi.org/10.3310/hta21750>
- Büyük, Ö. (2023). Health Tourism in Turkey: A Pursuit of Wellness. İçinde E. Tengilimoğlu (Ed.), *Tourism: Theory and Practice* (ss. 1–20). Yaz Yayınları. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Büyük, Ö., ve Akkuş, G. (2022). Geriatric-Tourism, PMR, And Thermal Treatments İn The Third Age. İçinde L. Altınay, O. M. Karatepe, ve M. Tuna (Ed.), *Advances in Managing Tourism Across Continents* (ss. 1–13). USF M3 Publishing, LLC. <https://doi.org/10.5038/9781955833080>
- Büyüközkan, G., Mukul, E., ve Kongar, E. (2021). Health Tourism Strategy Selection via SWOT Analysis and Integrated Hesitant Fuzzy Linguistic AHP-MABAC approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 74(100929), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100929>
- Campbell, A., Restrepo, C., ve Navas, G. (2020). Patient Satisfaction with Medical Tourism: A Review of 460 International Plastic Surgery Patients in Colombia. *Plastic and*

- Reconstructive Surgery - Global Open*, 8(12), e3230.  
<https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003230>
- Can, B., Özçelik, M., & Yığıt, P. (2024). Sağlık Turistlerinin Türkiye'yi Tercih Nedenlerin Belirlenmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. *Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.58455/cutsad.1494078>
- Çapar, H., ve Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 80–88. <https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2020.13>
- Catherine, H., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., ve Poitras, M. E. (2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. İçinde *Annals of Family Medicine* (C. 9, Sayı 2, ss. 155–164). Annals of Family Medicine, Inc. <https://doi.org/10.1370/afm.1226>
- Çelik, Y., ve Kılıç, İ. (2019). Hemşirelerde İş Doyumu, Mesleki Tükenmişlik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 20, 230–238.
- Charles, C., Gafni, A., ve Whelan, T. (1997). Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does it Mean? (Or It Takes, At Least Two To Tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Chattefuee, Samprit, ve Ali S. Hadi. 2006. *Regression Analysis by Example: Fourth Edition*.
- Chaulagain, S., Jahromi, M. F., ve Fu, X. (2021). Americans' Intention to Visit Cuba as a Medical Tourism Destination: A Destination and Country Image Perspective. *Tourism Management Perspectives*, 40, 100900. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2021.100900>
- Chung, S., ve Hwang, J.-I. (2021). Hospital Nurses' Experience of Patient-Centered Nursing. *Quality Improvement in Health Care*, 27(1), 26–42. <https://doi.org/10.14371/qih.2021.27.1.26>
- Çiçek, T. (2023). Sağlık Turizminde Kavramlar. İçinde A. Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 1–20). Detay Yayıncılık.
- Çılan Akın, A., ve Saldamlı, A. (2023). Sağlık Turizminde Sektör Bileşenleri ve Aracı Kurumlar. İçinde Asım Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 21–35). Detay Yayıncılık.
- Çolakoğlu, O. E., ve Caner, Ş. (2021). Medikal Turizm. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 1–29). Detay Yayıncılık.
- Çolakoğlu, Ü., Kıykaç, B., ve Sarayköylü, N. K. (2021). Sağlık Turizmi İşletmelerinde Yönetim ve Organizasyon. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 250–274). Detay Yayıncılık.
- Çondur, F., ve Topaç, Ö. (2021). Sağlık Turizmi Ekonomisi. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 139–164). Detay Yayıncılık.
- Connell, J. (2013). Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification. İçinde *Tourism Management* (C. 34, ss. 1–13). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>

- Conti, A. A., ve Humphris, G. M. (2019). Patient Centred Consultation, Satisfaction and Young Patients: A Cross-Country Analysis. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 782–789. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.015>
- Çoşkun, R., Altunışık, R., ve Yıldırım, E. (2019). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri - SPSS Uygulamalı* (10. Baskı). Sakarya Yayıncılık.
- Costa, C., Quintela, J., ve Mendes, J. (2015). Health and Wellness Tourism: A Strategic Plan for Tourism and Thermalism Valorization of São Pedro do Sul. İçinde M. Peris-Ortiz ve J. Álvarez-García (Ed.), *Health and Wellness Tourism: Emergence of a New Market Segment* (ss. 21–31). Springer.
- Coulter, A., ve Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal*, 335(7609), 24–27. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Cowell, I., McGregor, A., O’Sullivan, P., O’Sullivan, K., Poyton, R., Schoeb, V., ve Murtagh, G. (2021). Physiotherapists’ Approaches to Patients’ Concerns in Back Pain Consultations Following a Psychologically Informed Training Program. *Qualitative Health Research*, 31(13), 2486–2501. <https://doi.org/10.1177/10497323211037651>
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., ve Johnston, R. (2010). What is Known About The Effects of Medical Tourism in Destination and Departure Countries? A Scoping Review. *International Journal for Equity in Health*, 10(266), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-24>
- Dale Shaller (2007). *Patient-Centered Care: What Does It Take?* (T. C. Fund (ed.)). The Picker Institute, Inc. [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org).
- Daykhes, A. N., Jakovljevic, M., Reshetnikov, V. A., ve Kozlov, V. V. (2020). Promises and Hurdles of Medical Tourism Development in the Russian Federation. *Frontiers in Psychology*, 11(1380), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01380>
- DeCamp, M., Dukhanin, V., Hebert, L. C., Himmelrich, S., Feeser, S., ve Berkowitz, S. A. (2019). Patients’ Views about Patient Engagement and Representation in Healthcare Governance. *Journal of Healthcare Management*, 64(5), 332–346. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00152>
- Demir, H. (2020). *Medikal Turizmde Hastaların Algılanan Değer ve Memnuniyet Düzeylerinin Yeniden Hizmet Alma Tutumlarına Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü.
- Demirsoy, N. (2017). Holistic Care Philosophy for Patient-Centered Approaches and Spirituality. İçinde *Patient Centered Medicine*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/66165>
- Dökme, S. (2016). *Sağlık Turizmi Açısından Adana İlinin İncelenmesi Ve Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine Bakış Açısı: Bir Hastane Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü.
- Doyle, C., Lennox, L., ve Bell, D. (2013). A Systematic Review of Evidence on the Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

- Dursun, K., Sormaz, Ü., ve Pekerşen, Y. (2022). Geriatri Turizmine Kavramsal Bir Bakış. *International Journal Of Tourism And Destination Studies - IJOTADS*, 1(I/I), 1–11. [https://ijotads.com/?mod=makale\\_tr\\_ozetvematikale\\_id=62697](https://ijotads.com/?mod=makale_tr_ozetvematikale_id=62697)
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R. C., Coffey, J., Olomu, A., ve Beasley, M. (2012). Interventions for Providers to Promote A Patient-Centred Approach in Clinical Consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
- Ediansyah, Arief, M., Hamsal, M., ve Abdinagoro, S. B. (2023). Interplay between Networking Capability and Hospital Performance in Indonesia's Medical Tourism Sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010374>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., ve Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elwyn, G., Frosch, D. L., ve Koblin, S. (2016). Implementing Shared Decision-Making: Consider all the Consequences. *Implementation Science*, 11(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
- Enid Balint, B. S. (1969). The Possibilities of Patient-Centered Medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269–276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>
- Epstein, R. M., Alper, B. S., ve Quill, T. E. (2004). Communicating Evidence for Participatory Decision Making. İçinde *JAMA* (C. 291, Sayı 19, ss. 2359–2366). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.291.19.2359>
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., ve Stange, K. C. (2010). Analysis ve Commentary: Why the Nation Needs A Policy Push on Patient-Centered Health Care. İçinde *Health Affairs* (C. 29, Sayı 8, ss. 1489–1495). Health Aff (Millwood). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Epstein, R. M., ve Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. İçinde *Annals of Family Medicine* (C. 9, Sayı 2, ss. 100–103). Annals of Family Medicine, Inc. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Erdoğan, M. (2018). *Kamu Sağlık Politikalarında Yeni Bir Açılım Sağlık Turizmi: SDÜ Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Erdoğan, M. (2019). *İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü.
- Erdur, E. (2013). *Kamu Hastanelerinin Medikal Turizm Hizmetlerinin Değerlendirmesi Konusunda Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

- Ertaş, H., ve Kıraç, F. Ç. (2018). Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *2nd International Social and Educational Sciences Symposium*, 650–653.
- Esen, O. (2021). Sürdürülebilir Sağlık Turizmi. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Bölüm, ss. 109–139). Detay Yayıncılık.
- Eser, M. (2021). Türkiye’de Sağlık Turizmi Politikaları. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 52–63). Detay Yayıncılık.
- Fabrigar, L. R., ve Wegener, D. T. (2012). *Exploratory Factor Analysis*. Oxford University Press.
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., ve Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare*, 11(639), 1–31. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
- Fetscherin, M., ve Stephano, R. M. (2016). The Medical Tourism Index: Scale Development and Validation. *Tourism Management*, 52, 539–556. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.08.010>
- Finch, W. H. (2020). *Exploratory Factor Analysis*. SAGE Publications Ltd.
- Finney Rutten, L. J., Hesse, B. W., St. Sauver, J. L., Wilson, P., Chawla, N., Hartigan, D. B., Moser, R. P., Taplin, S., Glasgow, R., ve Arora, N. K. (2016). Health Self-Efficacy Among Populations with Multiple Chronic Conditions: the Value of Patient-Centered Communication. *Advances in Therapy*, 33(8), 1440–1451. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0369-7>
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., ve Bokhour, B. G. (2018). Patient-Centred Care is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care. *Health Expectations*, 21(1), 300–307. <https://doi.org/10.1111/HEX.12615>
- Frampton, S. B., Guastello, S., Hoy, L., Naylor, M., Sheridan, S., ve Johnston-Fleece, M. (2017). Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care. *NAM Perspectives*, 7(1), 1–38. <https://doi.org/10.31478/201701f>
- Geiger-Brown, J., ve Trinkoff, A. M. (2010). Is It Time to Pull the Plug on 12-Hour Shifts?: Part 1. The evidence. *The Journal of Nursing Administration*, 40(3), 100–102. <https://doi.org/10.1097/NNA.0B013E3181D0414E>
- George, D., ve Mallery, P. (2024). IBM SPSS Statistics 29 Step by Step. İçinde *Ibm Spss Statistics 29 Step by Step: A Simple Guide and Reference: Eighteenth Edition*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032622156>
- Gilbert, D. C., ve Van De Weerd, M. (1991). The Health Care Tourism Product in Western Europe. *The Tourist Review*, 46(2), 5–10. <https://doi.org/10.1108/eb058063>
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., ve Bishop, C. (2008). Impact Of Relational Coordination on Job Satisfaction and Quality Outcomes: A Study of Nursing Homes.

- Human Resource Management Journal*, 18(2), 154–170.
- Glinos, I. A., Baeten, R., ve Boffin, N. (2008). Cross-Border Contracted Care in Belgian Hospitals. İçinde M. Rosenmöller, M. McKee, ve R. Baeten (Ed.), *Patient mobility in the European Union: a freedom to choose?* World Health Organization. <http://eprints.lincoln.ac.uk/3449/>
- Gnyp, A. (2004). *Exploratory Confirmatory And Factor Analysis (Understanding Concepts And Applications)*. Apa. <http://link.springer.com/10.2478/s11600-010-0006-9>
- Goula, A., Rizopoulos, T., Stamouli, M. A., Kelesi, M., Kaba, E., ve Soulis, S. (2022). Internal Quality and Job Satisfaction in Health Care Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1496. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031496>
- Greene, S. M., Tuzzio, L., ve Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49–53. <https://doi.org/10.7812/tpp/12-025>
- Gujarati, D. N., ve Porter, D. C. (2012). *Temel Ekonometri*. Literatür.
- Gül, S. (2019). A Qualitative Research on Medical Tourism of Samsun (Turkey). *International Journal of Geography and Geography Education*, 40, 283–294. <https://doi.org/10.32003/iggei.570459>
- Gül, T., Değirmencioğlu, A., Bulut, B., Dağ, E., Baştürk, Y., ve Dağlı, M. (2022). Health Service Quality and Patient Communication In Medical Tourism. *Journal of Tourismology*, 8(1), 115–137. <https://doi.org/10.26650/jot.2022.8.1.1059252>
- Gürel, P. A. (2021). Efqm Mükemmellik Modeli'nin Türkiye'de Sağlık Turizmi Alanında Yönetim Stratejisi Olarak Değerlendirilmesine Yönelik Bir Öneri. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 302–341). Detay Yayıncılık.
- Gürkan, A. S., ve Keskin, C. (2023). Yerel Yönetimlerin Perspektifinden Geriatri Turizmi Potansiyelinin Değerlendirilmesi: Akyazı Örneği Evaluation of Geriatri Tourism Potential from Local Governments' Perspective: The Case of Akyazı. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 22(2), 607–618. <http://dergipark.org.tr/tr/pub/jss>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., ve Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (Eighth). Cengage Learning. <https://doi.org/10.5117/2006.019.003.007>
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., ve Summer Meranius, M. (2019). “Same Same or Different?” A Review of Reviews of Person-Centered and Patient-Centered Care. İçinde *Patient Education and Counseling* (102(1), ss. 3–11). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Han, H., ve Hyun, S. S. (2015). Customer Retention in the Medical Tourism Industry: Impact of Quality, Satisfaction, Trust, and Price Reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2014.06.003>
- Han, K., Trinkoff, A. M., ve Geiger-Brown, J. (2014). Factors Associated with Work-Related Fatigue and Recovery in Hospital Nurses Working 12-Hour Shifts. *Workplace Health and Safety*, 62(10), 409–414. <https://doi.org/10.3928/21650799-20140826-01>

- Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N., ve Smith, R. (2013). Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS? *Plos One*, 8(10), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070406>
- Hanefeld, J., Lunt, N., Smith, R., ve Horsfall, D. (2015). Why Do Medical Tourists Travel To Where They Do? The Role of Networks in Determining Medical Travel. *Social Science ve Medicine*, 124, 356–363. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2014.05.016>
- Hastaoğlu, F., Bulut, Y., Ve Mollaoğlu, M. (2023). Sorumlu Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliklerinin Belirlenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(2), 96–102. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1219030>
- Hofer, S., Honegger, F., ve Hubeli, J. (2012). Health Tourism: Definition Focused on the Swiss Market and Conceptualisation of Health(i)Ness. İçinde *Journal of Health, Organisation and Management* (C. 26, Sayı 1, ss. 60–80). <https://doi.org/10.1108/14777261211211098>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., ve Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Holmström, I., ve Röing, M. (2010). The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>
- Huang, X., Gao, Y., Chen, H., Zhang, H., ve Zhang, X. (2022). Hospital Culture and Healthcare Workers' Provision of Patient-Centered Care: A Moderated Mediation Analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.919608>
- Hur, Y., Ra Cho, A., ve Choi, C. J. (2017). Medical Students' and Patients' Perceptions of Patient-Centred Attitude. *Korean Journal of Medical Education*, 29(1), 33–39. <https://doi.org/10.3946/kjme.2017.51>
- Hwang, J.-I. (2015). Development and Testing of a Patient-Centred Care Competency Scale for Hospital Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 43–51. <https://doi.org/10.1111/IJN.12220>
- İspir, M., ve Kütük, S. (2021). Türkiye'de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Sağlık Turizmi Uygulamaları. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve Ay. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 22–51). Detay Yayıncılık.
- Ito, M. (2020). Patient-Centered Care. İçinde *Fundamentals of Telemedicine and Telehealth* (C. 81, Sayı 2, ss. 115–126). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814309-4.00006-9>
- Jayadevappa, R., ve Chhatre, S. (2011). Patient Centered Care-A Conceptual Model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15–25.
- Johnston, R., Crooks, V. A., Cerón, A., Labonté, R., Snyder, J., Núñez, E. O., ve Flores, W. G. (2016). Providers' Perspectives on Inbound Medical Tourism in Central America and the Caribbean: Factors Driving and Inhibiting Sector Development and Their Health Equity Implications. *Global Health Action*, 9(1), 1–10.

- <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32760>
- Kadıoğlu, Y. (2021). *Türkiye’de Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Ekonomik Yönü: İstanbul Örneği*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Maltepe Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kahraman, A., Karagöz, S., ve Akyıl, R. Ç. (2021). Sağlık Turizmi İşletmelerinde Mesleki Etik. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve Erhan Çoşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 305–321). Detay Yayıncılık.
- Kanjanachaiyasit, Y. (2019). Medical Tourism-The Scoping Review. *IOSR Journal of Business and Management*, 21(3), 1–8. <https://doi.org/10.9790/487X-2103050108>
- Kantar, G., ve Erdoğan I. 2014. “Türkiye’de Sağlık Turizmi”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(1),15-20.
- Kara, T. (2020). Health Tourism and Concept Complexity of Health Tourism in Turkey. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(3), 264–290. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.770680>
- Karababa, A. G. (2017). Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 58–69. <http://tursbad.hku.edu.tr/tr/pub/tursbad/issue/28703/307191>
- Kaşlı, M., ve Öztürk, D. (2014). An Investigation on Thermal Tourism in Bursa, Eskişehir And Bilecik. *Global Journal on Advances in Pure ve Applied Sciences [Online]*, 4, 13–20.
- Kaya, A. (2020). Sağlık Turizmi Ekonomisi. İçinde H. Eriş (Ed.), *Sağlık Turizmi* (ss. 235–254). İksad Yayınevi. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2020/06/SAGLIK-TURIZMI.pdf>
- Khan, M. J., Chelliah, S., ve Haron, M. S. (2016). International Patients’ Travel Decision Making Process-A Con-ceptual Framework. *Iran J Public Health*, 45(2), 134–145. <http://ijph.tums.ac.ir>
- Khan, S., ve Alam, M. S. (2014). Kingdom of Saudi Arabia: A Potential Destination for Medical Tourism. İçinde *Journal of Taibah University Medical Sciences* (C. 9, Sayı 4, ss. 257–262). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2014.01.007>
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., ve Zeitz, K. (2013). What are the Core Elements of Patient-Centred Care? A Narrative Review and Synthesis of the Literature from Health Policy, Medicine and Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2012.06064.X>
- Kim, Hae-Young. 2013. “Statistical Notes For Clinical Researchers: Assessing Normal Distribution (2) Using Skewness And Kurtosis”. *Restorative Dentistry & Endodontics* 38(1):52. doi: 10.5395/rde.2013.38.1.52.
- Kılıçarslan, M. (2019). Swot Analysis of Health Tourism in Turkey. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(71), 1135–1145. <https://doi.org/10.17755/esosder.467515>
- Kıraç, R. (2020). Hemşirelerde Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Bir Araştırma. 13. *Uluslararası Güncel Araştırmalarla Sosyal Bilimler Kongresi*, November, 1433–1439.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (Fifth).

Guilford Press.

- Koba, Y. (2023). Üçüncü Yaş ve Engelsiz Turizm. İçinde A. Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 122–138). Detay Yayıncılık.
- Köberich, S., ve Farin, E. (2015). A Systematic Review of Instruments Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centred Nursing Care. İçinde *Nursing Inquiry* (C. 22, Sayı 2, ss. 106–120). <https://doi.org/10.1111/nin.12078>
- Kodaş, B. (2023). Sağlık Turizminde Müşteri İlişkileri Yönetimi. İçinde A. saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 139–149). Detay Yayıncılık.
- Korkmaz, M., Aytaç, A., Yücel, A. S., Kılıç, B., Toker, F., ve Gümüş, S. (2014). Health Tourism in Turkey and Practical Example. *Iib International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 5(15), 229–246.
- Kostak, D. (2007). *Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köstepen, A. (2015). *İzmir İli'nin Medikal Turizm Potansiyelinin Tespiti*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- Langberg, E. M., Dyhr, L., ve Davidsen, A. S. (2019). Development of the Concept of Patient-Centredness - A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2019.02.023>
- Lateef, A., ve Mhlongo, E. M. (2020). A Qualitative Study on Patient-Centered Care and Perception of Nurses in Primary Healthcare Practice. *Research Square*, 1–14. <https://doi.org//10.21203/rs.3.rs-91573/v1>
- Lee, J., ve Kim, H. B. (2015). Success Factors of Health Tourism: Cases of Asian Tourism Cities. *International Journal of Tourism Cities*, 1(3), 216–233. <https://doi.org/10.1108/IJTC-08-2014-0014>
- Lee, K. H., Lee, J. Y., ve Kim, B. (2022). Person-Centered Care in Persons Living With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Gerontologist*, 62(4), e253–e264. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa207>
- Lee, Y. M., Song, J.-E., Park, C., ve Son, Y.-J. (2019). Psychometric Evaluation of the Korean Version of Patient-Centered Care Scale for Hospital Nurses. *Evaluation ve the Health Professions*, 42(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/0163278718805244>
- Lee, Y. Y., ve Lin, J. L. (2010). Do Patient Autonomy Preferences Matter? Linking Patient-Centered Care to Patient-Physician Relationships and Health Outcomes. *Social Science and Medicine*, 71(10), 1811–1818. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.008>
- Légaré, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M. J., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., ve Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for Improving the Adoption of Shared Decision Making by Healthcare Professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3>
- Leidner, C., Vennedey, V., Hillen, H., Ansmann, L., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., ve Hower, K. I. (2021). Implementation of Patient-Centred Care: Which System-Level

- Determinants Matter From A Decision Maker's Perspective? Results From A Qualitative Interview Study Across Various Health And Social Care Organisations. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050054>
- Leiras, A., ve Caamaño-Franco, I. (2024). Search Strategies in Accessible Tourism, Barrier-Free Tourism, Disabled Tourism and Easy Access Tourism Literature. *Tourism Review*, 79(4), 981–999. <https://doi.org/10.1108/TR-04-2023-0241>
- Levey, R., Ball, L., Chaboyer, W., ve Sladdin, I. (2020). Dietitians' Perspectives of the Barriers and Enablers to Delivering Patient-Centred Care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 33(1), 106–114. <https://doi.org/10.1111/jhn.12684>
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V. A., Zwarenstein, M., ve Dick, J. (2001). Interventions for Providers to Promote A Patient-Centred Approach in Clinical Consultations. İçinde S. Lewin (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (C. 2012, Sayı 12). John Wiley ve Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267>
- Lunt, N., ve Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the Evidence on Treatment Abroad. *Maturitas*, 66(1), 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.017>
- Lunt, N., Horsfall, D., ve Hanefeld, J. (2016). Medical Tourism: A Snapshot of Evidence On Treatment Abroad. İçinde *Maturitas* (C. 88, ss. 37–44). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.03.001>
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., ve Mannion, R. (2011). Medical Tourism : Treatments , Markets and Health System Implications : scoping review. *Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*, 1–55. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&eq=intitle:Medical+Tourism+:+Treatments+,+Markets+and+Health+System+Implications+:+scoping+review#0>
- Lusk, J. M., ve Fater, K. (2013). A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum*, 48(2), 89–98. <https://doi.org/10.1111/nuf.12019>
- Luxford, K., Piper, D., Dunbar, N., ve Poole, N. (2010). *Patient-Centred Care: Improving Quality And Safety By Focusing Care On Patients And Consumers*. [www.safetyandquality.gov.au](http://www.safetyandquality.gov.au)
- Luxford, K., Piper, D., Dunbar, N., ve Poole, N. (2011). *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety Through Partnerships with Patients and Consumers*. Australian Commission On Safety And Quality In Health Care. [www.safetyandquality.gov.au](http://www.safetyandquality.gov.au)
- Luxford, K., Safran, D. G., ve Delbanco, T. (2011). Promoting Patient-Centered Care: A Qualitative Study of Facilitators and Barriers in Healthcare Organizations With A Reputation for Improving the Patient Experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510–515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>
- MacReady, N. (2007). Developing Countries Court Medical Tourists. *Lancet*, 369(9576), 1849–1850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60833-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60833-2)
- Marshall, A., Kitson, A., ve Zeitz, K. (2012). Patients' Views Of Patient-Centred Care: A Phenomenological Case Study in One Surgical Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2664–2673. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05965.x>
- Mayers, A. (2013). Introduction to Statistics and SPSS in Psychology. İçinde *Sustainability (Switzerland)*. Pearson Education.

- [http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484\\_Sistem\\_Pembetulan\\_Terpusat\\_Strategi\\_Melestarı](http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_Sistem_Pembetulan_Terpusat_Strategi_Melestarı)
- Mazor, K. M., Gaglio, B., Nekhlyudov, L., Alexander, G. L., Stark, A., Hornbrook, M. C., Walsh, K., Boggs, J., Lemay, C. A., Firreno, C., Biggins, C., Blosky, M. A., ve Arora, N. K. (2013). Assessing Patient-Centered Communication in Cancer Care: Stakeholder Perspectives. *Journal of Oncology Practice*, 9(5), 186–193. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000772>
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K., Lawrence, W., ve Street, R. L. (2011). Measuring Patient-Centered Communication in Cancer Care: A Literature Review and the Development of A Systematic Approach. *Social Science ve Medicine*, 72(7), 1085–1095. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.020>
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., ve Wheeler, A. J. (2013). Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567–596. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Mead, N., ve Bower, P. (2000). Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mead, N., ve Bower, P. (2002). Patient-Centred Consultations and Outcomes in Primary Care: A Review of the Literature. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00099-X)
- Millenson, M. L. (2014). New Roles and Rules for Patient-Centered Care. İçinde *Journal of General Internal Medicine* (C. 29, Sayı 7, ss. 979–980). <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2788-y>
- Moghimehfar, F., ve Nasr-Esfahani, M. H. (2011). Decisive Factors in Medical Tourism Destination Choice: A Case Study of Isfahan, Iran And Fertility Treatments. *Tourism Management*, 32(6), 1431–1434. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.01.005>
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., ve Wolf, A. (2017). Barriers and Facilitators to the Implementation of Person-Centred Care in Different Healthcare Contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662–673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Moore, M. (2008). What Does Patient-Centred Communication Mean in Nepal? *Medical Education*, 42(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02900.x>
- Mordkoff, J. T. (2011). The Assumption (s) of Normality. Erişim adresi: <http://www2.psychology.uiowa.edu/faculty/mordkoff/GradStats/part%201/I.07%20normal.pdf>
- Mürteza, F., ve Çetin, Ö. (2021). Sağlık Turizminde İletişim ve Halkla İlişkiler. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 165–183). Detay Yayıncılık.

- Ng, Y. K., Shah, N. M., Loong, L. S., Pee, L. T., ve Chong, W. W. (2021). Barriers and Facilitators to Patient-Centred Care in Pharmacy Consultations: A Qualitative Study with Malaysian Hospital Pharmacists and Patients. *PLoS ONE*, 16(10), 1–20. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0258249>
- Noviyanti, L. W., Ahsan, A., ve Sudartya, T. S. (2021). Exploring the Relationship between Nurses' Communication Batisfaction and Patient Safety Culture. *Journal of Public Health Research*, 10(2225). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
- Okumus, B., ve Kelly, H. L. (2023). Wellness Management in Hospitality and Tourism. İçinde *Wellness Management in Hospitality and Tourism*. Goodfellow Publishers. <https://doi.org/10.23912/978-1-915097-24-8-5275>
- On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028). (2023). Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Strateji Bütçe Başkanlığı. Ankara.
- Osatuke, K., Moore, S. C., Ward, C., Dyrenforth, S. R., ve Belton, L. (2009). Civility, Respect, Engagement in the Workforce (CREW). *The Journal of Applied Behavioral Science*, 45(3), 384–410. <https://doi.org/10.1177/0021886309335067>
- Özata, M. (2018). Türkiye ve Dünya'da Sağlık Turizminine Genel Bir Bakış. *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(31), 4611–4619. <https://doi.org/10.26450/jshsr.939>
- Padilla-Meléndez, A., ve Del-Águila-Obra, A.-R. (2016). Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination. *Tourism ve Management Studies*, 12(1), 86–96. <https://doi.org/10.18089/tms.2016.12109>
- Park, J. K., Ahn, J., ve Yoo, W. S. (2017). The Effects of Price and Health Consciousness and Satisfaction on the Medical Tourism Experience. *Journal of Healthcare Management*, 62(6), 405–417. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-16-00016>
- Pelzang, R. (2010). Time to Learn: Understanding Patient-Centred Care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912–917. <https://doi.org/10.12968/BJON.2010.19.14.49050>
- Pessot, E., Spoladore, D., Zangiacomi, A., ve Sacco, M. (2021). Natural Resources in Health Tourism: A Systematic Literature Review. *Sustainability 2021, Vol. 13, Page 2661*, 13(5), 2661. <https://doi.org/10.3390/SU13052661>
- Poitras, M. E., Maltais, M. E., Bestard-Denommé, L., Stewart, M., ve Fortin, M. (2018). What are the Effective Elements in Patient-Centered and Multimorbidity Care? A Scoping Review. *BMC Health Services Research*, 18(446), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>
- Postacı, A. M., ve Atay, H. (2021). Termal Turizm. İçinde A. Bostan, A. Arslan, ve E. Coşkun (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (Birinci Cilt, ss. 30–56).
- Qutranji, L., Yorgancı Kale, B., Barış, H., Tezel Gökçe, K., Çetin, O., Yılmaz, E., Öztürk, E., ve Boran, P. (2021). Evaluation of Patient- and Family-Centered Care in a Paediatric Clinic in Turkey: a Qualitative Study. *Çocuk Dergisi / Journal of Child*, 21(3), 231–236. <https://doi.org/10.26650/jchild.2021.1000170>
- Rankin, J. M. (2015). The Rhetoric of Patient and Family Centred Care: An Institutional Ethnography Into What Actually Happens. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3), 526–534. <https://doi.org/10.1111/JAN.12575>

- Rathert, C., Wyrwich, M. D., ve Boren, S. A. (2013). Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Ratka, A. (2018). Empathy and the Development of Affective Skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82(10), 1140–1143. <https://doi.org/10.5688/ajpe7192>
- Ree, E., Wiig, S., Manser, T., ve Storm, M. (2019). How is Patient Involvement Measured in Patient Centeredness Scales for Health Professionals? A Systematic Review of Their Measurement Properties and Content. *BMC Health Services Research*, 19(11), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3798-y>
- Rezaee, R., ve Mohammadzadeh, M. (2016). Effective Factors in Expansion of Medical Tourism in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30(1), 785–790. <http://mjiri.iiums.ac.ir/article-1-3927-en.html>
- Riedl, D., ve Schüßler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131–150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
- Roter, D. L., Hall, J. A., ve Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA*, 288(6), 756. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
- Saha, S., ve Beach, M. C. (2011). The Impact of Patient-Centered Communication on Patients' Decision Making and Evaluations of Physicians: A Randomized Study Using Video Vignettes. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 386–392. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.023>
- Şahin, G. (2017). *Hasta Merkezli Bakım Konusunda Hekimlerin ve Hastaların Algı ve Görüşleri*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Samsun.
- Şahin, G., ve İğde, F. A. A. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5(3), 38–43. [https://www.researchgate.net/publication/278765160\\_Hasta\\_Merkezli\\_Bakim-Ortak\\_Karar\\_Alma\\_Sureci\\_ve\\_Kalite](https://www.researchgate.net/publication/278765160_Hasta_Merkezli_Bakim-Ortak_Karar_Alma_Sureci_ve_Kalite)
- Şahin, M., ve Uysal Şahin, Ö. (2018). Türkiye'de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: SWOT Analizi. *Journal of Awareness*, 3(5), 287–300. <https://doi.org/10.26809/joa.2018548638>
- Sarı, C., ve Derin, A. U. (2019). Medikal Turizm ve Antalya'daki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma: Akdeniz Üniver. *International Journal of Current Approaches in Language, Education and Social Sciences*, 1(2), 121–143. <https://doi.org/10.35452/calles.21>
- Saygılı, M., Kar, A., ve Uğurluoğlu, Ö. (2020). Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 416–426. <https://doi.org/10.22312/SDUSBED.710296>
- Saygın, S. Ü. (2021). Türkiye'de Sağlık Turizmi Gelirleri ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Baskı, ss. 93–109). Detay Yayıncılık.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., ve Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-

- Centeredness-A Systematic Review and Concept Analysis. İçinde *PLoS ONE* (C. 9, Sayı 9). PLoS One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., ve Schröder, A. (2016). The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing*, 12(2), 57–63. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000107>
- Şerifoğlu, A. G., ve Aytekin, B. A. (2021). Sağlık Turizminde Girişimcilik Uygulamaları ve Paydaşlar Arası Etkileşim Becerileri. İçinde A. Bostan, E. Coşkun, ve A. Arslan (Ed.), *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi* (İkinci Cilt, ss. 184–208). Detay Yayıncılık.
- Sevim, E., ve Sevim, E. (2019). Medikal Turizm Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 633–652.
- Sezgin, S. (2021). Türkiye’de Sağlık Turizminin Uluslararası Pazarlama Temelinde İncelenmesi. *Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi*, 1(1), 31–53.
- Sidani, S., Collins, L., Harbman, P., Macmillan, K., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C., Donald, F., Staples, P., ve van Soeren, M. (2014). Development of a Measure to Assess Healthcare Providers’ Implementation of Patient-Centered Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 248–257. <https://doi.org/10.1111/wvn.12047>
- Silvestri, C., Aquilani, B., ve Ruggieri, A. (2017). Service Quality and Customer Satisfaction İn Thermal Tourism. *TQM Journal*, 29(1), 55–81. <https://doi.org/10.1108/TQM-06-2015-0089>
- Singh, L. (2019). Medical Tourism Motivations: The Driving Force. *Journal of Multidisciplinary Academic Tourism*, 4(2), 77–86. <https://doi.org/10.31822/jomat.621874>
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., Freeman, T., Ryan, B. L., McWilliam, C. L., ve McWhinney, I. R. (2024). Patient-Centered Medicine. İçinde *BMJ* (Fourth Edi, C. 311). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003394679>
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., ve Freeman, T. (2014). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (Third Edit). Radcliffe Publishing.
- Stone, S. (2008). A Retrospective Evaluation of the Impact of the Planetree Patient-Centered Model of Care on Inpatient Quality Outcomes. *HERD*, 1(4), 55–69. <https://doi.org/10.1177/193758670800100406>
- Suhonen, R., Lahtinen, K., Stolt, M., Pasanen, M., ve Lemetti, T. (2021). Validation of the Patient-Centred Care Competency Scale Instrument for Finnish Nurses. *Journal of Personalized Medicine*, 11(583), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jpm11060583>
- Sultan, W. I. M., Sultan, M. I. M., ve Crispim, J. (2018). Palestinian Doctors’ Views On Patient-Centered Care in Hospitals. *BMC Health Services Research*, 18(766), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3573-0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik Yönetmelik. *T.C. Resmî Gazete*, 30123, 99–110. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-84076/uluslararasi-saglik-turizmi-ve-turistin-sagligi-hakkinda-yonetmelik.html>

- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2019). Using Multivariate Statistics. İçinde *Encyclopedia of Cancer* (Seventh Ed). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-47648-1\\_3905](https://doi.org/10.1007/978-3-540-47648-1_3905)
- Tang, W., He, H., ve Tu, X. M. (2023). *Applied Categorical and Count Data Analysis* (Second). CRC Press.
- Tapia, J., Dieste, M., Royo, E., ve Calvo, E. (2022). Factors Affecting the Choice of Medical Tourism Destination: Spain As A Host Country. *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 23(1), 115–138. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2020.1848749>
- Tengilimoglu, D., Tas, D., Sonmez, E. E., Bircan, I., ve Guzel, A. (2014). Health Tourism and Patient Satisfaction in Turkey: The Ankara Example. *Special issue on Marketing and Business Development.*, 4(5), 596–606. [www.ijept.org](http://www.ijept.org)
- Thom, D. H., Campbell, B., ve Alto, P. (1997). Patient-Physician Trust: A n Exploratory Study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169–176.
- Tomaselli, G., Buttigieg, S. C., Rosano, A., Cassar, M., ve Grima, G. (2020). Person-Centered Care From a Relational Ethics Perspective for the Delivery of High Quality and Safe Healthcare: A Scoping Review. İçinde *Frontiers in Public Health* (C. 8, s. 44). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00044>
- Tosun, N. (2023). Termal Turizmi ve SPA\_Wellness. İçinde A. Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 103–121). Detay Yayıncılık.
- Truglio-Londrigan, M., Slyer, J. T., Singleton, J. K., ve Worrall, P. S. (2014). A Qualitative Systematic Review of Internal and External Influences on Shared Decision-Making İn All Health Care Settings. *JBİ Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(5), 121–194. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1414>
- Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., ve Hatzichristou, D. (2014). Determinants of Patients' Attitudes Toward Patient-Centered Care: A Cross-Sectional Study in Greece. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 391–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.007>
- Tsugawa, Y., Jena, A. B., Figueroa, J. F., Orav, E. J., Blumenthal, D. M., ve Jha, A. K. (2017). Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 206. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7875>
- Turhal, N. S., Efe, B., Gumus, M., Aliustaoglu, M., Karamanoglu, A., ve Sengoz, M. (2002). Patient Satisfaction in the Outpatients' Chemotherapy Unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: A Staff Survey. *BMC Cancer*, 2. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-2-30>
- Turner, L. (2007). 'First World Health Care at Third World Prices': Globalization, Bioethics and Medical Tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303–325. <https://doi.org/10.1017/s1745855207005765>
- Tzelepis, F., Sanson-Fisher, R. W., Zucca, A. C., ve Fradgley, E. A. (2015). Measuring the Quality of Patient-Centered Care: Why Patient-Reported Measures Are Critical to Reliable Assessment. *Patient Preference and Adherence*, 9, 831–835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>

- Ulaş, D., ve Anadolu, Y. (2016). A Case Study for Medical Tourism: Investigating a Private Hospital Venture in Turkey. *Anatolia*, 27(3), 327–338. <https://doi.org/10.1080/13032917.2016.1191763>
- Üstün, U., ve Demir Uslu, Y. (2022). Türkiye'nin Sağlık Turizminde Tercih Edilme Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: Medikal Turizm Endeksi. *European Journal of Science and Technology*, 33, 344–353. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1020647>
- Uygun, M., ve Ekiz, E. (2016). An Overview of Health Tourism within the Context of Turkey's Tourism Strategy (2023). *Journal of Hospitality and Tourism*, 14(1), 18–26.
- Vonderembse, M. A., ve Dobrzykowski, D. D. (2016). A Healthcare Solution. İçinde *A Healthcare Solution*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315367767>
- WHO. (2000). WHO Library Cataloguing in Publication Data The principal writers of this report were. İçinde *The World Health Report*.
- Wooldridge. (2015). Introductory Econometrics. *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015*, 1.
- Xu, J., Hicks-Roof, K., Bailey, C. E., ve Hamadi, H. Y. (2021). Older and Wiser? The Need to Reexamine the Impact of Health Professionals Age and Experience on Competency-Based Practices. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211029068. <https://doi.org/10.1177/23779608211029067>
- Xu, T., Wang, W., ve Du, J. (2020). An Integrative Review of Patients' Experience in the Medical Tourism. *Inquiry (United States)*, 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020926762>
- Yalman, F. (2023). Sağlık Turizminde Destek ve Teşvikler. İçinde A. Saldamlı (Ed.), *Her Yönüyle Sağlık Turizmi* (ss. 270–284). Detay Yayıncılık.
- Yavuz, M. C. (2018). *Türkiye'de Sağlık Turizmi Hizmetleri Algısının Hasta Ve Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi: İç Anadolu Bölgesi Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü.
- Yiğit, A., ve Demirbaş, M. B. (2020). Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimine Etki Eden Faktörlerin SWOT-AHP Yöntemi ile Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(22), 173–192. <https://doi.org/10.38155/ksbd.693841>
- Yiğit, V. (2016). Kamu Hastanelerinde Medikal Turizmin Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(23672), 107–119. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.252110>
- Yıldız, M. S., ve Khan, M. M. (2019). Factors Affecting the Choice of Medical Tourism Destination: A Case Study of Medical Tourists from the Arab Region in Turkey. *Journal of Health Management*, 21(4), 465–475. <https://doi.org/10.1177/0972063419884396>
- Yoshida, S., Matsushima, M., Wakabayashi, H., Mutai, R., Murayama, S., Hayashi, T., Ichikawa, H., Nakano, Y., Watanabe, T., ve Fujinuma, Y. (2017). Validity and Reliability of the Patient Centred Assessment Method for Patient Complexity and Relationship with Hospital Length of Stay: A Prospective Cohort Study. *BMJ Open*, 7(5), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016175>

- Yurugen, B. (2002). Patient-centred care in Turkey Dear. *EDTNA-ERCA Journal*, 28, 95–96.
- Zaidi, A. U. (2024). A Guide for Statistical Tests and Interpretations with SPSS. İçinde *A Guide for Statistical Tests and Interpretations with SPSS*. <https://doi.org/10.4324/9781003215691>
- Zeh, S., Christalle, E., Hahlweg, P., Härter, M., ve Scholl, I. (2019). Assessing the Relevance and Implementation of Patient-Centredness From The Patients' Perspective in Germany: Results of A Delphi Study. *undefined*, 9(12). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-031741>
- Zeh, S., Christalle, E., Hahlweg, P., Härter, M., ve Scholl, I. (2019). Assessing the Relevance and Implementation of Patient-Centredness from the Patients' Perspective in Germany: Results of a Delphi Study. *BMJ Open*, 9(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031741>
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikci, D. E., ve Bingöl, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme. İçinde *İstanbul Kalkınma Ajansı: C. İSTKA/2011*.
- Zhao, H., Jiang, S., Fu, L., ve Ke, X. (2023). Elderly Tourism Management: A Bibliometric Approach. *Innovative Marketing*, 19(3), 211–225. [https://doi.org/10.21511/im.19\(3\).2023.18](https://doi.org/10.21511/im.19(3).2023.18)
- İnternet Kaynakları
- <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-25360/yetkili-saglik-tesisleri-ve-araci-kuruluslar.html> (Erişim tarihi: 06.11.2024)
- <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/press-releases/the-global-wellness-economy-reaches-a-new-peak-of-6-3-trillion-and-is-forecast-to-hit-9-trillion-by-2028/> (Erişim Tarihi: 22.11.2024)
- <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/press-releases/the-global-wellness-economy-reaches-a-new-peak-of-6-3-trillion-and-is-forecast-to-hit-9-trillion-by-2028/> (Erişim Tarihi: 22.11.2024).
- <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-expected-health-spending-2022-2050> (Erişim Tarihi: 30.07.2025)
- <https://globalwellnessinstitute.org/> (Erişim Tarihi: 29.11.2024)
- [https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascending&numberOfResults=100&f:@accountry=\[Turkey\]](https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascending&numberOfResults=100&f:@accountry=[Turkey]) (Erişim Tarihi: 09.05.2024).
- <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi: 06.11.2024)
- <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi: 06.11.2024)
- <https://www.gminsights.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (Erişim tarihi: 11.07.2024)
- <https://medicaltravelmarket.com/news/global-medical-tourism-outlook-in-2023> (Erişim tarihi: 11.07.2024)
- <https://www.alliedmarketresearch.com/medical-tourism-treatment-services-market->

A233443 (Erişim tarihi: 11.07.2024)

<https://www.jointcommissioninternational.org> (Erişim Tarihi: 09.05.2024).

<https://ticaret.gov.tr/data/629dab6813b876408c889af6/2025%20%C3%96ZET%20TABLO.pdf> (Erişim Tarihi: 30.07.2025)



**EKLER****EK 1: Etik Kurul Kararı (1)**

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BAŞKANLIĞI**  
**ETİK KURUL KARARI**

<b>Etik Kurul Toplantı Tarihi/Sayısı ve Karar No</b>	<b>Tarih : 10/12/2021</b> <b>Toplantı Sayısı: 11</b> <b>Karar No : 2021/584</b>
<b>Araştırmanın Başlığı</b>	SAĞLIK TURİZMİ ÇALIŞANI PROFİLİ VE BAKIM YETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ
<b>Sorumlu Araştırmacı</b>	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Cüneyt ŞAPCILAR
<b>Yardımcı Araştırmacı</b>	Lisansüstü Öğrenci Büşra GÖKMEN
<b>Etik Kurul Kararı</b>	7984 sayılı başvurunuz değerlendirilmiş olup araştırmanız Etik Kurul tarafından uygun görülmüştür.

ASLI GİBİDİR

10/12/2021

  
 Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AYDIN  
 Etik Kurul Başkan Yardımcısı

## EK 2: Etik Kurul Kararı (2)



**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**ETİK KURUL KARARI**

<b>Etik Kurul Toplantı Tarihi/Sayısı ve Karar No</b>	<b>Tarih</b> : 25/07/2025 <b>Toplantı Sayısı</b> : 15 <b>Karar No</b> : 2025/714
<b>Araştırmanın Eski Başlığı</b>	Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu Hastaneleri Örneği
<b>Araştırmanın Yeni Başlığı</b>	Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastaneler Örneği
<b>Sorumlu Araştırmacı</b>	Doç. Dr. Mustafa Cüneyt ŞAPCILAR
<b>Yardımcı Araştırmacı</b>	Lisansüstü Öğrenci: Büşra GOKMEN
<b>Etik Kurul Kararı</b>	26500 sayılı başvuruda belirtilen araştırma başlığı değişikliğinin, bilimsel araştırma etiği açısından "Uygun" olduğuna karar verilmiştir.

25/07/2025

Doç. Dr. Mustafa AYDIN  
Etik Kurul Başkanı

### EK 3: Sağlık Bakanlığı Araştırma İzni



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-32693113-622.03  
Konu : Araştırma İzni (Büşra GÖKMEN)

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 08/02/2022 tarihli ve 37106781-E-48178250-100-152629 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı incelenmiş olup; Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Büşra GÖKMEN'in "Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu Hastaneleri Örneği" adlı tezi kapsamında araştırma yapma isteği Genel Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize rica ederim

Doç. Dr. A. Zülfikar AKELMA  
Bakan a.  
Genel Müdür

Bilgi: Yerleşkesi, Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar bulvarı 6001. Cadde No :9  
Çankaya /Ankara 06800  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: firat.sen@saqlik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Fırat ŞEN  
Yardımcı Masas Görevlisi  
Telefon No: (0 312) 565 02 53

**EK 4: Anket Formu****ANKET FORMU**

Bu anket formu, Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde yürütülmekte olan "Sağlık Turizmi Çalışan Profili ve Bakım Yetkinliğinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastaneler Örneği" başlıklı tez araştırması kapsamında hazırlanmıştır. Sizi ankete katılım göstermeye davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. **Bu çalışmaya katılmak tamamen GÖNÜLLÜLÜK esasına dayanmaktadır.** Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün sorulara, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ GİZLİ TUTULACAKTIR; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında, şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız, araştırmacıya şimdi sorabilir veya aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Büşra GÖKMEN  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü

KATILIMCININ SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİ		
1	Hastanenin Bulunduğu İl	.....
2	Çalıştığınız Hastanenin Adı	.....
3	Çalıştığınız Hastanenin Türü	Kamu Hastanesi ( ) Kamu Üniversitesi Hastanesi ( ) Özel Hastane ( )
4	Cinsiyet	Kadın ( ) Erkek ( )
5	Medeni Durum	Evli ( ) Bekar ( )
6	Eğitim Durumu	İlköğretim ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )
7	Yaşınız	18 yaş altı ( ) 18-24 ( ) 25-31 ( ) 32-38 ( ) 39-45 ( ) 46-52 ( ) 52 ve üstü ( )
8	Geliriniz	5500-7499TL ( ) 7500-9499 TL ( ) 9500-11499 TL ( ) 11500-13499 TL ( ) 13500-15499 TL ( ) 15500 TL ve üstü ( )
9	Şu Anda Bulduğunuz Pozisyon	.....
10	Çalışma Şekliniz	.....
11	Meslekte Çalışma Süreniz (Yıl)	.....
12	Birimde Çalışma Süreniz (Yıl)	.....
13	Bağlı Bulduğunuz Meslek Odaları	.....



	göz önünde bulundururum.					
20	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihlerini, iletişim, aile ve arkadaşlarının duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.	1	2	3	4	5
21	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.	1	2	3	4	5
22	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.	1	2	3	4	5
23	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.	1	2	3	4	5
24	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum.	1	2	3	4	5
25	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	1	2	3	4	5
26	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.	1	2	3	4	5
27	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.	1	2	3	4	5
28	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
29	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.	1	2	3	4	5
30	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.	1	2	3	4	5
31	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.	1	2	3	4	5
32	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	1	2	3	4	5
33	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.	1	2	3	4	5
34	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlamasına katılırım.	1	2	3	4	5

## TEŞEKKÜRLER

