

**T.C.
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK TURİZMİ İŞLETMELERİNDE BEKLENEN HİZMET KALİTESİNİN
MEMNUNİYETE ETKİSİ İLE FİZİKSEL YAŞAM KALİTESİNİN PSİKOLOJİK
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDE MEMNUNİYETİN ARACILIK ROLÜ**

DOKTORA TEZİ

Semih SARIİPEK

Enstitü Anabilim Dalı : TURİZM İŞLETMECİLİĞİ

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Burhanettin ZENGİN

Haziran 2023

T.C.
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK TURİZMİ İŞLETMELERİNDE BEKLENEN HİZMET KALİTESİNİN
MEMNUNİYETE ETKİSİ İLE FİZİKSEL YAŞAM KALİTESİNİN PSİKOLOJİK
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDE MEMNUNİYETİN ARACILIK ROLÜ**

DOKTORA TEZİ
Semih SARIPEK

Enstitü Anabilim Dalı : TURİZM İŞLETMECİLİĞİ

Bu tez 16/06/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

JÜRİ	BAŞARI DURUMU
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şenol ÇAVUŞ	Başarılı
Üye: Prof. Dr. Burhanettin ZENGİN	Başarılı
Üye: Prof. Dr. Abdurrahman BENLİ	Başarılı
Üye: Prof. Dr. Emrah ÖZKUL	Başarılı
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ömer SARAÇ	Başarılı

BEYAN

Tez içindeki tüm verilerin akademik kurallar çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, görsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uygun şekilde sunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezde yer alan verilerin bu üniversite veya başka bir üniversitede herhangi bir tez çalışmasında kullanılmadığını beyan ederim

Semih SARIİPEK

16/06/2023

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda bilgi ve desteğini almaktan çekinmediğim, araştırmanın planlanmasından yazılmasına kadar tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen, teşvik eden, aynı titizlikte beni yönlendiren değerli danışman hocam Prof. Dr. Burhanettin ZENGİN'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezin kritik dönemlerinde sundukları eleştiriler ve tavsiyeler dolayısıyla tez izleme jüri üyeleri olan Prof. Dr. Şenol ÇAVUŞ ve Prof. Dr. Abdurrahman BENLİ hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Ayrıca tez savunma sınavında değerli görüş ve önerileri ile katkılarda bulunan Prof. Dr. Emrah ÖZKUL ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer SARAÇ hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Tezin tamamlanma sürecinde zamanlarını ayırarak her aradığımda yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇEVİRİM KAYA, Arş. Gör. Dr. Burak ATASOY ve Arş. Gör. Dr. Vahit Oğuz KİPER'e teşekkürlerimi sunarım. Sakarya Turizm Akademisine ilk adım attığım günden bu yana arkadaşlığını ve bilgisini benimle paylaşan Doç. Dr. Ümit ŞENGEL'e ayrıca teşekkür ederim.

Beni büyüten, toplum ve insanlığa faydalı olma konusunda nasihatler eden anneme ve babama şükranlarımı sunarım. Attığım her adımda yanımda olan, yaşadığımız tüm zorlu süreçlerde en önemli desteğim olan ve hayatını benimle paylaşan sevgili eşim Öğr. Gör. Ayşegül DEMİR SARIİPEK'e; hayatım boyunca alabileceğim en önemli unvanı bana veren sevgili kızım Zeynep Alin SARIİPEK'e teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix

BÖLÜM 1.

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.5. Araştırmanın Kapsamı	8

BÖLÜM 2.

SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK TURİZMİ İŞLETMELERİ	9
2.1. Sağlık Turizmi Kavramı, Tanımı ve Önemi	9
2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	10
2.2.1. Termal turizm ve SPA- Wellness	11
2.2.2. Tıbbi turizm (medikal turizm)	15
2.2.3. Yaşlı turizmi (üçüncü yaş turizmi)	16
2.2.4. Engelli turizmi	18
2.3. Sağlık Turizminin Gelişimi	20
2.3.1. Dünyada sağlık turizmi.....	21
2.3.2. Türkiye’de sağlık turizmi	37

2.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi İşletmeleri	39
2.4.1. Termal turizm işletmeleri	39
2.4.2. Tıbbi turizm işletmeleri	41
2.5. Sağlık Turizmi İşletmelerinde Akreditasyon ve Tanıtım	43
2.5.1. Uluslararası sağlık hizmetleri anonim şirketi (USHAŞ).....	46
2.5.2. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı	48
2.6. Müşteri Olarak Sağlık Turisti	49
2.6.1. Termal turizm açısından sağlık turisti	50
2.6.2. Medikal turizm açısından sağlık turisti.....	51

BÖLÜM 3.

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ, HİZMET KALİTESİ VE

YAŞAM KALİTESİ.....	53
3.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı ve Tanımı.....	53
3.1.1. Müşteri memnuniyetinin unsurları	54
3.1.2. Müşteri memnuniyetine ilişkin teoriler	57
3.1.2. Müşteri memnuniyetinin sağlık turizmi açısından önemi	61
3.2. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Tanımı	62
3.2.1. Hizmet kalitesinin önemi	65
3.2.2. Hizmet kalitesinin ölçümü	65
3.4. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tanımı	71
3.4.1. Yaşam kalitesinin boyutları	72
3.4.2. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	74
3.4.3. İyilik hali ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü	76
3.4.3. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağlık turizmi	79

BÖLÜM 4.

YÖNTEM VE ALAN ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Modeli	83
4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı	83
4.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	86
4.4. Pilot Çalışma	87
4.5. Veri Toplama Süreci	88
4.6. Verilerin Analizi	89
4.6.1. Verilerin temizlenmesi.....	89
4.6.2. Güvenilirlik analizi	90

4.6.3. Geçerlilik Analizi.....	90
4.6.4. Katılımcıların demografik özellikleri	94

BÖLÜM 5.

ARAŞTIRMANIN BULGULARI 96

5.1. İfadelerin Frekans Analizine İlişkin Bulgular.....	96
5.2. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular	99
5.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	101
5.4. Regresyon Analizlerine İlişkin Bulgular	101
5.4.1. Beklenen hizmet kalitesinin memnuniyet üzerindeki etkisi	102
5.4.2. Fiziksel YK'nin memnuniyet ile psikolojik YK üzerindeki etkileri	102
5.4.3. Tedavi ihtiyacı boyutunun memnuniyet ve psikolojik YK üzerindeki etkisi	103
5.4.4. Memnuniyetin psikolojik YK üzerindeki etkisi	104
5.4.5. Fiziksel YK'nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolü	104

BÖLÜM 6.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER 108

KAYNAKLAR 117

EKLER..... 146

KISALTMALAR

A.O.	: Aritmetik Ortalama
GYSİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ISQua	: Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği
JCI	: Joint Comission International adlı akreditasyon kuruluğu
S.S.	: Standart Sapma
UNWTO/DTÖ	: Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
USHAŞ	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Araştırma Grubunun ön adı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Sağlık turizminin ülkelere faydaları	10
Tablo 2.2: Termal turizmin faydaları	12
Tablo 2.3: Termal kaynakların yoğunlaştığı iller ve bölgeler.....	13
Tablo 2.4: SPA hizmetleri verilen yerler	14
Tablo 2.5: Avrupa ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Euro)	23
Tablo 2.6: Amerika ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Dolar).....	27
Tablo 2.7: Ortadoğu ve Asya ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Euro)	31
Tablo 2.8: Turizm yatırım belgeli termal tesisler.....	40
Tablo 2.9: Turizm işletme belgeli termal tesisler.....	40
Tablo 2.10: Belediye belgeli termal tesisler.....	40
Tablo 2.11: Bölgelere göre termal otel ve kaplıcaların dağılımı	41
Tablo 2.12: Türkiye’de Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından yetkilendirilmiş tesis türleri	42
Tablo 2.13: Sağlık turizmi yetki belgesi alan işletmelerin bölgelere göre dağılımı ..	42
Tablo 2.14: Sağlık turizmi yetki belgesi alan işletmelerin illere göre dağılımı	42
Tablo 2.15: Dünyada JCI akreditasyonuna sahip ilk 10 ülke.....	45
Tablo 2.16: USHAŞ’ın belirlediği hedef ülkeler	48
Tablo 3.1: Çeşitli kalite yorumlamaları	64
Tablo 4.1: Anket planı.....	85
Tablo 4.2: Güvenilirlik katsayıları	88
Tablo 4.3: Güvenilirlik katsayıları	90
Tablo 4.4: Yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi	92
Tablo 4.5: Memnuniyet ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi.....	93
Tablo 4.6: Beklenen hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi	93
Tablo 4.7: Katılımcıların demografik özellikleri	94
Tablo 5.1: İfadelerin frekans analizine ilişkin bulgular	96
Tablo 5.2: Yaşam kalitesinin alt boyutlarına yönelik farklılık analizi bulguları	99
Tablo 5.3: Memnuniyet ifadelerine yönelik farklılık analizi bulguları.....	100
Tablo 5.4: Beklenen hizmet kalitesinin alt boyutlarına yönelik farklılık analizi bulguları.....	100
Tablo 5.5: Korelasyon analizi bulguları.....	101
Tablo 5.6: Beklenen hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyet düzeyine etkileri ...	102
Tablo 5.7: Fiziksel YK boyutunun memnuniyet düzeyine etkisi.....	103
Tablo 5.8: Fiziksel YK boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi	103
Tablo 5.9: Tedavi ihtiyacı boyutunun memnuniyet üzerindeki etkisi.....	103
Tablo 5.10: Tedavi ihtiyacı boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi.....	104
Tablo 5.11: Memnuniyet boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi	104
Tablo 5.12: Fiziksel YK’nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin rolü	105
Tablo 5.13: Hipotez testlerinin sonuçları	106

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Sağlık turizminde dünyada önde gelen ülkeler.....	22
Şekil 2.2: Yıllara göre Türkiye’yi ziyaret eden sağlık turisti sayıları.....	37
Şekil 2.3: Yıllara göre elde edilen sağlık turizmi geliri.....	38
Şekil 2.4: Turistlerin sağlık turizmine katılma amaçları.....	49
Şekil 3.1. Deneyim ve memnuniyet.....	55
Şekil 3.2. Beklenti Onaylamama Modeli (basit model).....	57
Şekil 3.3. Beklenti Onaylamama Modeli (tamamlanmış model).....	58
Şekil 3.4. Müşteri memnuniyetinde Kano Modeli.....	59
Şekil 3.5. Grönroos’un hizmet kalitesi modeli.....	66
Şekil 3.6. Hizmet kalitesinde boşluk modeli.....	68
Şekil 3.7. Hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL Modeli.....	70
Şekil 3.8. Yaşam kalitesinin nesnel ve öznel boyutları.....	73
Şekil 3.9. EUROSTAT yaşam kalitesi boyutları.....	74
Şekil 4.1. Araştırmanın modeli.....	83
Şekil 5.1. Fiziksel YK’nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolü.....	105
Şekil 5.2. Hipotezlerin model üzerinde gösterimi.....	107

SAĞLIK TURİZMİ İŞLETMELERİNDE BEKLENEN HİZMET KALİTESİNİN MEMNUNİYETE ETKİSİ İLE FİZİKSEL YAŞAM KALİTESİNİN PSİKOLOJİK YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDE MEMNUNİYETİN ARACILIK ROLÜ

ÖZET

Dünyada sağlık turizmi kendine özgü turizm çeşitlerini içerisinde barındıran çatı kavram olarak gelişmiştir. Geçmişte “en iyi tedavi” arayışı ile insanlar gelişmiş ülkelere seyahat etmişlerdir. Fakat günümüzde bu seyahatler “en uygun tedavi” amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu uygunluk sadece maddi yönden uygun oluşu değil, aynı şekilde zaman, kalite, erişilebilirlik gibi kavramları da bünyesinde barındırmaktadır. Gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere doğru bir yön belirleyen sağlık turizminde rekabet özellikle tıbbi turizmde gün geçtikçe artmaktadır. Rekabetin en somut çıktısı ise mikro anlamda bir işletmenin, makro anlamda ise bir destinasyonun piyasada ne kadar ön plana çıktığı ve tercih edildiği ile ifade edilebilir. Bu bağlamda sağlık turizminde rekabetin belirleyicisi olan sağlık turistleri araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır. Sağlık turistlerinin beledikleri hizmet kalitesi, beledikleri hizmet kalitesinin sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyete etkisi ile sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin memnuniyeti nasıl etkilediği ve memnuniyetten nasıl etkilendiği soruları araştırmanın yönünü belirlemiştir.

Nicel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilmiş bu çalışmada anket tekniği ile elde edilen veriler Nisan 2022-Mart 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kapsamına 274 termal ve 356 tıbbi turist olmak üzere toplamda 630 sağlık turisti dahil edilmiştir. Araştırmada yer alan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları Cronbach Alfa içsel tutarlılık katsayısı aracılığı ile ölçülmüştür. Veriler SPSS ve SPSS PROCESS programları aracılığı ile test edilmiştir. Araştırmada değişkenlerin faktör yapılarını ve katsayılarını belirleyebilmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi, ortaya çıkan boyutlar arasında tercih edilen sağlık turizmine göre farklılık olup olmadığının belirlenebilmesi amacıyla bağımsız iki grup arası farklılık testi, boyutlar arası ilişkilerin ve bu ilişkilerin yönlerinin belirlenebilmesi amacıyla korelasyon testi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer alan hipotezlerin test edilebilmesi amacıyla regresyon testleri ve fiziksel sağlığın psikolojik sağlık üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolünün belirlenebilmesi amacıyla PROCESS modeli kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre hem termal hem de tıbbi turistlerin işletmelerden en önemli beklentileri “güvenle” ilgilidir. Bunun yanında tıbbi ve termal turistlerin beklentileri, memnuniyet düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bütüncül bir bakış ile sağlık turistlerinin beledikleri hizmet kalitesi, memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Bununla birlikte sağlık turistlerinin fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinde memnuniyet düzeylerinin aracılık rolü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beklenen hizmet kalitesi, Memnuniyet, Sağlık turizmi, Yaşam kalitesi.

THE EFFECT OF EXPECTED SERVICE QUALITY ON SATISFACTION IN HEALTH TOURISM ENTERPRISES AND THE MEDIATION ROLE OF SATISFACTION ON PSYCHOLOGICAL QUALITY OF PHYSICAL LIFE

ABSTRACT

Health tourism has developed as the main concept that includes its own types of tourism. While people traveled to developed countries with the search for the "best treatment" in the past, it has evolved into the search for "the most appropriate treatment" today. This conformity includes not only financial convenience, but also concepts such as time, quality and accessibility. Competition in health tourism, which determines a direction from developed countries to developing countries, is increasing day by day, especially in medical tourism. The most tangible output of competition can be expressed as how much an enterprise in the micro sense and a destination in the macro sense come to the fore in the market and is preferred. In this context, health tourists, who are the determinants of competition in health tourism, constitute the starting point of the research. The questions about the quality of service expected by health tourists, the effect of the service quality they expect on satisfaction, and how their health-related quality of life affects and affects satisfaction has determined the direction of the research.

In this study, which was carried out with the quantitative research method, the data obtained by the survey technique were collected between April 2022 and March 2023. A total of 630 health tourists, including 274 thermal and 356 medical tourists, were included in the research. The reliability coefficients of the scales in the study were measured by the Cronbach Alpha internal consistency coefficient. The data were tested with SPSS and SPSS PROCESS programs. In order to determine the factor structures and coefficients of the variables in the research, explanatory factor analysis was performed, in order to determine whether there is a difference between the resulting dimensions according to the preferred health tourism, independent samples t test, and the correlation test to determine the relations between the dimensions and the directions of these relations were carried out. In order to test the hypotheses in the research, regression tests and the PROCESS macro were used to determine the mediating role of satisfaction in the effect of physical health on psychological health.

According to the findings obtained as a result of the research, the most important expectations of both thermal and medical tourists from businesses are related to "trust". In addition, there are significant differences between the expectations, satisfaction levels and quality of life of medical and thermal tourists. With a holistic view, the service quality expected by health tourists affects their satisfaction levels. In addition, the mediating role of satisfaction levels in the effect of health tourists' physical quality of life on their psychological quality of life has been determined.

Keywords: Expected service quality, Health tourism, Quality of life, Satisfaction.

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler günümüzde bilginin çok hızlı yayılması sonucunu doğurmuştur. Bireyler mesafe fark etmeksizin dünyanın herhangi yerindeki bir bilgiye anlık olarak ulaşmaktadır. Bu durum ülkeler ve işletmeler arasındaki rekabeti de artırmaktadır. Modern turizmin gelişimi genellikle ikinci dünya savaşı sonrası yaşanan gelişmeler (ulaşımın kolaylaşması, teknolojinin artması vb.) dolayısıyla 70-80 yıllık bir tarihe dayandırılrsa da insanın sağlık için bir mesafe kat etmesi kendi tarihi kadar eskidir. M.Ö. 4000 yılında Sümerler'e kadar dayandırılabilen (Tengilimoğlu ve Kahraman, 2013) sağlık turizmi özellikle son 20 yılda önemli bir mesafe katetmiştir. Turizm endüstrisi içerisinde en yüksek getiri sağlayan ve en hızlı gelişen sektör sağlık turizmi olarak gösterilmektedir.

Sağlık turizmi kendine özgü turizm çeşitlerini içerisinde barındıran çatı kavram olarak gelişmiştir. Geçmişte “en iyi tedavi” arayışı ile insanlar gelişmiş ülkelere seyahat ederken günümüzde bu seyahatlerin sebebi “en uygun tedavi” olarak görülmektedir. Bu uygunluk sadece maddi yönden uygun oluşu değil, aynı şekilde zaman, kalite, erişilebilirlik gibi kavramları da bünyesinde barındırmaktadır.

Türkiye'ye sağlık turizmi amacıyla yılda toplam 1 milyondan fazla turist giriş yapmaktadır (tıbbi turizm ve termal turizm). Kültür ve Turizm Bakanlığının paylaştığı bilgilere göre Türkiye'ye 2021 yılında giriş yapan 30 milyon turist'in yaptığı harcama miktarı 24 milyar dolar seviyesindedir (kişi başı ortalama harcama miktarı 800 Amerikan doları). Covid-19 pandemisi öncesi ise bu rakamlar 2019 yılı için 51,7 milyon turist ve 34,5 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (kişi başı ortalama harcama miktarı 667 Amerikan doları). Ülkeler artık turizm planlamasında nicelikten ziyade (giriş yapan kişi sayısı) nitelik (turist başına yapılan ortalama harcama miktarı) konusunun önemine vurgu yapmaktadır. Bu açıdan sağlık turizmi verilerine bakıldığında Türkiye'ye sağlık amacıyla giriş yapan turistlerin 2021 yılı için ortalama

2.500 Amerikan doları harcama yaptıkları bilinmektedir. Bu bağlamda sağlık turizmi, turizmin diğer çeşitlerine göre hem daha uzun kalış süreleri hem de daha fazla harcama miktarı gibi özellikleri sebebiyle artan bir popülerlik kazanmaktadır.

Diğer ülkeler gibi Türkiye’de de sağlık turizminin öneminin farkına varılmıştır ve bu hususta gerekli çalışmalar yapılmaktadır (Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı gibi kurumların kurulmuş olması, sağlık turizmi yetki belgesi verilmesi, hedef pazarların belirlenmesi vb.).

İnsan sağlığı tarih boyunca çeşitli olaylardan (savaş, hastalık- salgın hastalıklar, tıbbi yetersizlik vb.) etkilenmiştir ve etkilenmeye devam edecektir. Sadece yüz yıl önce (1900) insanın ortama yaşam süresi 31 yıl olarak ifade edilmektedir. Bu rakam ayrıca o zamana göre gelişmiş olan ülkelerin hepsinde 45-50 yılın altında olarak hesaplanmıştır (Prentice, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günümüzde ortalama yaşam süresinin 74 yıl olduğunu, 2030 yılına kadar ise bu sürenin 85 yılı aşacağını tahmin etmektedir. Hayatın her alanındaki ve özellikle sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda artan yaşam süresi düşünüldüğünde “yaşam kalitesi” yirmi birinci yüzyılın temel amaçlarından biri haline gelmiştir (Clark, 2000).

Yaşam kalitesini oluşturan bileşenlerin anlaşılması, bireyin yaşam kalitesinin ölçülmesi ve artırılabilmesi gibi ihtiyaçlar ülkelerin vatandaşlarının refahlarını sağlamaları noktasında bir öncelik haline gelmektedir. Kavramın yıllar içerisinde ivme kazanan önemi araştırmacıların da bu konuya yönelik ilgisini kazanmaktadır. Turizm söz konusu olduğunda yaşam kalitesi ve tatil arasında bir ilişki bulunması olasıdır. Turizm araştırmaları açısından yaşam kalitesine bakıldığında ise araştırmaların genellikle turizmin ekonomik etkileri aracılığıyla yerel halkın veya paydaşların yaşam kalitelerinin ne şekilde etkilendiği konusu üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir.

Sosyal bilimciler yaşam kalitesini açıklamada aşağıdan yukarı yayılma teorisini (bottom-up spillover theory) benimsemiştir (Diener, 1984; Diener ve diğ, 1999; Sirgy, 2002; Sirgy ve Lee, 2006). Aşağıdan yukarı yayılma teorisinin temellendirildiği yaşam kalitesi araştırmalarında genellikle kişinin yaşam doyumunun alt kategorilerindeki (eğlence hayatı, iş hayatı, sosyal yaşam gibi) memnuniyetin kişinin bütün yaşam memnuniyetini etkilediği varsayımı öne çıkmaktadır (Sirgy ve diğ, 2010).

Literatüre bakıldığında yaşam kalitesi kavramının yerine “yaşam tatmini” ve “iyilik hali” gibi kavramların da yoğun olarak kullanılmasına rağmen (Cini ve diğ, 2013; Konu ve diğ, 2010; Sirgy ve diğ, 2011; Neal ve diğ, 2007) bu kavramların eş anlamlı olmadığı bir gerçektir (Lončarić ve diğ, 2018). Yaşam tatmini veya doyumunu bir kişinin genel yaşam kalitesini bir bütün olarak olumlu olarak değerlendirme derecesini ifade etmektedir (Veenhoven, 1996). Yaşam tatmini ve iyilik halleri bireyin genel yaşam kalitesini anlamaya yönelik ifadeler olup yaşam kalitesini açıklamaya çalışan çok boyutlu ifadelerden yalnızca bir kaçıdır.

İnsanlar yaşamları boyunca toplumda ve aile hayatlarında değişik roller üstlenmektedir. Bu doğrultuda yaşamları da çok fazla değişkene bağlı olarak etkilenmektedir. İlgili literatürde önceki çalışmalarda insanların yaşam kalitelerinin çok fazla boyuttan etkilendiği (ekonomik, psikolojik, sosyal, çevre, toplum, boş zaman yönetimi, eğitim, fiziki yaşam koşulları, siyaset gibi) ifade edilmektedir (Andrews ve Withey 1976; Campbell ve diğ, 1976; Cummins, 2000; ec.europa.eu, 2023; Genç, 2011). Bu boyutlar birbirleriyle ilişkili ve insanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan faktörlerdir. Tüm boyutların içinde aynı anda yer alan ve eksikliğinde neredeyse tüm boyutları da çok fazla etkileyen, yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetinin temel belirleyicilerinden biri sağlık boyutudur (Lončarić ve diğ, 2015). Michalos ve diğ. (2000) gerçekleştirdikleri çalışmada araştırmaya katılanların %53'ünün “yaşam kalitelerini” ve “yaşam memnuniyetlerini” en çok etkileyen unsur konusunda verdikleri cevapların sağlık ve sağlık bakımı olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık turizminde hasta hareketliliğinin yönüne bakıldığında turizm talebinin genellikle gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru bir istikamette olduğu ifade edilebilir. Sağlık turizminde rekabet özellikle tıbbi turizmde gün geçtikçe artmaktadır. Rekabetin en somut çıktısı ise mikro anlamda bir işletmenin, makro anlamda ise bir destinasyonun piyasada ne kadar ön plana çıktığı ve tercih edildiği ile ifade edilebilir. Bu bağlamda sağlık turizminde rekabetin belirleyicisi olan sağlık turistleri araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Alanyazın ve sektörel uygulamalara bakıldığında Türkiye'yi sağlık amacıyla ziyaret eden grubun yeterli şekilde incelenmediği veya bu araştırmalara gerekli önemin verilmediği gözlenmektedir. Araştırmada yanıt aranan sorular şu şekilde ifade edilebilir:

- Termal ve tıbbi turistler arasında beklenen hizmet kalitesi, memnuniyet ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından bir farklılık var mıdır?
- Sağlık turistlerinin fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kalitelerine etkisi var mıdır?
- Sağlık turistlerinin fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyetin aracılık rolü var mıdır?

Türkiye'yi halihazırda sağlık amacıyla ziyaret eden yabancılar (tıbbi turizm amaçlı) ve iç turizm hareketliliğine katılan yerli (termal turizm amaçlı) bireylerin yaşam kaliteleri, hizmet beklentileri ve memnuniyet etkileşimlerinin bilinmesi, oluşturulacak tanıtım stratejilerinde ve pazardan daha fazla pay alma noktasında önemli rol oynayacaktır. Makro bağlamda ülkeler ve mikro bağlamda işletmeler eğer müşterilerinin beklentilerini bilmezlerse sağladıkları hizmet her zaman eksik kalacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Turizm ve yaşam kalitesi araştırmalarının popüler alanı yerel halkın yaşam kalitesidir. Turizm sadece yerel halkın turizme yönelik bakış açılarını etkilememektedir, aynı zamanda yerel halkın yaşam kalitesinde de önemli etkilere sahiptir (Liburd ve diğ, 2011; Uysal ve diğ, 2016). Turizm gelişimiyle ekonomik, sosyal ve kültürel boyutlar aracılığı ile yerel halkın yaşam kalitesinin de artırılması söz konusudur (Aref, 2011; Lipovčan ve diğ, 2014; Moscardo, 2011).

Sağlık sadece hastalık olmaması durumu değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu bütüncül bakış açısı sağlık turizminde koruyucu veya tedavi edici hizmet arayan turistleri, hastalık tedavisinin yanında sağlığın diğer boyutlarını da sunan ürün arayışına itmektedir (Chen ve Prebensen, 2009). Bu

durumun doğal sonucu olarak sağlık turizmi bireylerin yaşam kalitesini artıran bir boyut taşımaktadır (Quintela ve diğ, 2016). Genç (2011) medikal turistlerin yaşam kalitesi, hastalık oranı, sağlık durumu ve uzun vadede medikal turizmin etkinliğinin araştırılması gerektiğini ifade etmektedir. Fakat sağlık turizmi literatüründe müşteri davranışı, memnuniyet ve hizmet kalitesi algıları konusunda çok az çalışma bulunmaktadır (Lertwannawit ve Gulid, 2011).

Sağlık turizminden hizmet talep eden bireylerin diğer turizm çeşidine katılan bireylere göre beklentileri ve aldıkları hizmetler açısından farklılıklar söz konusudur. Çünkü sağlık turizmini talep edenlerin motivasyonları diğer turizm çeşitlerine katılan bireylerden farklıdır. Esasen bu motivasyon unsurları sağlık turizmi çeşitleri açısından da farklılık göstermektedir. Sağlık turizmine katılan hasta bireylerin temel amacı tedavi olmaktır ve genellikle tıbbi turizm kapsamındaki tedavi ve hizmetleri tercih etmektedirler. Sağlıklı bireylerin temel amacı ise tatil yapmaktır ve bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri sunan termal ve SPA uygulamalarını tatillerinin bir parçası olarak talep edebilmektedirler. Literatürde sağlık turizmini talep edenler açısından yapılan çalışmalarda da bu grupların sahip oldukları farklı motivasyonlardan dolayı iki ayrı grup olarak ele alınması konusunda üzerinde durulmuştur (Gonzales ve diğ 2001; Horowitz ve diğ, 2007; Cortez, 2008; Taleghani ve diğ, 2011; Tengilimoğlu ve Kahraman 2013; Eissler ve Casken, 2013; Temizkan ve diğ, 2015; Bostan ve Yalçın, 2016).

Bu doğrultuda bu çalışma kapsamına sağlık turizmi çeşitlerinden tıbbi (medikal) ve termal turizm alınmıştır. Bu iki grubun farklı motivasyonlara sahip olması nedeniyle tatillerinden ve hizmet sunan işletmelerden farklı beklentileri olmakta ve dolayısıyla memnuniyet düzeyleri değişkenlik göstermektedir. Çalışmada bu iki grup arasında beklenen kalite, memnuniyet ve yaşam kaliteleri arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sağlık turizmi alanında turistlerin bekledikleri hizmet kalitesinin memnuniyet düzeyleri üzerinde etkisinin olup olmaması ile fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde memnuniyetin rolünün olup olmadığının belirlenmesi ise araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu açıdan literatürde bulunan boşluğun (Genç, 2011; Lertwannawit ve Gulid, 2011; Lončarić ve diğ, 2015) doldurulması hedeflenmekte ve ayrıca sağlık turizmi işletmelerinden termal

turizm işletmeleri ve tıbbi turizm işletmeleri müşterilerinin algıları ölçülmek istenmektedir.

Bireylerin beklemedikleri hizmet kalitesi ve memnuniyetin bilinmesi ise gerek işletmeler gerekse mikro ölçekte destinasyonlar, makro ölçekte ülkeler bağlamında oluşturulacak tanıtım, hizmet, stratejiler gibi konularda yol gösterici olacaktır. Bu açıdan işletmelerin tanıtım ve pazarlama stratejileri açısından dış müşteri yapısının bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada kurulan hipotezler hem turizm hem de sağlık bilimi açısından ele alınarak ve literatüre dayandırılarak geliştirilmiştir. İlgili hipotezler kavramsal çerçeve içerisinde ilgili başlık altında belirtilmiştir. Araştırmanın hipotezleri şu şekilde ifade edilebilir:

Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre;

H₁: Fiziksel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Psikolojik yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Sağlık turizmi işletmelerinden beklemedikleri hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_{3a}: Güven boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_{3b}: Empati boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_{3c}: Somutluk boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin;

H₅: Beklemedikleri hizmet kalitesi boyutlarının sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{5a}: Somut beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{5b}: Güven beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H5c:Empati beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H6: Fiziksel yaşam kalitelerinin sağlık turizmi hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H7: Fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H8: Sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H9: Fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinde sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin aracılık rolü vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma aşağıda aktarılan bazı sınırlılıklar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

- Araştırma İstanbul'da yer alan tıbbi turizm işletmelerinden ve Balıkesir, Afyon ve Sakarya'da yer alan termal turizm işletmelerinden hizmet alan sağlık turistlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda ulaşılan bulguların Türkiye'ye genelleme noktasında araştırmada sınırlılık bulunmaktadır.
- Araştırmada veriler nicel yöntemle elde edilmiş ve analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen olgular "ne kadar" sorusuna cevap vermekle birlikte "nasıl" sorusuna cevap verememektedir.
- Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Bu araştırmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi "fiziksel" ve "psikolojik" boyutlarıyla ele alınmış, "sosyal" ve "çevre" ile ilgili yaşam kalitesinin ve genel sağlığın diğer bileşenleri araştırmada incelenmemiştir.
- Memnuniyet kavramı ile beklenen hizmet kalitesi etkileşimi ve memnuniyeti etkileyen "fiziksel yaşam kalitesi" ile memnuniyetin etkilediği "psikolojik yaşam kalitesi" araştırmanın çerçevesini çizmektedir. Bu ilişki ve etkileşimlerin açıklanması noktasında diğer çeşitli faktörler araştırmada incelenmemiştir.
- Araştırma bulguları araştırmada kullanılmış olan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerliği ile sınırlıdır. Bu bağlamda araştırmada daha önce geçerlik ve

güvenilirliği sınanmış ölçeklerin tercih edilmesi, sonuçların daha sağlıklı olabileceği varsayımına dayandırılmıştır.

- Araştırma verileri dört farklı ilde toplanmıştır. Her ne kadar araştırmayı kısıtlamak istenmeyen bir durum olsa da zaman ve maliyet unsurları birçok araştırmada olabileceği gibi bu araştırmada da bir kısıt olarak ifade edilebilir.

1.5. Araştırmanın Kapsamı

Çalışma altı bölüm olarak tasarlanmıştır. İlk bölüm giriş bölümüdür. Giriş bölümünde araştırmanın problemi, amacı ve önemi, hipotezleri, sınırlılıkları ve kapsamı belirtilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık turizmi, sağlık turizmi çeşitleri, sağlık turizminin gelişimi ile dünyada ve Türkiye’de sağlık turizminin mevcut durumu ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü bölümünde ise müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konularıyla ilgili kuramsal çerçeve hakkında bilgiler verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın yöntemi, beşinci bölümde ise araştırma bulguları yer almaktadır. Araştırma sonuç, tartışma ve öneri bölümü ile sonlandırılmıştır.

BÖLÜM 2. SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK TURİZMİ İŞLETMELERİ

2.1. Sağlık Turizmi Kavramı, Tanımı ve Önemi

İnsanlar tarihin her döneminde çeşitli sebeplerle seyahat etmişlerdir. Günümüzde insanların gelir, refah ve boş zamanlarının artmasıyla turizm çok farklı boyutlara evrilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “*sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir*” şeklinde tanımlamaktadır (who.int). Bu anlamda bireylerin “sağlıklı” olarak nitelendirilebilmeleri için sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal olarak da iyi olmaları yorumu doğru olacaktır. Dolayısıyla insanlar turizm faaliyetlerine katılarak aynı zamanda kendi sağlıklarına da faydalı aktiviteler yapmış olacaklardır.

Genel ve kısa tanımıyla turizm “*sürekli yaşanılan yer dışında tüketici olarak yapılan seyahatler ve geçici konaklama olayı*” (Batman, 2015: 11) olarak ifade edilmektedir. Genel turizm tanımına çeşitli aktiviteler ya da turizm faaliyetini gerçekleştiren grubun eklenmesi ile turizm çeşitleri ortaya çıkmaktadır (Av turizmi, golf turizmi, gençlik turizmi gibi). Bu doğrultuda bireylerin sağlıklarına kavuşma ya da sağlıklarını koruma, geliştirme gibi sebeplerle sürekli yaşadıkları yerlerin dışına yaptıkları seyahatler ve konaklamalar “sağlık turizmi” kavramını ortaya çıkarmaktadır. İnsanların yaşam kalitelerinin artması, çeşitli ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması ve fazla bekleme süreleri, sağlık hizmetlerine kaliteli ve ekonomik bir şekilde ulaşma ihtiyacı sağlık turizmi sektörünün oluşmasına sebebiyet vermiştir (Kantar ve Işık, 2014).

Literatüre bakıldığında çeşitli sağlık turizmi tanımlarının yapıldığı görülmektedir. Connell (2010) sağlık turizmini, “*hastaların maliyetler ve bekleme süresi açısından kendi ülkelerinde kolayca erişemeyecekleri tıbbi tedavileri alabilmek için genellikle önemli mesafeler kat ederek farklı ülkelere seyahat etmeleridir*” şeklinde tanımlamıştır.

Magablih'e (2001) göre ise sağlık turizmi "*hastaların, sağlıklarını iyileştirmek ya da en azından sağlık durumlarını bir düzene sokmak amacıyla 24 saatten az olmamak ve en fazla bir sene sürmek koşulu ile çalışmak ya da yaşamak gibi bir amaç güdülmeksizin başka bir ülkeye gitmesidir*" şeklinde tanımlanmaktadır (akt. Yalçın, 2006).

Farklı bir tanımlamaya göre sağlık turizmi "*sağlığı koruma, iyileşme amaçlarıyla belirli bir süre için (genellikle 21 gün) yer değiştiren insanların doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılaması sonucu doğan hareketlerdir*" (Sarıışık, 1994). Tanımlamalara bakıldığında bazı yazarlara göre tedavinin, bazı yazarlara göre ise bölgedeki doğal arzın ön plana çıktığı görülmektedir. Bu bağlamda bütüncül bir tanım olarak sağlık turizmi "*insanların, sağlıklarını korumak, sağlıklarına kavuşmak veya sağlıklarını geliştirmek amacıyla ikamet ettikleri yerden ayrılarak, 24 saati aşan ziyaretlerle seyahat, konaklama ve sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını*" şeklinde tanımlanmaktadır (Temizkan ve Çiçek, 2015: 17). Sağlık turizminin ülkelere olan faydalarını somut ve soyut faydalar olarak ikiye ayırmak mümkündür. Bu faydalar tablo 2.1'de gösterilmektedir (Özsarı ve Karatana, 2013):

Tablo 2.1. Sağlık turizminin ülkelere faydaları (Yalçın, 2006; Annette ve Arellano, 2007; Özsarı ve Karatana, 2013; Özdiçiner, 2018).

Somut Faydaları	Soyut Faydaları
12 ay boyunca yapılabilir oluşu	Sosyal ve kültürel deneyim paylaşımı
Turistlerden elde edilen gelir	Pazarlama ve sağlık sisteminin gelişmesi
Ülkeler arasında teknoloji, bilgi paylaşımı stratejik ortaklıklar kurulması	Uluslararası ilişkilerin güçlendirilmesi
Yabancı hastalara sunulacak hizmetin artmasıyla kendi ülke vatandaşlarının da daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi	Hasta memnuniyetinin artması
Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere karşı edindiği maliyet avantajı	Ülkelerin küresel anlamda sağlık sistemi ve tedavi hizmetlerinin kabulü
Global pazarlama ve tıbbi ticaret	Sağlık bakım hizmetleri anlamında ülke imajının artması
Ülke açısından stratejik ortaklıklar sağlanması	Kamu ve özel sektörün ortaklığı ve iş birliğinin artması

2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Literatürde sağlık turizminin tanımlarına bakıldığında, tanımların genellikle tedavi amaçlı medikal (tıbbi turizm) açıdan (Yalçın, 2006; Connell, 2010; Heung ve diğ., 2010) ya da termal, SPA-wellness açıdan (Sarıışık, 1994; Tunç ve Saç, 1998) yoğunlaştığı ifade edilebilir. Türkiye'nin sahip olduğu termal kaynak ve tesisler göz

önünde bulundurulduğunda sağlık turizminin sadece medikal açıdan değerlendirilmesi doğru değildir (Özdipçiner, 2018). Nitekim sağlık turizmi günümüzde kendi alt bileşenlerini (tıbbi turizm, termal ve SPA-wellness turizmi, engelli ve yaşlı turizmi) oluşturan üst bir kavram olarak değerlendirilmekte ve tanımlanmaktadır (Aydın ve Yılmaz, 2011; T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı; SATURK, 2016; Temizkan ve Çiçek, 2015; Özdipçiner, 2018). Bu bağlamda sağlık turizminin kendi alt çeşitlerini veya sektörlerini oluşturan bir çatı kavram olarak değerlendirilmesi doğru olacaktır. Sağlık turizminin çeşitleri şu şekilde ifade edilebilir (Özsarı ve Karatana, 2013): Termal turizm, SPA-wellness, tıbbi turizm (medikal turizm), yaşlı turizmi ve engelli turizmi.

2.2.1. Termal turizm ve SPA- Wellness

Termal turizm, SPA ve wellness kavramları özünde farklı tanımlamalara sahiptir. Termal içerisinde farklı mineralleri bulunduran su ile tedaviyi ifade ederken, SPA suyun farklı şekillerinin tedavi ve zindelik amacıyla kullanımını ifade etmektedir. Wellness kavramı ise zihinsel ve fiziksel zindelik olarak adlandırılmaktadır (SATURK, 2016).

Bu doğrultuda bu bölümde termal, SPA-wellness turizm türleri ayrı başlıklar halinde detaylandırılarak aktarılmaktadır.

2.2.1.1. Termal turizm

Fransızca kökenli termal (thermal) kavramı; kaplıca suyu ya da bu sudan yararlanma imkanı sağlayan kuruluş vb. anlamı taşımaktadır (TDK). Termal turizm ya da kaplıca turizmi ise termomineral su banyoları, içme, inhalasyon, çamur banyosu, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi vb. tedavi uygulamalarını kapsamaktadır. Bununla birlikte termal suların rekreasyon ve eğlence amacıyla kullanılması ile meydana gelmektedir (Erdoğan ve Aklanoğlu, 2008). İnsanlar yüzyıllardır şifalı suyun gücüne inanmış ve içindeki mineraller sayesinde bu suları dini, tedavi, spor, iyileştirme ve güçlendirme amaçlı kullanmışlardır (Doğaner, 2001; Akbulut, 2010; Giritlioğlu, 2015). Bu bağlamda kaplıca turizmi en eski turizm çeşitlerinden biridir denilebilir (Zengin ve Eker, 2016).

Kültür ve Turizm Bakanlığının resmi internet sitesinde yer alan tanımlamaya göre termal turizm; “*farklı mineraller açısından zengin su banyosu, içme, inhalasyon (solunum yoluyla tedavi), vücut için yararlı olduğu düşünülen çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanı sıra, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, kişiye göre geliştirilebilecek diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile gerçekleştirilen tedavi uygulamaları yanında termal suların eğlence amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türüdür*” (T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2013).

Tablo 2’de termal turizmin işletme, tüketici ve ülke/ekonomi açısından faydaları belirtilmiştir.

Tablo 2.2. Termal turizmin faydaları (Özbek, 1991; Erdoğan ve Akınoğlu, 2008; Öztürk ve Bayat, 2011; Kök, 2013; Zengin ve Eker, 2016).

İşletmeye Faydaları	Tesislerin yüksek doluluk oranlarına ulaşması Kalış sürelerinin uzun olması Maliyeti hızlı geri ödeyen, rekabet gücü yüksek yatırımlar Yüksek gelir elde edebilme
Tüketiciye Faydaları	Sağlığı iyileştirici aktivite ve tedavi yöntemleri Tedavi yöntemlerinin yanı sıra sağlık güçlendirme ve koruma Sağlık yanında çeşitli eğlence ve dinlenme olanakları Yapay ve kimyasal tedavilere alternatif oluşturması
Ekonomiye/ Ülkeye Faydaları	Yılın tamamında yapılabilir olması Büyük seviyede iş imkanı (istihdam) oluşturması Diğer alternatif turizm çeşitleriyle kolay entegre olabilmesi ve bölgesel dengeli turizm gelişimi Turizm talebini artırması Dinlenme ve tedavi amaçlı turizm hareketini, doğal kaynaklara sahip olmasına rağmen çeciliğe sahip olmayan yerlere çekerek ekonomik canlılığı artırması Termal kaynaklarının farkında olarak insan sağlığına önem verilerek yapılan tesisler sayesinde önemli bir döviz girişi ve dünya turizminde yer edinebilme

Fayda anlamında termal turizm ve devre mülklerin benzerlik taşıdığı sonucuna ulaşılabilir. Nitekim termal turizm arzının klasik konaklama işletmelerinden otellerin yanında devre mülk ya da devre tatil sistemleri üzerinden sunulması, devre mülk sistemlerinin Türkiye’de termal turizmle yaygınlık kazanmış olması doğal bir çıktıdır. Bu anlamda termal turizm ve devre mülk sistemleri birbirlerinin tamamlayıcılarıdır yorumu yapılabilir (Tunç, 2016). Fakat bu çalışmada termal turizm tesisleri termal oteller ve kaplıcalar bağlamında değerlendirilmektedir. Termal turizm yüzyıllar boyunca ve günümüzde popülerliğini yitirmeyen bir aktivitedir. Türkiye toplumu açısından da “şifalı” sular her zaman önem verilen bir doğal kaynak olarak süregelmiştir. Kültür ve Turizm Bakanlığınca göre Türkiye, sahip olduğu 1500’ün

üzerinde jeotermal kaynak sayesinde, kaynak zenginliği ve potansiyeli açısından dünyanın önde gelen yedi ülkesi arasında gösterilmektedir. Aynı zamanda Avrupa ülkeleri arasında bir kıyas yapıldığında Türkiye (kaynak potansiyeli itibariyle) birinci sırada; kullanım ve yapılaşma anlamında ise üçüncü sırada olarak ifade edilmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2013).

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği ise Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yer alan yaklaşık 1800 jeotermal kaynağın yalnızca %6'sının turizm maksatlı kullanıldığını ifade etmektedir. Türkiye'de bulunan kaplıcalardan yılda 10 milyon yerli turist ve 300.000'den fazla yabancı turist hastalık tedavisi, dinlenme ve rehabilitasyon amacıyla yararlanmaktadır (Şengül ve Bulut, 2019). Türkiye'de bulunan 7 coğrafi bölgede de termal kaynak olmakla birlikte bu kaynakların Ege Marmara ve İç Anadolu bölgelerinde yoğunlaştığı bilinmektedir. Tablo 2.3'de Türkiye'de termal kaynakların yoğunlaştığı iller ve bölgeler gösterilmektedir.

Tablo 2.3: Termal kaynakların yoğunlaştığı iller ve bölgeler (Zengin ve Eker, 2016'dan faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Bölge	İl
Marmara Bölgesi	Balıkesir Bursa Bilecik Çanakkale Kocaeli Sakarya Yalova
Ege Bölgesi	Afyon Aydın Denizli İzmir Kütahya Manisa Uşak
İç Anadolu Bölgesi	Aksaray Eskişehir Kırşehir Nevşehir Sivas Yozgat
Karadeniz Bölgesi	Amasya Bolu Düzce Tokat
Doğu Anadolu Bölgesi	Erzincan
Akdeniz Bölgesi	
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	

2.2.1.2. SPA –Wellness

Dünya Sağlık Örgütüne göre bireyin beden, ruh ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinde olmasını ifade eden “wellness” kavramı tanımdan yola çıkılarak “zindelik” ya da “iyilik hali” olarak ifade edilebilir (Uysal, 2018). Wellness kavramını ilk olarak 1959’da Amerikalı Hekim Halbert Luis Dunn ortaya atmıştır. Wellness bütüncül, sürekli gelişen ve değişen sağlık anlayışını ifade etmektedir. “*Beden, ruh ve zihin sağlığını dengede tutmaya ve artırmaya yönelik yaşam tarzı felsefesi*” olarak da tanımlanmaktadır (Güleç, 2011). SPA kelimesi Latince bir söz öbeğinin “Salus Per Aqua” kısaltılmasından meydana gelmiştir. “Suyla gelen sağlık” ya da “sudan gelen sağlık” şeklinde ifade edilebilir. İnsanlık tarihine bakıldığında suyun “iyileştirme” gücüne inandıklarını, en bilinen örneklerinin Romalılar döneminde “su tedavilerinin” yapıldığı bilinmektedir. Bu bağlamda birçok işletme tarafından hatta otel isimlerinde kullanılan SPA kavramı insanlık tarihi kadar eskidir denilebilir.

Günümüzde SPA; suyun soğuk, sıcak veya farklı biçimlerdeki akıtma, damlatma, duşlama veya püskürtme şeklindeki uygulamaları yoluyla edinilen dinlenme ve ferahlama duygularına yol açan bütünleyici bir terapi olarak ifade edilmektedir. Fakat SPA sadece su yoluyla gerçekleştirilen terapilerden ziyade farklı masaj ve aroma terapileri, güzellik ve bakım gibi çeşitli sağlık kürlerini de kapsamaktadır (Erdem ve diğ., 2015). Frost (2004), SPA hizmetlerini hizmetin verildikleri yerlere göre şu şekilde kategorize etmiştir:

Tablo 2.4: SPA hizmetleri verilen yerler (Frost, 2004, s.85).

Kulüp SPA	Çeşitli profesyonel SPA hizmetleri sunan yerler (Ör:Fitness).
Kruvaziyer SPA	SPA hizmetlerinin kruvaziyer gemilerde sunulması.
Günübirlik SPA	Günübirlik kullanıma uygun olan çeşitli SPA hizmetleri verilen yerler.
Kaplıca SPA	Termal ya da deniz suları ile tedavi yapılan yerler.
Resort Otel SPA	Günümüzde giderek büyüyen bir pazardır. Bu işletmeler uyguladıkları A la Carte fiyat tarifeleri ile günübirlik SPA’lardan farklıdır.
Medikal SPA	Geleneksel SPA hizmetlerinin yanında tamamlayıcı tedaviler de bulunmaktadır. Profesyonel bir hizmet bulunmaktadır.
Destinasyon SPA	Sağlıklı bir yaşam ve SPA aktivitelerinin tam anlamıyla sunulduğu destinasyonlardır (Vücut bakımı, fitness, sağlıklı yemek menüleri vb. sunan işletmeler bulunmaktadır).

SPA-Wellness turizmi bireyin kendi imkanlarıyla gerçekleştirebilmesinin mümkün olmadığı, gidilen bölgeye özgü, eşsiz bir deneyim ya da terapi aradığı ve bununla

birlikte refahını koruma ya da artırma amacıyla çeşitli faaliyetler gerçekleştirebileceği bir yere seyahat etmesini kapsamaktadır (Ergen, 2018: 11).

2.2.2. Tıbbi turizm (medikal turizm)

Tıbbi turizm ya da diğer adıyla medikal turizm, “*insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri sebebiyle yabancı ve genelde uzak ülkelere düşük tedavi giderleri sebebiyle gitmeleri ve tıbbi tedavi ya da operasyonları gittikleri ülkede gerçekleştirmeleri ile oluşan turizm hareketi*” olarak tanımlanmaktadır (İçöz, 2009). Bir diğer tanıma göre “*tıbbi turizm, tıbbin hususu içerisinde yer alan ve doktorlar tarafından hastanelerde uygulanan bazı tedavi tekniklerini almak için medikal turistlerin kendi ülkelerinde olmayan veya maliyet, bekleme süresi uzunluğu gibi nedenler ile erişemedikleri uzmanlık ya da cerrahi işlem gerektiren tedavi hizmetlerini alabilmek amacıyla gerçekleştirdikleri uluslararası seyahatlerdir*” (Çetin, 2019). Tıbbi turizm geçmişte zengin kesimin gelişmiş ülkelere tedavi amacıyla yaptıkları geziler olarak nitelendirilmiş (Burkett, 2007; Herrick, 2007); günümüzde ise orta sınıfın da bu hareketliliğe katılması ve gezi yönünün gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere (Hindistan, Tayland, Malezya vb.) doğru değiştiği bir turizm çeşidi haline gelmiştir (Crooks ve diğ, 2011).

Tıbbi turizm sağlık turizminin diğer adı değildir (Lunt ve Carrera, 2010). Sağlık turizmi çatı kavram olup, tıbbi turizm sağlık turizmi çeşitlerinden biridir. Tıbbi turizmi sağlık turizminin diğer çeşitlerinden ayıran en önemli özellik yukarıdaki tanımlarda da belirtildiği üzere medikal turizmin “*tıbbi bir müdahale biçimini*” içerisinde barındırmasıdır (Yirik ve diğ, 2015). Tıbbi turizm söz konusu olduğunda birey öncelikle tedavi ihtiyacı güder. Bunun yanında turistik destinasyona giderek dinlenme ya da rekreasyon gibi tipik turizm etkinliklerine de katılmaktadır (Mugomba ve Danell, 2007).

Tıbbi turizmde bir ülkedeki tedavi ve turizm hizmetlerinin bir araya gelmesiyle karma bir turistik ürün ortaya çıkmaktadır. Bu turistik ürünün son yıllarda gelişmesinin sebepleri arasında kitle iletişim sayesinde ucuz uçak bileti ve otel temin edilmesi ve destinasyonların kalite ve maliyet açısından rekabetçiliğinin artması sayılabilir (Garg ve Bhardwaj, 2012). Tıbbi turizmde medikal, estetik, organ nakli, diş bakımı, saç ekimi gibi birçok hizmet bulunmaktadır. Tıbbi turizmin diğer sağlık turizmi çeşitlerinden en

belirgin olan ayırt edici özelliği ise tıbbi müdahalenin bu turizm çeşidinde temel çıkış noktası olmasıdır. Geleneksel turizme göre henüz yeni bir olgu olmasına rağmen (Connell, 2006), tıbbi turizm büyüme hızı en yüksek olan turizm çeşitlerinden biri olarak görülmektedir (Han ve Hyun, 2015). Bunun sebebinin küresel tıbbi turizm pazarının büyüme oranı olduğunu ifade etmek doğru olacaktır. 2006 yılında 60 milyar dolar (Yirik ve diğ, 2015) olan küresel tıbbi turizm pazarı günümüzde tahmini 105 milyar dolar seviyesindedir (Precedenceresearch, 2022). Bu pazarın 2030 yılına kadar yıllık ortalama %10-15 artışla 250 milyar doları geçeceği tahmin edilmektedir.

2.2.3. Yaşlı turizmi (üçüncü yaş turizmi)

Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla hastalık oranları ve sağlık harcamaları miktarlarının da arttığını ifade etmek doğru olacaktır. Bu bağlamda sağlık turizmi çeşitlerinden biri olan “Yaşlı” veya “Üçüncü Yaş Turizmi” kavramı günümüzde önemli bir yer tutmaktadır.

Üçüncü yaş turizmi tanımından önce bu turizm çeşidini oluşturan katılımcıların, dolayısıyla üçüncü yaşın ya da yaşlılığın tanımlanması ve açıklanması doğru olacaktır.

Yaşlılık her insan için gelişme ve olgunlaşmadan sonra meydana gelen, bireyde fiziksel ve/veya psikolojik değişimlerin ortaya çıktığı ve dünyadaki tüm canlılar için var olan doğal bir süreçtir. Yaşlılığı tek bir tanımla açıklamak mümkün değildir. Doğumdan itibaren geçen zaman “kronolojik yaşlanma”, insan vücudunda yapısal ve işlevsel değişimler “biyolojik yaşlanma”, üretkenlikte ve fizyolojik süreçlerdeki sürekli düşüşler veya bozulmalar ise “fizyolojik yaşlanma” olarak değerlendirilmektedir (Yerli, 2017: 1279).

Turizm bağlamında yaşlılık genellikle kronolojik yaşlılık olarak ifade edilmektedir. Fakat kronolojik yaşlılıkta hangi yaşın bu gruba girdiği konusunda bir fikir birliği yoktur. Üçüncü yaş veya yaşlı turizmi denildiğinde araştırmacılar çeşitli yaşları ölçüt olarak belirlemektedir. Literatürde üçüncü yaş grubunun 50 yaştan sonrası (Cleaver ve Muller, 2002; Sakai ve diğ, 2000; Wang, 2010), 55 yaştan sonrası (Fleischer ve Pizam, 2002; Hossain, 2003) ya da 60 yaştan sonrası (Horneman ve diğ, 2002; Ritchie ve diğ, 2003; Jang ve Wu, 2006) olarak tanımlandığı görülmektedir. DSÖ’ye göre ise 60 yaş ve üzeri yaşlı gruba dâhil edilmektedir. Bu gruba hangi yaş grubunun girdiğini belirlemek açıkçası zordur. Bunun sebebinin elbette insan ömrünün uzaması olduğu ifade edilebilir.

Yeni doğmuş bir insanın mevcutta bulunan ölüm risklerine maruz kaldığında yaşaması beklenen yıl sayısı olarak ifade edilen "doğuşta beklenen yaşam süresi" tarihte artan yönlü değişime uğramıştır. Örneğin 1900 yılında dünya ortalaması 31 iken 1950'lerde 48'e çıkmış (Prentice, 2008) ve 2017'de bu ortalama 72,2'ye yükselmiştir (WHO, 2017). Türkiye'de ise ortalama yaşam süresi 78,6 yıldır (TÜİK, 2020). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 Ağustos'ta 2020-2030 arasındaki on yıllık süre sağlıklı yaşlanma periyodu olarak ifade edilmektedir (WHO, 2020). Bu süreç içerisinde DSÖ yaşlıların yaşam kalitesini artırmaya yönelik çeşitli araştırmalar ve yatırımlar yapma planlarını açıklamıştır. Tüm bu gelişmeler bağlamında yaşlılığın da alt sınırı her geçen gün yukarı çıkmaktadır. Bunun yanında dünyada yaşlıların toplam nüfusa oranı da artmaktadır. 2021 yılı için yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9,6 olarak hesaplanmaktadır. 2080 yılına kadar dünyada yaşayan her 4 kişiden 1'inin yaşlı olması beklenmektedir (TÜİK, 2021). Yaşlı nüfusun bu denli artmasına turizm gözlüğü ile bakıldığında yaşlı ya da üçüncü yaş turizm pazarının sürekli büyüyeceği ve gelişeceği yorumu yapılabilir.

Yaşlı tanımının kavramsal olarak karmaşıklığı ve hangi yaş grubunun "yaşlılık" kavramına dahil edileceğinin net olmaması sebebiyle üçüncü yaş turizmine katılan grubu anlamak için en kolay sınıflandırma olan Hacıoğlu ve Şahin (2011:19-20) tarafından yapılan yaş sınırı olmaksızın sınıflandırma bu çalışmada temel alınacaktır. Bu bağlamda üç temel yaş dönemi birinci, ikinci ve üçüncü yaş şeklinde yapılan sınıflandırma üçüncü yaş turisti açısından değerlendirilecektir.

2.2.3.1. Birinci yaş dönemi

Yaşam döngüsü bir dönemler sıralamasıdır ve her bir dönemde önemli değişimler ve gelişmeler görülmektedir (Atak ve diğ., 2016). Birinci yaş dönemi bireyin gelişme aşamasında olduğu dönemdir. Birey bu dönemde hızlı bir fiziksel ve zihinsel gelişim gösterir. Doğum anından eğitim – öğretim yaşamının bitmesine veya çalışma hayatına atıldıkları döneme kadar geçen süre birinci yaş dönemi olarak ifade edilmektedir. Birey bu dönemde tüketici konumundadır (Hacıoğlu ve Şahin, 2011).

2.2.3.2. İkinci yaş dönemi

Eğitim ve gelişme aşamasını tamamlamış birey bu dönemde çalışma hayatına geçmektedir. İkinci yaş dönemi bireyin meslek hayatını çocukların büyütülmesi sürecini

ifade etmektedir (Özdemir, 2016). Bu açıdan birey tüketici sıfatından sıyrılarak üretici konumuna geçmektedir.

2.2.3.3. Üçüncü yaş dönemi

Üçüncü yaş dönemi bireyin fiziksel olarak ciddi değişimler geçirdiği dönemdir. Bu dönemde bireyin iş gücü azalmakta veya emekli olmaktadır (Yıldırım, 1997). Bu bağlamda birey hayat döngüsündeki ilk dönemdeki gibi tekrar tüketici konumuna dönmektedir.

Yaş grupları itibariyle yaşlı turizmini de üçüncü yaş turizmi olarak adlandırmak adı geçen sınıflandırma bağlamında tutarlı olacaktır. Üçüncü yaş turizmini “bireylerin emeklilik sonrası katıldıkları turizm faaliyetleri” şeklinde ifade etmek mümkündür.

Garcia- Altés (2005) üçüncü yaş turizmini “gezi turları, meşguliyet terapileri, bakım evlerinde veya rehabilitasyon merkezlerindeki yaşlı bakımı hizmetleri, klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri ve termal turizmi kapsamında yapılan başlıca etkinlikler” şeklinde tanımlamaktadır. Yirik (2014) çalışmasında, yaşlı ve geriatri turizmini “ileri yaşta olup sağlık sorunları yaşayan insanların (üçüncü yaş grubunun) ortaya çıkardığı sağlık turizmi” olarak açıklamaktadır.

2.2.4. Engelli turizmi

Dünya Sağlık Örgütü'nün tıbbi bağlamda yaptığı engelli tanımı şu şekildedir: “Sağlık yalnız hastalık ve engelliliğin olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir sağlıklı olma durumudur. Engellilik ise bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden belirli bir oranda, sürekli olarak fonksiyon ve görüntü kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu kişinin normal yaşam gereklerine uyamama durumudur. Bu kişiye de engelli denilmektedir” (www.who.int, 2022). Engellilik doğumda ya da sonradan ortaya çıkan rahatsızlık, kaza vb. olaylar sonucunda bireyin kendi başına yapamadığı veya destek ihtiyacı duyduğu bedensel veya zihinsel faaliyetlerini gerçekleştirmede yaşadığı kısıtlılık halidir (Zengin ve Eryılmaz, 2013). Bu durum sonucunda bireyde yürüme, görme, işitme, konuşma gibi faaliyetlerde çeşitli zorluklar yaşanmaktadır.

Engelliler, sayısı en fazla olan “azınlık” olarak belirtilmektedir (Yılmazdoğan, 2015: 200). Dünyada yaklaşık 8 milyar insan yaşamaktadır ve bu sayının yaklaşık %15’i yani 1 milyar insan engellidir (who.int, 2022). Dünya nüfusunun her geçen yıl daha da yaşlanıyor oluşu hesaba katıldığında dünyada yaşayan engelli sayı ve oranı gelecek yıllarda daha da artacaktır (Bulgan, 2014). Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü’nün (UNWTO) yaptığı açıklamaya göre 2019 yılında dünyada toplam 1,5 milyar insan seyahat etmiştir (unwto.org, 2022). Bu bağlamda engelli bireylerin seyahat etme özgürlüğüne kavuşması veya seyahat engellerinin kaldırılması amacıyla yapılacak çalışmalar bu sayıyı da artıracaktır. Engellilerin turizm aktivitelerine katılmaları küresel pazarın da büyümesine yol açacaktır (Özeren, 2019: 30). Engelli bireylerin refakatçileri ile birlikte hareket ederek turizm faaliyetlerine katılması sonucu bu pazarın potansiyelinin çok yüksek olduğu ifade edilebilir (Zengin ve Eryılmaz, 2013). Engellilerin yalnız veya yanlarında onlara refakat eden kişilerle ile konforlu bir şekilde seyahat edebilmeleri ve turizm faaliyetlerine katılabilmeleri sosyal ve bireysel anlamda önemli bir ihtiyaçtır.

Literatürde engelli turizmi tanımlamalarına bakıldığında engelli turizm (Buhalis ve diğ., 2005; Yau ve diğ., 2004; Darcy, 2002; Daniels ve diğ., 2005), erişilebilir turizm (Darcy ve Dickson, 2009; Alén ve diğ., 2012; Qiao ve diğ., 2021; Darcy ve diğ., 2020; Luiza, 2010; Buhalis ve Darcy, 2010), engelsiz turizm (Rumetshofer ve Wöß, 2004; Temes Cordoves ve Moya Fuero, 2016; Wang, 2011) ya da kapsayıcı turizm (Benjamin ve diğ., 2021; Münch ve Ulrich, 2011; Biddulph ve Scheyvens, 2018) gibi kavramların kullanıldığı ve tek bir engelli turizmi tanımının olmadığı ifade edilebilir. Bu farklılığın ya da farklı tanımlamaların kaynağının araştırmacılar tarafından yürütülen çalışmalarda dâhil ettikleri hedef kitlelerin (engelli bireyler) istek ve beklentilerinin farklı olması olarak yorumlanabilir (Balcı, 2021).

Kavramın adlandırılmasından bağımsız olarak bütün tanımlamaların ortak noktasının turizm faaliyetlerine katılan “engelli bireyler” olduğu ifade edilebilir. Engellilerin turizm faaliyetlerine katılımının önemine vurgu yapmak amacıyla 2016 yılında Dünya Turizm Günü teması olarak erişilebilir turizmi seçen DTÖ (unwto.org, 2022), 2019 yılında ilk defa ülkelere “Erişilebilir Turizm Destinasyonu” ödülü vermeye başlamıştır. Düzenlendiği ilk yılda birincilik ödülünü Portekiz almıştır. Çeşitli araştırmalarda sadece

engelli bireylerin kullanabileceği turistik üründen ziyade engelli bireylerin klasik turizm faaliyetlerine katılımında herhangi bir “engelle” karşılaşmalarının önemi vurgulanmaktadır. Aksi halde yalnızca engelli bireylerin kullanacağı turistik ürünü pazarlama çalışmaları engelli bireyleri tecrit etmekten öteye gitmeyecektir (Zengin ve Eryılmaz, 2013). Dolayısı ile engelli turizmi şeklinde bir turizm çeşidinden ziyade turizmin bütün çeşitlerinde engellilerin de yer almasını sağlamak amacıyla “Engelli Dostu” kavramının kullanılması daha doğru olabilir. KTB tarafından turizm işletmelerine “Engelli Dostu” sertifikasyonu yapılabilir. Akıncı ve diğ. (2021) konaklama işletmelerinin engelli dostu sıfatını alabilmeleri için gerekli standartların belirlenmesine yönelik yaptıkları araştırma bu kavramın “Engelli Dostu Turizm İşletmesi” kullanılmasının daha doğru olacağını desteklemektedir. Türkiye’de engelli bireylerin konaklama işletmelerinden engelsiz bir şekilde yararlanabilmeleri kanun¹ güvencesi altındadır.

2.3. Sağlık Turizminin Gelişimi

İnsanların tarihin her döneminde çeşitli amaçlarla (savaş, göç, inanç vb.) seyahat ettikleri bilinmektedir. Sağlık da bu seyahatlerden biri olmuştur. Tıbbi turizm bağlamında 19. yüzyıla kadar (Özdipçiner, 2018) dayandırılabilen sağlık turizmi, termal turizm çerçevesinden ele alındığında ise hemen hemen insanlık tarihi kadar eski bir turizm çeşididir. Termal kaynakların insanlar tarafından kullanımına bakıldığında neredeyse her kıtada bir örneğe rastlamak mümkündür.

M.Ö. 4000 yıllarında Sümerlerin tapınaklarında termal kaynakların kullanımına rastlanılmaktadır (Tengilimoğlu ve Kahraman, 2013). M.Ö. 1000 yıllarında Mayalar tarafından sıcak su kaynaklarının kullanıldığı bilinmektedir. Japonlar ise M.Ö. 700 yıllarından itibaren sıcak sularından onsen² adını verdikleri alanlarda yararlanmışlardır (Tokmak, 2015). 12-13. yüzyıllarda Japon savaşçıları sıcak ve mineralli suları

¹ 31.05.2019 tarihli Cumhurbaşkanlığı Kararı ile 01.06.2019 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Turizm Tesislerinin Niteliklerine İlişkin Yönetmelik ve 7/11/2019 tarihli ve 30961 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Turizm Tesislerinin Niteliklerine İlişkin Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ uyarınca konaklama işletmelerinde “erişilebilirlik” başlıklı düzenlemeler yer almaktadır. Detaylı bilgi için (bkz. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/12/20211231-9.htm>)

² Onsen Japonca’da ılık anlamına gelen sözcüktür. Günümüzde Japonya’nın iç turizm hareketliliğinin önemli faktörlerinden birisidir. Açık veya kapalı türleri bulunmaktadır.

Kaynak: tr.wikipedia.org, 2022

“mucizevi” olarak nitelendirmişler ve tedavi amaçlı olarak kullanmışlardır (Moloğlu, 2015).

Günümüz medikal turizminin en eski örneği denilebilecek bir uygulama antik Yunanlar zamanında görülmektedir. İlk örnekleri İzmir çevresinde görülen Asklepionlar dünyanın ilk sağlık merkezleri olarak görülmüş ve dünyanın çeşitli bölgelerinden hastalar iyileşmek amacıyla bu bölgeye gitmiştir. Asklepios, Yunan mitolojisinde sağlık tanrısı olarak bilinmektedir. Asklepios adına inşa edilmiş tapınaklarda Asklepiad adı verilen rahip-hekimler insanları tedavi etmişlerdir. Orta Çağ’da sağlık hareketlerine İslam’ın etkisi çok büyüktür. Endülüs Emevi Devleti Avrupa’ya hem ilim hem de tıp alanında büyük katkılarda bulunmuştur. Kurtuba’da kurulan tıp fakültesi Avrupa’da bir ilk olmuştur. Avrupa’da bulunan kralların tedavi için Kurtuba’ya gelmeleri günümüz sağlık turizmine benzer özellikler taşımaktadır (Tontuş, 2017).

13. yüzyılda Haçlı Seferleri sırasında Batı uygarlığı Türk Hamamı ile tanışmıştır. 14. yüzyılda Macaristan, Almanya ve Çekya’da sıcak su kaynakları bulunmuştur. 16. yüzyılda ise Rönesans döneminde Avrupa’da tıbbi tedavi yöntemi olarak balneoterapi uygulamaları görülmüştür (Smith ve Puczkó, 2008). 17 ve 18. yüzyıl civarlarında Avrupa’da yaşayan soylular termal suların faydalanmak için seyahatler gerçekleştirmiş, termal tedavi yanında rahatlama amaçlı faaliyetler gerçekleştirmişlerdir (Özdipçiner, 2018).

19. yüzyıla kadar geçen süreçte genel olarak SPA, wellness ve termal turizm en önemli sağlık turizmi türleri olarak görülmüştür. Ancak 20. yüzyıl itibarıyla tıptaki gelişim, teknolojik yenilikler ve bunların özellikle kalkınmış ülkeler tarafından ulaşılabilir olması tıbbi turizmi hızlı bir şekilde geliştirmiştir (Yirik ve diğ., 2015: 26-27).

20. yüzyılın ortalarından itibaren tıbbi tedavi amaçlı seyahatler geniş kitlelerce yapılmaya başlanmıştır. Üniversitelerde balneoloji eğitimleri vermeye ve tıbbi araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Bayer, 1997).

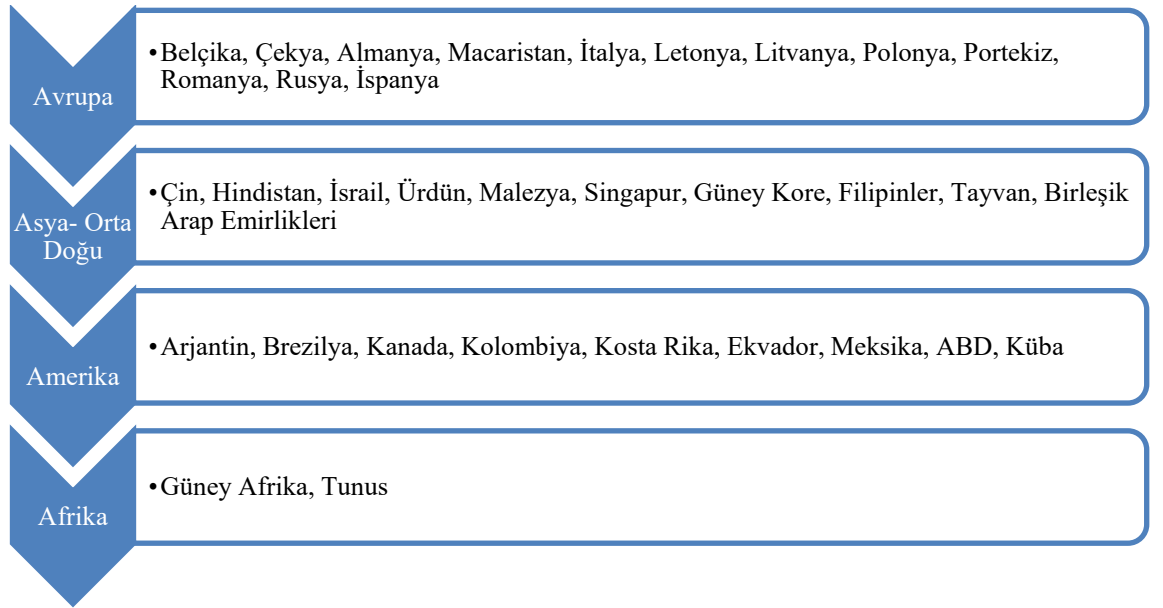
2.3.1. Dünyada sağlık turizmi

Covid-19’un küresel etkisi sebebiyle 2020 yılı ve devamında tüm sektörlerde olduğu gibi turizm alanında da dünya çapında bir gerileme yaşanmıştır. Küresel turizm

hareketliliğinin henüz yeterli bir artışla pandemi öncesi döneme yaklaştığını söylemek güç olacaktır. Bu durumu oluşturan ana sebepler şu başlıklar altında toplanabilir (Tourism report, 2022):

- Covid-19 pandemi sürecinin belirsizliği ve özellikle Çin'in katı sıfır Covid-19 stratejisi,
- 2022 Şubat ayında Rusya'nın Ukrayna'yı işgal girişimi ve bölgede oluşan siyasi istikrarsızlık,
- Özellikle etkisini 2022 yılında gösteren küresel enflasyon ve ekonomik durgunluk.

Bu sebepler doğrultusunda 2023 yılında pandemi öncesi döneme dönmesi beklenen turizm endüstrisinin küçük türbülanslara uğrayacağı öngörülmektedir (eiu.com, 2022). Sağlık turizmi içinde yer alan tıbbi, termal, SPA ve wellness çeşitlerinde farklı ülkelerin ön plana çıktığı görülmektedir. Panama, Brezilya, Malezya, Kosta Rika, Hindistan, Çin, Kore tıbbi turizmde; Hindistan, Türkiye, Malezya termal turizmde; Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Avusturya, Bali, Tayland, Maldivler ise SPA ve Wellness hizmetlerinde önemli ülkeler olarak görülmektedir (Özlem ve Songur, 2012, Sun ve diğ., 2022). Horowitz ve diğ. (2007) dünyada önde gelen ülkeleri (sağlık turizmi alanında) kıtalara göre tasnif etmiştir:



Şekil 2.1: Sağlık turizminde dünyada önde gelen ülkeler (Horowitz ve diğ., 2007).

Bu açıdan diğer bölümlerde kıtalar şeklinde bir ayırım yapılmış ve her kıtada bulunan ve sağlık turizmi açısından önemli üç ülke ayrı ayrı aktarılacaktır.

2.3.1.1. Avrupa’da sağlık turizmi

50’si bağımsız, 8’i bağımlı ve 6’sı tanınmamış toplam 64 ülke Avrupa kıtasında bulunmaktadır (mfa.gov.tr, 2022). Özellikle Almanya, Fransa, İtalya ve İspanya gibi siyasi ve ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerin üye devlet olarak başı çektiği ve toplam 27 üye ülkesiyle Avrupa Birliği Avrupa kıtası için çok önemlidir. Üye ülkeler arası vize, dolaşım, ticaret, seyahat gibi kolaylıklar sağlık turizminin de gelişmesine önemli katkıda bulunmaktadır.

Bölgede tedavi amacıyla ülkeler arası seyahat çok sık karşılaşılan bir durumdur (Peters ve Sauer, 2011). Ülkeler arasında fiyat, tedavi yöntemleri ve teknoloji gibi alanlarda rekabetin bulunması ve ülkelerin belirli tedavilerde veya sağlık turizmi çeşidinde uzmanlaşmış olmaları (Belçika-onkoloji, Çekya-termal turizm vb.) Avrupa’daki hasta hareketliliğini artıran önemli unsurlardır yorumu yapılabilir (Yirik ve diğ, 2015). Örneğin Tablo 5’te medikal turizm açısından belirli tedaviler için bazı Avrupa ülkeleri arasındaki fiyat farklılıkları verilmiştir.

Tablo 2.5: Avrupa ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Euro) (hospitalscout.com, 2022’den faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Tedavi	Ülke / Maliyet		
	Belçika	Çekya	Almanya
Kalp Bypass	12.141	11.020	11.600
Mide Bypass	8.514	6.723	13.027
Diz Protezi	9.400	7.471	7.200
Kalça Protezi	8.100	7.471	10.500
Botoks	365	486	300
Meme Büyütme	1.627	3.265	3.407
Yüz Gerdirme	1.523	2.455	3.861
Liposuction (Yağ Aldırma)	561	2.380	2000
Diş İmplant	454	635	1.250
Burun Estetiği	1.764	1.291	3.861
Lasik Göz Ameliyatı	1.195	746	2.900

Avrupa’da, dünyanın her yerinden milyonlarca hasta tarafından ziyaret edilen 1.400 gelişmiş termal tesis bulunmaktadır. Bu endüstri yaklaşık 750.000 kişiyi istihdam etmektedir ve yıllık yaklaşık 45 milyar Euro ciroya sahiptir (Stavroula ve Vasiliki, 2020). Aşağıda Avrupa kıtasında yer alan bazı ülkelerle ilgili genel ve turizm ile sağlık turizmi başlıklarında çeşitli bilgiler verilmektedir.

2.3.1.1.1. Belçika

Başkenti Brüksel olan Belçika'nın 30.688 km² toprağı bulunmaktadır. Para birimi Euro olan Belçika'nın nüfusu 11.584.008'dir. Ülkede Fransızca, Almanca ve Hollandaca dilleri resmi dil olarak konuşulmaktadır. Belçika anayasal monarşi ile yönetilmektedir (www.belgium.be, 2022).

Belçika esasen bir turizm destinasyonu olarak görülmemektedir. Deniz kıyılarında bulunan ve ülkedeki konaklama sektörünün %60'ını oluşturan otellerin genellikle iç turizm hareketliliğine cevap verdiği ifade edilmektedir. Bruges, Gent, Anvers ve Brüksel gibi kentler giderek daha az sayıda, kalış süresi uzun olan turist çekmektedir. Brüksel'de bulunan AB kurumlarının önemli sayıda iş ve resmi ziyaretçi tarafından ziyaret edilmesi sebebiyle şehir, Avrupa'nın önemli görülen kongre merkezlerinden birisidir. Özellikle Brüksel, Anvers ve Gent şehirlerinde düzenlenen uluslararası fuarlar Belçika turizmine katkıda bulunmaktadır (ticaret.gov.tr, 2022).

Belçika, bir medikal turizm destinasyonu olarak devlet tarafından teşvik edilmemesine ve mevcut bir ulusal akreditasyon sisteminin (JCI onaylı tesislerin yanı sıra) olmamasına rağmen, çoğunlukla kozmetik ve plastik cerrahi ile onkoloji ve kardiyo tedavisi için gelen yılda 35.000 medikal turisti çekmektedir. Birçoğunun tedavi için Belçika'ya gitmeyi seçmesinin nedeni, kısa bekleme süreleri, düşük maliyetler, yüksek kalite ve dil yeteneğidir. Hemen hemen tüm sağlık personeli Hollandaca, Fransızca ve İngilizce konuşmaktadır. Yabancı hastalar %56 (ABD'ye kıyasla) veya %26 (İngiltere'ye kıyasla) tasarruf etmeyi bekleyebilirler. Bununla birlikte, Avrupa'daki merkezi konumu sayesinde çoğunluğu Hollanda (%60) ve çevre Avrupa ülkelerinden (%19) gelmektedir. Belçika'daki birçok kliniğin İngiliz merkezli tesislerle anlaşmaları ve işbirlikleri olduğu için İngiliz hastalar %21'i oluşturmaktadır. Belçika, her yıl 50.000 ilave medikal turistini ihtiyacını karşılama kapasitesine sahiptir (hospitalscout.com, 2022).

2.3.1.1.2. Çekya

Coğrafi konum olarak Avrupa'nın merkezinde bulunan Çekya, 3 Temmuz 2016'da alınan kararla eski adı olan Çek Cumhuriyeti'ni değiştirmiştir (hurriyet.com, 2016). Başkenti Prag olan ülkenin yüzölçümü 78.886 km²'dir. Para birimi Çek Kronu olan

ülkenin 2022 yılı itibariyle nüfusu 10 milyondan fazladır. Ülkenin yönetim biçimi parlamenter demokrasidir (ticaret.gov.tr, 2022).

Çekya, Birleşik Krallık vatandaşlarına %17 maliyet tasarrufu sunduğu ve şimdiden Birleşik Krallık, Avusturya ve Almanya'dan yabancı hastaları çekmeye başladığı için Avrupa medikal turizm endüstrisinde potansiyel bir rakiptir. Ülke, kaliteli dış bakımı sağlamasıyla tanınır ve Prag'ın başlıca cazibe merkezi olduğu popüler bir turizm merkezidir. Çekya, gelişmiş bir altyapı sunan ve AB'nin bir parçası olan güvenli bir ülkedir. Şu anda, kozmetik cerrahi konusundaki itibarı yılda 9.000 medikal turisti cezbetmektedir, ancak son zamanlarda yardımcı üremeye başvuruları ağırlamak için promosyonlar uygulanmış, ancak ulusal yasalar nedeniyle sorunlarla karşılaşmıştır (hospitalscout.com, 2022). Bunun yanında Çekya Almanya'ya komşu olmasını fırsata dönüştürmüştür. Almanlar açısından Çekya benzer kalitedeki hizmeti çok daha ucuza almak anlamına gelmektedir (Černikovaitė ve Mameniškis, 2015).

Çekya termal turizmde de ön plana çıkmaktadır. 2015'te gerçekleştirilmiş bir araştırma verilerine göre ülkede kayıtlı 87 adet SPA tesisinde 50 binden fazla yatak kapasitesi bulunmaktadır. Aynı yıl içerisinde bu tesislerden tedavi almak amacıyla 347.000 kişi seyahat etmiştir. Bu sayının %40'ının yabancı turistler olduğu ifade edilmektedir (Vystoupil ve diğ, 2017).

2.3.1.1.3. Almanya

Almanya Federal Cumhuriyeti ya da kısa adıyla Almanya Avrupa'nın merkezinde bulunmaktadır. Rusya'dan sonra Avrupa'nın en kalabalık nüfuslu ülkesidir (83,2 milyon kişi). 357.340 km²'lik yüzölçümüne sahip ülkenin Başkenti Berlin'dir. Para birimi Euro'dur. Yönetim biçimi ise federal parlamenter cumhuriyettir (ticaret.gov.tr, 2022). Almanya, Avrupa'da en fazla ziyaretçi çeken ülkelerden birisidir. Doğa, mimari, tarih ve kültür açısından farklılık gösteren on altı eyaletin her biri hem iç hem de uluslararası turizm anlamında çeşitli seyahat rotaları ve aktivite seçeneklerine sahiptir. Orta ölçekli işletmelerin ağırlıkta olduğu sektörde; 2.300'den fazla tur operatörü, yaklaşık 4.000 otobüs şirketi ve yaklaşık 11.000 seyahat acentesi bulunmaktadır. Ayrıca 42.000 konaklama işletmesi ve 165.000'den fazla yemek hizmeti işletmesi dahil olmak üzere 222.000'den fazla ağırlama işletmesi bulunmaktadır. Turizm, konaklama işletmelerine

ek olarak, perakende ve tüm yerel tedarik zinciri olmak üzere ekonomide önemli bir yere sahiptir. Alman Turizm Derneği tarafından paylaşılan bilgilere göre, sektör yaklaşık 2,9 milyon kişiye istihdam sağlamakta ve toplam işgücünün %6,8'i turizm sektöründe istihdam edilmektedir. Almanya'yı 2021 yılında 31 milyon turist ziyaret etmiştir. Yurt dışından gelen ziyaretçilerin en sık geldiği ülkeler sırasıyla Hollanda, İsviçre ve Polonya olurken, ülkenin turizm destinasyonunda ilk beş şehri sırasıyla Berlin, Münih, Hamburg, Frankfurt am Main ve Köln olmuştur (ticaret.gov.tr, 2022).

Almanya, Avrupa'daki merkezi konumu ve AB üyesi olması sayesinde yılda 163 ülkeden 59.000 medikal turist çekmektedir. Minimum maliyet tasarrufuna ve medikal turizm endüstrisinde tanıtım yapılmamasına rağmen Almanya, Hollanda (%11,4), Fransa (%10), Avusturya (%8), Polonya (%8) ve Belçika'dan gelen hastalar için popüler bir medikal turizm destinasyonudur (%5,7). Bu tıbbi gezginler kardiyoloji, onkoloji ve ortopedi tedavisi ararlar. Kök hücre tedavisi gibi deneysel tedaviler sunmaya devam ederek Almanya'da medikal turizmin önümüzdeki yıllarda artabileceği umulmaktadır. Ayrıca yüksek kalite, daha kısa bekleme süreleri ve tedavi ile tatili birleştirme imkânı sunulmaktadır (hospitalscout.com, 2022).

Almanya termal turizm açısından Avrupa'nın lider ülkesi olarak sayılabilir. Almanya'da bulunan 900'den fazla termal tesis (mineral ve çamur tedavileri, kaplıcalar ve iklim tedavileri verilen) bulunmaktadır ve bunların 320'den fazlası resmî belgelidir (Pancic Kombol, 1999). Almanya'nın en ünlü sayılabilecek termal şehri ise Baden Baden'dir. Bu şehrin 18 ve 19. yüzyıllarda Avrupa kraliyet ve aristokrat mensupları tarafından ziyaret edildiği ifade edilmektedir (Alkier Radnic ve diğ, 2009).

2.3.1.2. Kuzey ve Güney Amerika'da sağlık turizmi

Amerika kıtasında ABD ve Kanada gibi sağlık ve teknoloji açısından gelişmiş ülkelerle birlikte Brezilya, Meksika gibi gelişmekte olan ülkeler bulunmaktadır. Kıtanın kuzeyi sağlık hizmetleri açısından gelişmiştir. Güney ülkeleri genellikle kuzey ülkelerden fiyat uygunluğu, mesafe yakınlığı gibi avantajlarla sağlık turisti çekmektedir. Bu durumun en iyi örneği ABD – Meksika sınır hareketliliği olarak göze çarpmaktadır. ABD sınırlarına doğru Meksika'nın kuzeyinde birçok dış kliniği ABD vatandaşlarına hizmet vermektedir. Tablo 6'da Amerika ülkelerinde çeşitli tıbbi tedaviler ve ortalama maliyetleri bulunmaktadır.

Tablo 2.6: Amerika ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Dolar) (hospitalscout.com, 2022'den faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Tedavi	Ülke / Maliyet		
	Brezilya	Meksika	ABD
Kalp Bypass		14.029	83.506
Mide Bypass	8.263	7.683	19.373
Diz Protezi		7.683	26.054
Kalça Protezi		8.351	28.058
Botoks	200	114	284
Meme Büyütme	3.207	2.539	4.342
Yüz Gerdirmeye	2.766	2.839	5.344
Liposuction (Yağ Aldırma)	434	768	3.340
Diş İmplant	307	401	2.004
Burun Estetiği	1.243	2.138	4.008
Lasik Göz Ameliyatı	269	551	1.400

2.3.1.2.1. Brezilya

Kapladığı alan açısından dünyanın beşinci büyük ülkesi olan Brezilya, kuzeyden güneye 4.320 km, doğudan batıya 4.326 km'dir. Atlantik Okyanusu ile çevrili Brezilya'nın İspanyolca konuşan Güney Amerika ülkeleri ile 12.000 km'lik sınırı vardır. Şili ve Ekvador haricinde Güney Amerika ülkelerinin hepsi ile sınır komşusudur. Brezilya başkanlık sistemiyle yönetilen federal cumhuriyettir. Başkenti Brasilia olup, nüfusu 214 milyona civarıdır. Resmi dili Portekizcedir (ticaret.gov.tr, 2022).

Eski bir Portekiz kolonisi olan Brezilya üç farklı etnik kökenin (Avrupalılar, Afrikalılar ve Kızılderililer) aynı yerde yaşadığı, dolayısıyla kültürel bağlamda zengin yapıya sahip bir ülkedir. Bu kültürel zenginlik kendisini müzik, yemek, eğlence ve sanat gibi alanlarda göstermektedir. Bununla birlikte yaklaşık 7.500 km'lik sahil uzunluğuyla dünyaca ünlü plajlara sahiptir (medicaltourism.com, 2023). Hizmet sektörü Brezilya GSYİH'sinin %73,8'ini temsil etmekte ve aktif işgücünün %47'sini istihdam etmektedir (ticaret.gov.tr). 2019 yılında ülkeye 6 milyondan fazla turist giriş yapmıştır. Ortalama turist harcaması 970 dolar olup toplamda 6 milyar dolardan fazla turizm geliri elde edilmiştir (worlddata.info, 2023).

Ülkede %60'ı özel ve %40'ı kamu olmak üzere 7.500 civarı hastane bulunmaktadır (hospitalscout.com). Fakat ülkedeki altyapı, yönetim ve finansman problemleri sebebiyle bütün vatandaşların sağlık hizmetlerinden eksiksiz faydalandıklarını söylemek zordur (Sales ve diğ., 2019). JCI tarafından akredite edilmiş 66 adet sağlık kuruluşu bulunmaktadır (Jointcommissioninternational.org, 2023). Sao Paulo ile birlikte Rio de

Janeiro, ülkenin turizm anlamında en gelişmiş şehirleridir. Ülkeyi tıbbi turizm amaçlı ziyaret eden turistlerin en çok ilgilendikleri tedaviler kozmetik cerrahi ve estetik operasyonlardır (Tengilimoğlu ve Kahraman, 2013). Bunun yanında SPA ve wellness turizmi açısından da ülkeye önemli sayıda turist gelmektedir. Yılda 1 milyon sağlık turisti ülkeyi ziyaret etmektedir (Aydoğdu ve Köse, 2022).

2.3.1.2.2. Meksika

Resmi adı Birleşik Meksika Devletleri olan ülkenin nüfusu 130 milyondur. Resmi dili İspanyolcadır. Başkenti Meksiko şehridir. Yönetim şekli başkanlık sistemidir (ticaret.gov.tr, 2022).

Meksika, yüzölçümü anlamında Latin Amerika'da Brezilya ve Arjantin'in ardından 3. büyük ülke olarak ifade edilmektedir. Güney Amerika ve Kuzey Amerika arasında, Pasifik Okyanusu ile de Meksika Körfezi arasında bulunan ve bu bölgeleri birbirine bağlayan Meksika, ABD ile 3.141 km, Belize ile 250 km ve Guatemala ile 962 km sınıra sahiptir. ABD'ye kuzeydeki 6 eyaletten (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León ve Tamaulipas) 52 sınır noktasından geçiş yapılabilmektedir. Konumu açısından Amerika ve Kanada için çok önemli bir ülkedir (ticaret.gov.tr, 2022; medicaltourism.com, 2023).

Meksika Turizm Bakanlığı verilerine göre Meksika 2019 yılında 45 milyon yabancı ziyaretçi ağırlayarak dünyada en fazla turist çeken 7. ülke pozisyonundadır. 2019 yılında yaklaşık 24,6 milyar dolar turizm geliri elde eden ülke; 2020 yılında ise 24,3 milyon yabancı ziyaretçi ve 11 milyar dolar turizm geliri elde etmiş ve dünyada en fazla ziyaretçi çeken 3. ülke olmuştur. Ülkeye gelen yabancıların uyruklarına bakıldığında Meksika'nın coğrafi konum avantajı ortaya çıkmaktadır. Ülkeye gelen yabancıların neredeyse %80'inden fazlası ABD ve Kanada vatandaşıdır (embamex.sre.gob.mx, 2023).

Meksika'nın sağlık sistemine bakıldığında, kamu ve özel hastanelerin ön planda olduğu görülmektedir. Ülkede anayasa ile güvence altına alınmış olan ve bütün vatandaşlarının hizmet alabildiği 1.000 civarında devlet hastanesi bulunmaktadır. Bunun yanında ortalama 20 yataklı toplamda 3.000 civarında özel hastane ile vatandaşlarına ve sağlık turistlerine de hizmet etmektedir (hospitalscout.com, 2022).

Meksika kendisini dünyada en çok tercih edilen 2. medikal turizm destinasyonu olarak konumlandırmaktadır (hospitalcmq.com, 2023). Ülkeye yılda 1,5 milyon civarında yabancıların sağlık hizmeti almak amacıyla geldiği ve yaklaşık 6,5 milyar dolar harcama yaptığı tahmin edilmektedir (renewbariatrics.com, 2023). Başka bir istatistiğe göre Meksika 2019 yılında 1,2 milyon turistle dünyanın en çok medikal turist çeken 2. ülkesidir (Tayland 1,8 milyon; Meksika 1,2 milyon; Malezya 0,8 milyon; Hindistan 0,8 milyon; Türkiye 0,6 milyon; Singapur 0,5 milyon) (tourism-review.com, 2019).

Aslında Meksika JCI kriterlerine (8 akredite kuruluş) ve Medikal Turizm İndeksine (42/46) göre çok da başarılı bir ülke olmamasına rağmen (jci.com, 2023; medicaltourism.com, 2022) medikal turizmde ön planda olmasının sebepleri şu şekilde sıralanabilir:

- Dünyada sağlık amaçlı ziyaret eden 20 milyon kişinin 2 milyonu ABD vatandaşıdır ve yılda yaklaşık 1 milyon ABD vatandaşı Meksika'yı tercih etmektedir (renewbariatrics.com, 2023).
- Kıtadaki diğer ülkelere göre fiyat avantajı bulunmaktadır ve ABD, Kanada gibi gelişmiş ülkelere göre aynı tedavi için ortalama %70 ucuz tedavi imkanları sunmaktadır (hospitalcmq.com, 2023).
- ABD ve Kanada'da var olan uzun bekleme süreleri ve fiyat cazibesi Meksika'ya bu ülke vatandaşlarını yönlentmektedir (hospitalscout.com, 2022).
- Özellikle ABD güney eyaletleri vatandaşlarının ülkeye vizesiz girebilmesi ve basit tedavileri (örneğin diş çekimi) günübirlik alıp kendi evlerine aynı gün geri dönebilmeleri Meksika'yı popüler bir destinasyon haline getirmektedir (Garg ve diğ., 2020).
- Diş hekimliği, plastik cerrahi, ortopedi ve kardiyoloji alanında uzman ve yabancı dil bilen hekimlerin varlığı Meksika'yı bu alanlarda ön plana çıkarmıştır (hospitalcmq.com, 2023).

Turski ve diğ. (2021) medikal turizmde insanların seyahat motivasyonları tedavinin etkinliği, maliyeti, hızı en önemli faktörlerden oluştuğunu ifade etmektedir. Bu açıdan Meksika, Güney ve Kuzey Amerika kıtalarının tam ortasında bulunan en önemli medikal turizm çekim destinasyonudur yorumu yapılabilir.

2.3.1.2.3. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD, coğrafi konum olarak Kuzey Amerika kıtasında, Kuzey Atlantik Okyanusu ve Kuzey Pasifik Okyanusu kıyısında, Kanada ve Meksika arasında yer alır. ABD, çoğulcu demokrasiye dayalı başkanlık sistemiyle yönetilen federal bir cumhuriyettir. Federal devlet yapısında 50 Eyalet ile birlikte başkent Vaşington bulunmaktadır (ticaret.gov.tr, 2022). Nüfusu 330 milyon civarındadır. Resmi dil İngilizcedir.

Pandeminin turizmi olumsuz etkilemesinin en net örneğini ABD’de görmek mümkündür. Dünya Bankası verilerine göre 2019 yılında 165 milyon turist ve 240 milyar dolar gelir elde eden ülke 2020 yılında 45 milyon turist ve 84 milyar dolar turizm geliri seviyesine gerilemiştir (worlddata.info, 2023). Bu istatistiklerden en göze çarpanı ise 2006 yılından itibaren her geçen sene kişi başı ortalama harcama seviyesinin artış eğiliminde olmasıdır. Ekonomik Analiz Bürosu’nun (BEA) raporlarına göre 2006 yılında kişi başı ortalama 650 dolar civarı harcama yapılmış, 2020 yılında bu rakam 1900 dolar seviyelerine gelmiştir (bea.gov, 2023).

ABD’de 1 milyonu geçen yatak kapasitesi ile birlikte 5700’den fazla hastane bulunmaktadır (hospitalscout.com, 2022). Bu hastanelerin %77’si JCI tarafından akredite edilmiştir (jointcomissioninternational.org, 2023). ABD dünyada obezitenin en çok görüldüğü ülkelerden biridir. Ülke, sağlık alanında dünyadaki en yüksek bütçeye sahip, en modern ve en iyi olarak tanımlanan üniversite ve araştırma hastanelerine sahiptir. ABD’de genel sağlık sigortası gibi bir kavram bulunmamaktadır. Kamu çalışanları dahil olmak üzere tüm vatandaşlar özel sigorta şirketlerinden 2000 çeşit kadar sigorta paketlerinden birini seçmektedirler. En temel hastalıkları karşılayan bir sigorta paketi aylık 350 dolardan fazladır. Sigorta yaptırmak isteyen kişilerin hastalıklarına bağlı olarak bu rakamlar binlerce doları bulabilmektedir (seyahatsagligi.gov.tr, 2023). ABD vatandaşlarının %14’ü sigortasız ve %7’si eksik sigortalıdır (hospitalscout.com, 2022).

ABD komşusu Kanada gibi hem sağlık turisti çeken hem de sağlık turisti gönderen bir ülkedir. Yukarıda Amerika kıtasında sayılan ülkelerin tamamına en çok sağlık turisti gönderen ülke ABD’dir. Bunun yanında ABD Tayland, Hindistan ve Avrupa ülkelerine de sağlık turisti göndermektedir (worlddata.info, 2023; hospitalscout.com, 2022;

bea.gov.tr, 2023). Dünyada yapılan sağlık turizmi seyahatlerinin neredeyse %10'unu ABD vatandaşları gerçekleştirmektedir (renewbariatrics.com, 2023). Avrupa ülkeleri gibi sosyal devlet ilkesini benimsemediğinden tedavi hizmetleri ile sigorta fiyatlarının yüksek oluşu, halkın bu hizmetlere ulaşımını zorlaştırmaktadır (seyahatsagligi.gov.tr, 2023). ABD vatandaşlarının yurtdışına çıkma sebeplerinin başında bu durum gelmektedir (medicaltourism.com, 2023).

2.3.1.3. Ortadoğu ve Asya'da sağlık turizmi

Ortadoğu ve Asya dünyada sağlık turizmi açısından en önemli arz unsurunun bulunduğu bölgedir. Bölgede Hindistan, Malezya, Tayland gibi sağlık turizmi açısından gelişmiş ve güçlü rakipler bulunmaktadır. Tablo 2.7'de Ortadoğu ve Asya'da bulunan ülkelerde bazı tedaviler ve ortalama maliyetler gösterilmektedir.

Tablo 2.7: Ortadoğu ve Asya ülkelerinde bazı tedaviler ve ortalama maliyetleri (Euro) (hospitalscout.com, 2022'den faydalanılarak tablolştırılmıştır.)

Tedavi	Ülke / Maliyet					
	Çin	Hindistan	Tayland	İsrail	Malezya	G. Kore
Kalp Bypass	8.000	7.300	7.349	19.600	8.017	17.369
Mide Bypass	4.000	7.300	7.887		8.484	6.213
Diz Protezi	3.000	5.678	6.680	17.800	5.177	13.227
Kalça Protezi	5.000	6.012	8.017	26.700	6.680	12.325
Botoks		94	200	285		240
Meme Büyütme	1.700	2.500	1.937	2.700	2.338	9.085
Yüz Gerdirme	1.800	3.000	1.603	5.000	2.004	3.340
Liposuction (Yağ Aldırma)	1.100	1.837	1.837	1.800	1.670	4.008
Diş İmplant	1.200	2.000	1.336	890	266	1.336
Burun Estetiği	700	1.136	802	3.200	1.503	4.008
Lasik Göz Ameliyatı	300	781	1.130	700	359	4.676

2.3.1.3.1. Hindistan

Resmi adı Hindistan Cumhuriyeti olan ülkenin başkenti Yeni Delhi'dir. Ülkede Hintçe en çok kullanılan resmi dildir. Ülkenin nüfusu 1,41 milyardır. 3.287.263 km² alanla yüzölçümü anlamında Asya kıtasında Çin'den sonra en büyük 2., dünyada ise en büyük 7. ülkedir. Nüfusun %65'i kırsal kesimlerde yaşamaktadır (worlddata.info, 2023).

Coğrafi konum olarak Hindistan Asya'nın güney ucunda yer almaktadır. Ülkenin güney kısmında Hint Okyanusu, batı kısmında ise Pakistan bulunmaktadır. Kuzeyinde Çin ile komşu olan ülke, doğuda ise Bangladeş ve Myanmar ile komşudur. Hindistan

topraklarının kuzey kısmında Himalaya Dağları bulunmaktadır. Batısında çöller bulunan ülkenin orta kesimler platolardan oluşmaktadır (ticaret.gov.tr, 2023).

Turistik anlamda Tac Mahal, Amber Kalesi, Kızıl Kale, Hawa Mahal, Kutub Minar, Altın Tapınak, Ganj Nehri gibi (knowindia.india.gov.in, 2022) önemli çekiciliklere sahip olan ülkeye 2019 yılında 17,9 milyon ziyaretçi gelmiştir. Ülke 2021 yılında ise 7 milyon civarında ziyaretçi almıştır. Hindistan Turizm Bakanlığı 2026 yılına kadar 30 milyon turist sayısını hedeflemektedir. Hindistan göç bürosunun verilerine göre ülkeye giriş yapan turistlerin %21'i sağlık amacı gütmektedir (tourism.gov.in, 2022).

Hindistan'da sağlık hizmeti devlet, hayır kurumları ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Nüfusun %65'inin yaşadığı kırsal ve yarı kentsel alanlarda sayısı 160.000'i geçen sağlık merkezi bulunmaktadır. Bunun yanında büyük şehirlerde 3.000'den fazla büyük hastane ve toplum sağlığı merkezleri bulunmaktadır (hospitalscout.com, 2022). Hindistan'daki sağlık tesislerinin büyük bir kısmı Ulusal Hastaneler ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları Akreditasyon Kurulu tarafından akredite edilmiştir (nabh.co, 2022). Bunun yanında uluslararası tanınırlığı ve geçerliğiyle bilinen JCI tarafından 43 adet sağlık kuruluşu akredite edilmiştir (jointcomissioninternational.org, 2023).

Hindistan turizm alanındaki tanıtımını medikal turizm üzerinde yoğunlaştırmaktadır. Medikal turizm endüstrisinde öncü olan Hindistan, uluslararası düzeyde eğitim almış ve İngilizce bilen iş gücünün yanı sıra yeni teknoloji, alternatif ve deneysel tedavi (ör. ayurvedik tıp) sunmaktadır. Bu nedenlerle Hindistan, kardiyoloji, kozmetik cerrahi, diş hekimliği, oftalmoloji, ortopedi, organ nakli ve yardımcı üreme gibi geniş bir uzmanlık yelpazesine sahiptir (hospitalscout.com, 2022; tourism.gov.in, 2023). Ülkede Hizmet İhracatını Geliştirme Konseyi tarafından *indiahealthcare.org* adlı bir portal oluşturulmuştur. Bu portal aracılığı ile uluslararası hastalar herhangi bir seyahat acentasına başvurmadan kendi başlarına da Hindistan'da sağlık tesisleri ağına ulaşım, mevcut tıbbi hizmetlerin listesine erişim imkânı tanımaktadır. Bu portal aracılığı ile hastalar bu işletmelerden randevu alabilir, konaklama, eğlence aktiviteleri, rehberlik hizmeti gibi çeşitli turistik hizmet rezervasyonları yapabilir (indiahealthcare.org, 2023).

Medikal turizm pazarının %18'ini elinde bulunduran (Dhale, 2020: 692) Hindistan yıllar içerisinde artan bir ivme kazanmıştır. 2017 yılında 400 bin civarı medikal turist çeken ülke 3 milyar dolar gelir elde etmiştir (Bagga ve diğ, 2020: 4447). 2019 yılında 700 bin sağlık turisti çeken Hindistan'ın (imtj.com, 2023) 6 milyar dolarlık market hacmine sahip olduğu ve 2026 yılına kadar 2 milyonu aşan ziyaretçi sayısı ile 13 milyar dolar bandında market hacmine ulaşacağı tahmin edilmektedir (hindustantimes.com, 2022). Ebrahim ve Ganguli (2019) Hindistan'ın Asya kıtasındaki rakipleri Tayland ve Singapur'la birlikte dünya medikal pazarında söz sahibi olmasının temel sebebinin maliyet liderliği stratejisi olduğunu ifade etmektedir. Bunun yanında Hindistan alternatif tıp yöntemleri ile diğer ülkelerden ayrılmakta ve pazarda söz sahibi ülkelerden biri konumuna gelmektedir.

2.3.1.3.2. Tayland

Ülkenin resmi adı Tayland Krallığı'dır. Başkenti ise Bangkok'tur. Nüfusu 70 milyon olup yüzölçümü 513.115 km²'dir. Yönetim şekli parlamenter monarşidir. Ülke coğrafi konum olarak Güneydoğu Asya'nın merkezinde yer alır. Laos, Myanmar, Kamboçya ve Malezya ile komşudur (ticaret.gov.tr, 2022).

2019 yılında 40 milyon turist çeken ülke 55 milyar dolar civarında turizm geliri elde etmiştir. Ülkeye 2022 yılında 10 milyon turist giriş yapmıştır. 2023 yılı için ulaşılması hedeflenen turizm geliri 65 milyar dolardır (reuters.com, 2023; worlddata.info, 2023). GSYİH'sinin %20'sini (wtcc.org, 2023) turizme borçlu olan ülke Covid-19 pandemisinden turizm anlamında en çok etkilenen ülkelerden birisidir. Tayland hükümeti 2030 yılına kadar GSYİH'nin %30'unun turizme dayalı olacağını ifade etmektedir (bangkokpost.com, 2019). Hükümet Tayland'ın turistlerin gözünde olumlu bir imaja sahip olabilmesi amacıyla planlı bir şekilde çalışmaktadır (bangkokpost.com, 2015).

Tayland'da yaklaşık 1.000 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin 470 kadarı özeldir. Tayland'ın medikal turizmde tanıtımını özellikle bu hastaneler yapmaktadır. Ülkede çalışan doktorlar medikal turizm alanında hizmet eden özel hastanelerde çalışmaktan oldukça memnundur. Bunun sebebi kamu hastanelerinde çalışan doktorlara göre %70 daha fazla gelir elde etmeleridir (Ushakov ve diğ, 2019). Özel hastanelerin fiyatları

yüksek sayılabilir. Tek kişilik odada bir gecelik yatak fiyatı 1.000 doları bulabilmektedir (seyahatsagligi.gov.tr, 2023). Hemen hemen tüm dünyadan turist çeken Tayland'a (Aizura, 2017) özellikle Rusya (Pavlenko ve diğ, 2018; tic.mots.go.th, 2023) olmak üzere Çin, ABD, Japonya, Avustralya gibi ülkelerden sağlık turisti gelmektedir (Smith ve Puczko, 2013; Momeni ve diğ, 2018; mots.go.th, 2023).

2019 yılında 4 milyon yabancı Tayland hastanelerinde tedavi görmüştür. Tayland'da sunulan tedaviler genel olarak, kanser tedavisi, kalça protezi, organ nakli, kardiyoloji testleri, kozmetik ameliyatları, kalp ameliyatları, lazerle göz ameliyatları, sezaryen doğumları ve balon dilatasyonudur (ticaret.gov.tr, 2022). Tayland'ın JCI tarafından akredite edilen 59 sağlık tesisi bulunmaktadır (jointcomissioninternational.org, 2023). Ushakov ve diğ. (2019) Tayland'ın medikal turizmde çok tercih edilmesinin 3 temel nedenini şu şekilde açıklamaktadır:

- Fiyat avantajı: Ülkedeki sağlık hizmeti ücretleri Avrupa ülkelerine göre ortalama %20-%50 daha ucuzdur.
- Yüksek kalitede tıbbi hizmet sunulması,
- Gelişmiş turizm altyapısı.

Bir turizm cenneti olarak nitelendirilen Tayland'ın (Nonthapot ve diğ, 2017) deniz, kum güneş turizmindeki başarısı medikal turizmi de doğrudan başarılı bir hale getirmektedir. Bu bağlamda Tayland'a giden turistler yüksek tatmin duygusuyla otelde ya da hastanede aldıkları hizmetten memnun olmaktadır (Connell, 2006).

2.3.1.3.3. Malezya

Malezya Güneydoğu Asya'da bulunmaktadır. Ülkenin kuzey komşusu Tayland'dır. Güney komşuları ise Endonezya ve Singapur'dur. 2669 km kara sınırı olan ülkenin deniz kıyı şeridi 4674 km uzunluğundadır. Anayasal Monarşi ile yönetilen ülkenin nüfusu 33 milyondur. Başkent Kuala Lumpur'dur (ticaret.gov.tr, 2022).

Malezya turizm bakımından en önemli Asya ülkelerinden biridir. 2019 yılı verilerine göre ülkeye 26 milyon turist gelmiş ve 22 milyar dolar harcama yapmıştır. Başkent Kuala Lumpur 2019 verilerine göre dünyada en fazla ziyaretçi çeken 10. destinasyon (14 milyon turist) olmuştur (worlddata.info, 2023). Ülke Covid-19 etkisi ile 2020

yılında 4,3 milyon turist ve 3,3 milyar dolar turizm geliri elde edebilmiştir (motac.gov.my, 2023).

Malezya'da 160 kamu 220 özel olmak üzere 380 hastane bulunmaktadır (trade.gov, 2023). Ülkede hastane yatak ücretleri konusunda üç sınıf bulunmakta ve Malezya vatandaşları ile yabancıların fiyatlandırması farklılaşmaktadır. Örneğin 1. sınıf bir hastanede günlük yatak ücreti Malezya vatandaşı için 18 dolar olarak fiyatlanırken aynı hizmet yabancılar için 71 dolar seviyesindedir (seyahatsagligi.gov.tr, 2023). Ülkeyi 2019 yılında 1.220.000 kişi ziyaret etmiş ve 400 milyon dolar civarı sağlık harcaması yapmıştır (mhtc.org.my, 2023). 2028 yılına kadar ülke yıllık 2,8 milyar dolar gelir hedeflemektedir (trade.gov, 2023).

JCI tarafından 17 adet sağlık kuruluşu (jointcomissioninternational.org, 2023) akredite edilmiş olan ülkede kalite ve sertifikasyon konusunda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ülkede bulunan Malezya Sağlık ve Seyahat Konseyi, Malezya Sağlık Kalitesi Topluluğu gibi ilgili bakanlıklara bağlı çalışan kamu örgütleri aracılığı ile tanıtım ve akreditasyon yapılmaktadır (msqh.com.my, 2023, mhtc.org, 2023).

Malezya'da Sağlık, Ekonomi ve Turizm Bakanlıkları medikal turizm tanıtımı konusunda etkin bir iş birliği içerisinde (mof.gov.my, 2023; motac.gov.my, 2023; moh.gov.my, 2023). Ülke medikal turizm konusunda uzmanlaşma stratejisi ile Asya'nın kardiyoloji merkezi, Asya'nın kanser bakım merkezi gibi markalar oluşturmayı hedeflemektedir (trade.gov, 2023). Malezya Müslüman dostu turizm uygulamaları ile Asya ve Ortadoğu'da önemli bir paya sahiptir (Sarıpek, 2018; Zengin ve Sarıpek, 2019). Müslüman dostu turizm uygulamalarını bir çatı kavram olarak gören Malezya farklı turizm çeşitlerine bu anlayışı entegre ederek bölgedeki Müslüman yoğunluklu ülke vatandaşlarını çekmeyi amaçlamaktadır. Nitekim günümüzde Malezya tarafından Müslüman dostu medikal turizm kavramı konusunda tanıtım yapılmaktadır (Rahman ve diğ, 2017; Sobani ve diğ, 2022).

2.3.1.4. Afrika'da sağlık turizmi

Afrika kıtasında sağlık turizminin gelişmiş olduğunu ifade etmek güçtür. Esasında çoğu ülkenin sağlık koşullarının ve sağlık sistemlerinin problemlili olduğu ifade edilebilir. Buna karşın kıtada bulunan Güney Afrika Cumhuriyeti ve Tunus sağlık turizmi

anlamında komşu ülkelerinden sağlık turisti almaktadır (Henama, 2014). Bu bölümde Afrika kıtasında bulunan Güney Afrika Cumhuriyeti ve Tunus ile ilgili bilgiler verilmiştir.

2.3.1.4.1. Güney Afrika Cumhuriyeti

Güney Afrika Cumhuriyeti Afrika kıtasının güney uç kısmında yer almaktadır. Zengin bitki örtüsü bakımından dünyanın sayılı ülkelerinden biridir. Ülkenin nüfusu 61 milyondur. GAC güçler ayrılığı ilkesini ülkede üç adet başkent oluşturacak seviyede benimsemiştir. Ülkenin başkentleri Pretoria (idari), Cape Town (yasama) ve Bloomfontein (yargı) olarak sıralanabilir (ticaret.gov.tr, 2022). Ülkenin ekonomi ve nüfus açısından en önemli şehri Johannesburg'dur (trade.gov, 2023). 2019 yılında ülkeye 14,8 milyon turist gelmiş ve 9 milyar dolar harcama yapmıştır (worlddata.info, 2023).

Ülkede sağlık sisteminde kamusal sağlık işletmeleri ve özel sağlık işletmeler bulunmaktadır. Kamu hastanelerine gidilmesi tavsiye edilmemesine rağmen (seyahatsagligi.gov.tr, 2023) sayısı 200'ün üzerinde son derece modern (health-tourism.com), tedavi süreçleri ve tesisleri Afrika kıtasındaki açık ara en iyi ve Avrupa standartlarında olan (hospitalscout.com, 2022) özel hastaneler bulunmaktadır.

Ülkeye yıllık 300.000'den fazla sağlık turisti gelmektedir (imjt.com, 2023). Ülkeye gelen yabancıların uyruklarına bakıldığında Mozambik (%32), Lesotho (%28), Botswana (%13) gibi genellikle daha az gelişmiş komşu ülkelerden gelen sağlık turistlerinin bu pazarı meydana getirdiği ifade edilebilir (hospitalscout.com, 2022).

2.3.1.4.2. Tunus

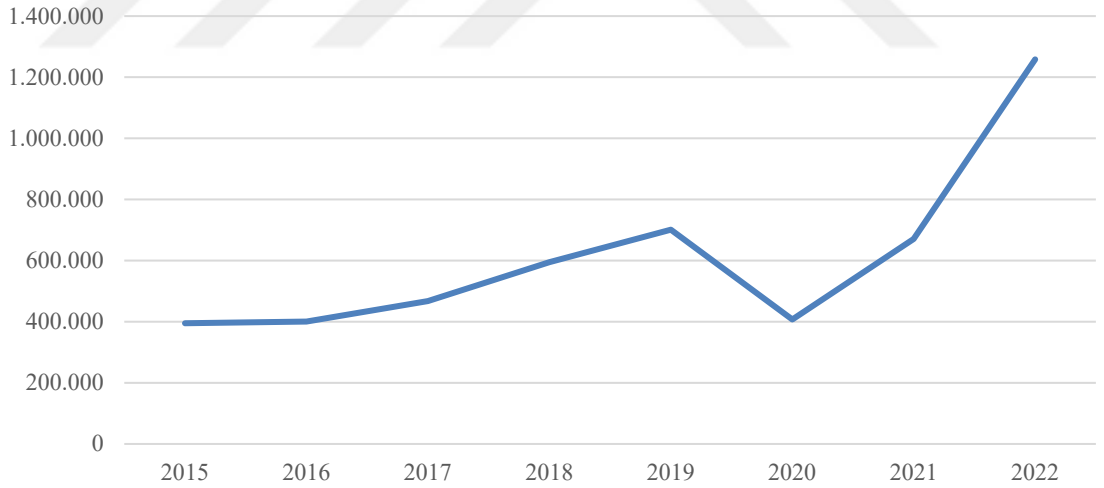
Resmi adı Tunus Cumhuriyeti olan ülkenin nüfusu 12 milyondur. Başkenti Tunus'tur. Tunus, 162.155 km² yüzölçümüne sahiptir. Ülke Kuzey Afrika'da bulunmaktadır. Ülkenin doğu ve kuzey kısmında Akdeniz yer alırken, güneydoğu kısmında Libya, batı ve güney batı kısmında ise Cezayir bulunmaktadır (ticaret.gov.tr, 2022).

Ülkeye 2019 yılında 9,4 milyon turist giriş yapmış ve 2,6 milyar dolar harcama yapmıştır (worlddata.info, 2023). Tunus'ta sağlık koşulları devlet hastaneleri açısından yeterli olmamakla birlikte gelişmiş özel hastaneler bulunmaktadır. Tunus'ta medikal

turizmi özel sektör geliştirmiştir (Maurette ve Ben Fguira, 2022). Doktorların çoğunluğu özellikle Fransa'da yetişmiş alanlarında uzman hekimlerden oluşmaktadır (seyahatsagligi.gov.tr, 2023). Ülkeye yılda 35.000 sağlık turisti gelmiştir. Ülkeye gelen sağlık turistlerinin büyük çoğunluğunu Libya vatandaşları oluşturmaktadır (Lautier, 2008).

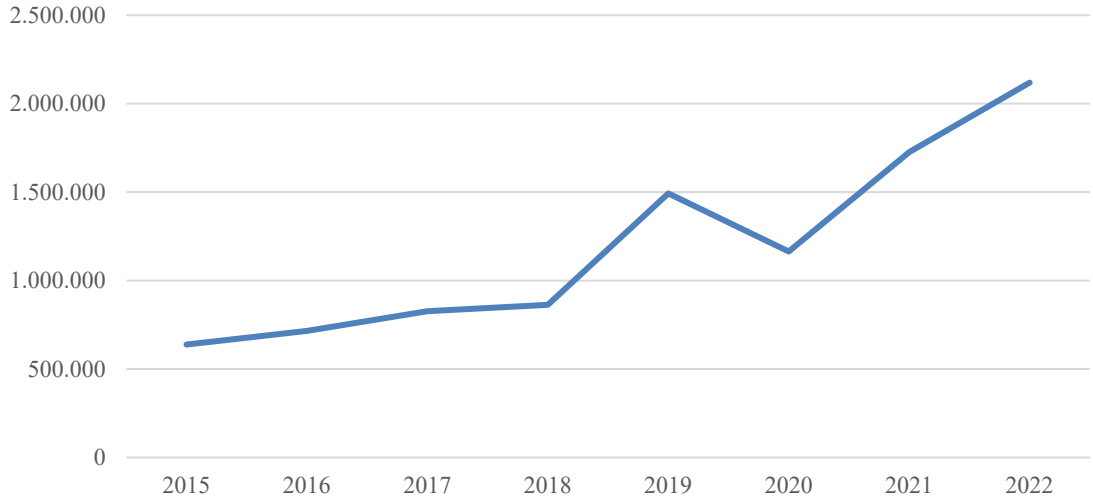
2.3.2. Türkiye'de sağlık turizmi

2000'li yılların başında Türkiye'nin turizm gelirleri içinde sağlık turizminin payı sadece %1 iken 2020 yılında bu oran %4,5'e yükselmiştir. Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim şirketi'nin (USHAş) aktardığına göre pandemi etkisi görülen 2020 yılındaki azalma özellikle 2021 ve 2022'de etkisini yitirmeye başlamıştır. 2021 yılında Türkiye'ye sağlık turizmi hizmetlerinden yararlanmak üzere giriş yapan ziyaretçi sayısı 670.730 iken bu sayı 2022 yılında 1.258.352'ye yükselmiştir. 2023 yılının ilk çeyreğinde bu sayı 411.490 olmuştur. şekil 2.2'de yıllar içerisinde Türkiye'yi ziyaret etmiş olan sağlık turisti sayıları gösterilmiştir.



şekil 2.2: Yıllara göre Türkiye'yi ziyaret eden sağlık turisti sayıları (TÜİK, 2023).

şekil 2.2'ye göre Türkiye'ye son yıllarda sağlık amaçlı gelen turistlerde sürekli bir artışın söz konusu olduğunu ifade etmek doğru olacaktır. 2020 yılında etkisini çok net bir şekilde gördüğümüz pandemi etkisinin 2021 ve 2022 yıllarında hafiflediği görülmektedir. 2023 yılının ilk çeyreğinde 453.714 Amerikan doları gelir elde edilmiştir.



Şekil 2.3: Yıllara göre elde edilen sağlık turizmi geliri (TÜİK, 2023).

Şekil 2.3'te Türkiye'nin çeşitli yıllara göre elde ettiği sağlık turizmi gelirleri gösterilmektedir. Şekil 2.3'teki verilerin değerlendirilmesinde Şekil 2.2'ye paralel bir yorum yapılabilir. Bunun yanında asıl dikkat çekici unsurun Türkiye'de sağlık turizmi kişi başı harcama oranlarının diğer turizm çeşitlerine göre çok yüksek seviyelerde gerçekleşiyor oluşudur. 2021 yılında kişi başı ortalama harcama miktarı 2.500 doların üzerindedir.

Türkiye sağlık turizmi bağlamında çeşitli avantajlara sahip olan bir ülke olarak konumlanmıştır. Bu özellikler şu şekilde ifade edilebilir (Tengilimoğlu, 2021):

- Hastanelerin sahip olduğu alt yapının ve ekipman-teçhizatın kalitesinin yüksekliği,
- Doktorların ve yardımcı sağlık personelinin almış olduğu eğitimin batı ülkeleri düzeyinde olması,
- Rakiplerine göre sahip olduğu fiyat avantajı,
- Sahip olduğu doğal ve tarihi güzellikler ile iklim koşulları,
- Türkiye'ye dünyanın birçok noktasından rahat erişilebilirlik,
- Yaklaşık 4 saatlik uçuş mesafesi ile dünyada yaşayan 1,5 milyar insanın Türkiye'ye ulaşabiliyor oluşu,
- Sahip olduğu uluslararası tanınırlığa sahip seyahat işletmesi olan THY'nin dünyanın çeşitli noktalarına uçuş imkânı sunması (120'den fazla ülkeye, 299 şehir ve 302 havalimanı),

- Şehirlerinde bulunan turizm tesislerinin dünya standartlarına sahip olması,
- Akredite olmuş çok sayıda sağlık kuruluşunun bulunması,
- Sağlık turizmi alanına devletin uygulamakta olduğu teşvikler ile birlikte hükümetin destek vermesi,
- Sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerine entegre edilebilmesi.

2.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi İşletmeleri

Türkiye’de bulunan sağlık turizmi işletmelerine bakıldığında, sağlık turizminin çeşitlerine göre bir ayırım yaparak tasnif yapılması mümkündür. Türkiye’de hem termal turizm ve SPA-wellness hem de tıbbi (medikal) turizm alanında hizmet veren çeşitli işletmeler bulunmaktadır.

Kültür ve Turizm Bakanlığının verilerine göre Türkiye’de hizmet veren termal turizm işletmeleri arasında termal oteller ve kaplıcalar bulunmaktadır. Medikal turizm işletmeleri arasında ise uluslararası ya da ulusal akredite olmuş hastane, klinik, rehabilitasyon merkezi, muayenehaneler vb. işletmeler bulunmaktadır. Türkiye’de hizmet veren sağlık turizmi işletmeleri turizm çeşidine göre ayrı ayrı aktarılacaktır.

2.4.1. Termal turizm işletmeleri

Türkiye’de bulunan termal turizm işletmelerine bakıldığında bu işletmelerin türlerinin “kaplıca”, “termal otel”, “termal tatil köyü” gibi çeşitli adlarla kurulmuş konaklama işletmelerinden oluştuğu ifade edilebilir.

31.12.2021 tarihi itibarıyla Türkiye’de bulunan termal işletmeler (Yatırım, işletme ve belediye belgeli) Tablo 2.8, 2.9 ve 2.10’da gösterilmektedir. Tablo 2.8, 2.9 ve 2.10 bağlamında Türkiye’de belgeli ve içerisinde “termal” adı geçen işletmelere bakıldığında termal oteller (113) ve kaplıcaların (93) sayılarının diğer turizm işletmesi çeşitlerine nazaran daha fazla olduğu ifade edilebilir. Bunun yanında termal tesisler arasında termal tatil köyü, termal müstakil apart otel ve butik termal otel gibi konaklama işletmelerinin olduğu ifade edilebilir. Yine de Türkiye’nin termal turizm anlamında sahip olduğu avantaj göz önüne alındığında, ulaşılmış olan bu sayıların yetersizliği açıktır (Ceylan ve Yakut, 2021).

Tablo 2.8: Turizm yatırım belgeli termal tesisler (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Türü	Sınıfı	Tesis	Oda	Yatak
Termal Otel	5 Yıldızlı	8	2089	4409
	4 Yıldızlı	5	775	1597
	3 Yıldızlı	6	502	1165
	Toplam	19	3366	7171
Termal Tatil Köyü	5 Yıldızlı	1	129	310
	Toplam	1	129	310
Genel Toplam		20	3495	7481

Tablo 2.9: Turizm işletme belgeli termal tesisler (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Türü	Sınıfı	Tesis	Oda	Yatak
Termal Otel	5 Yıldızlı	44	10625	22554
	4 Yıldızlı	30	3510	7319
	3 Yıldızlı	19	1081	2240
	1 Yıldızlı	1	25	50
	Toplam	94	15241	32163
Termal Müstakil Apart Otel		3	93	189
	Toplam	3	93	189
Butik Termal Otel		2	65	124
	Toplam	2	65	124
Genel Toplam		99	15399	32476

Tablo 2.10: Belediye belgeli termal tesisler (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2023'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Türü	Sınıfı	Tesis	Oda	Yatak
Kaplıca		93	6362	18009
	Toplam	93	6362	18009

Kültür ve Turizm Bakanlığı Türkiye’de bulunan termal otelleri ve kaplıcaları on adet bölgede (Ege, Orta Anadolu, Doğu Marmara, Batı Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Batı Karadeniz, Güneydoğu Anadolu, Doğu Karadeniz ve Ortadoğu Anadolu) istatistiksel olarak paylaşmaktadır.

2.11’de Türkiye’de bulunan belediye belgeli kaplıcalar ile turizm işletme ve yatırım belgeli termal otellerin bölgelere göre dağılımı verilmiştir. Bu dağılıma bakıldığında ise Türkiye’de bulunan termal otellerin Ege ve Marmara bölgelerinde yoğunlaştığı ifade edilebilir. Türkiye’de bulunan 205 termal tesisin 136’sı Ege (79) ve Marmara (57) bölgelerinde bulunmaktadır. Tablo 2.11 bağlamında Türkiye’nin hemen her bölgesinde bir termal kaynak veya termal işletmenin olduğu ifade edilebilir. Bu anlamda Türkiye’nin jeotermal kaynaklar açısından zenginliği bölgesel dağılıma bakıldığında da açık bir şekilde görülmektedir.

Tablo 2.11: Bölgelere göre termal otel ve kaplıcaların dağılımı (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2022'den faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Bölge	Tesis Türü	Tesis Sayısı	Oda	Yatak
Ege (Afyonkarahisar, Aydın, Denizli, Kütahya, Manisa, Muğla, Uşak, İzmir)	Kaplıca	35	2745	8005
	Termal Otel	44	10508	22104
	Toplam	79	13253	30109
Orta Anadolu (Aksaray, Kayseri, Kırıkkale, Kırşehir, Nevşehir, Niğde, Sivas, Yozgat)	Kaplıca	23	1692	4742
	Termal Otel	11	1544	3766
	Toplam	34	3236	8508
Doğu Marmara (Bilecik, Bolu, Bursa, Düzce, Eskişehir, Kocaeli, Sakarya, Yalova)	Kaplıca	7	239	641
	Termal Otel	23	2840	5832
	Toplam	30	3079	6473
Batı Marmara (Balıkesir, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Çanakkale)	Kaplıca	18	1157	3354
	Termal Otel	9	932	1776
	Toplam	27	2089	5130
Batı Anadolu (Ankara, Karaman, Konya)	Kaplıca	3	206	493
	Termal Otel	8	1193	2540
	Toplam	11	1399	3033
Akdeniz (Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, Kahramanmaraş, Mersin, Osmaniye)	Termal Otel	7	860	1840
	Toplam	7	860	1840
	Batı Karadeniz (Amasya, Bartın, Karabük, Kastamonu, Samsun, Sinop, Tokat, Zonguldak, Çankırı, Çorum)	Kaplıca	4	205
Termal Otel		7	470	950
Toplam		11	675	1354
G. Doğu Anadolu (Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak)	Kaplıca	2	100	330
	Termal Otel	1	82	170
	Toplam	3	182	500
Doğu Karadeniz (Artvin, Giresun, Gümüşhane, Ordu, Rize, Trabzon)	Termal Otel	1	80	160
	Toplam	1	80	160
	Orta Doğu Anadolu (Bingöl, Bitlis, Elazığ, Hakkâri, Malatya, Muş, Tunceli, Van)	Kaplıca	1	18
Termal Otel		1	18	36
Toplam		2	36	76
Genel Toplam		205	24889	57183

2.4.2. Tıbbi turizm işletmeleri

Tablo 2.12, 2.13 ve 2.14'te 28.09.2022 tarihi itibarıyla sağlık turizmi yetki belgesi almış işletmeler bulunmaktadır. Tablo 2.12'ye göre yetki belgesi almış işletme türleri bulunmaktadır. Buna göre en çok yetki belgesi almış işletme "muayenehanelerdir" (774).

İşletme türlerine bakıldığında muayenehanelerden başka özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ve hastaneleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler, kamu ve vakıf

üniversitelerinin hastaneleri fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Bunun yanında diğer kategorisine eklenen ve sayıları 10'dan az olan belediye tesisleri, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tesisler, tanı ve tedavi merkezleri gibi tesisler de bulunmaktadır.

Tablo 2.12: Türkiye’de Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından yetkilendirilmiş tesis türleri

Tesis Türüne Göre Dağılım	
Tesis Türü	Sayı
Muayenehane	774
Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	434
Özel Hastane	379
Özel Tıp Merkezi	151
Kamu Hastanesi	127
Özel Poliklinik	75
Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	43
Kamu Üniversitesi Hastanesi	36
Vakıf Üniversitesi Hastanesi	29
Konaklamalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	14
Diğer*	61
Toplam	2123

*Sağlık turizmi yetki belgesi almış tesislerden sayıları 10'dan az olan türleri "Diğer" seçeneğine eklenmiştir.

Tablo 2.13'te yetki belgesi alan tesislerin bölgelere göre dağılımı gösterilmektedir. Dağılıma bakıldığında Türkiye’de yetki belgesi alan tesislerin yarısından fazlası Marmara bölgesinde bulunmaktadır. Bunu İç Anadolu, Ege, Akdeniz, Karadeniz, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgeleri takip etmektedir. Sayılara bakıldığında Karadeniz (57 işletme), Güneydoğu (57 işletme) ve Doğu Anadolu (23 işletme) bölgelerinin sağlık turizmi konusunda yeterli sayıda işletmeye sahip olmadığı ifade edilebilir.

Tablo 2.13: Sağlık Turizmi Yetki Belgesi alan işletmelerin bölgelere göre dağılımı

Bölgelere Göre Dağılım	
Bölge	Sayı
Marmara Bölgesi	1100
İç Anadolu Bölgesi	303
Ege Bölgesi	296
Akdeniz Bölgesi	287
Karadeniz Bölgesi	57
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	57
Doğu Anadolu Bölgesi	23
Toplam	2123

Tablo 2.14’e göre yetki belgesi alan işletmelerin illere göre dağılımı verilmiştir. Buna göre en çok işletmenin bulunduğu Marmara bölgesinde (1100) sadece İstanbul’da 979 işletmenin bulunduğu ifade edilebilir. İstanbul ilini Ankara (242), Antalya (240) ve İzmir (178) illeri takip etmektedir.

Tablo 2.14: Sağlık Turizmi Yetki Belgesi alan işletmelerin illere göre dağılımı (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2022'den faydalanılarak tablolatırılmıştır.)

İllere Göre Dağılım	
İl	Sayı
İstanbul	979
Ankara	242
Antalya	240
İzmir	178
Aydın	47
Bursa	42
Muğla	40
Gaziantep	34
Kocaeli	28
Adana	23
Konya	20
Samsun	18
Kayseri	17
Denizli	16
Eskişehir	16
Mersin	15
Tekirdağ	15
Trabzon	12
Diğer*	141
Toplam	2123

*Tesis sayısı 10'dan az olan iller "Diğer" seçeneğine eklenmiştir.

İstanbul tek başına Türkiye'de bulunan yetki belgeli işletmelerin yarısına sahiptir. İstanbul'u Ankara (242 işletme), Antalya (240 işletme) ve İzmir (178 işletme) takip etmektedir. Türkiye'nin en çok turizm çeken destinasyonunun ve en gelişmiş şehrinin İstanbul olması göz önüne alındığında bu durum daha net bir şekilde anlaşılmaktadır.

2.5. Sağlık Turizmi İşletmelerinde Akreditasyon ve Tanıtım

Kelime anlamı denklik olan (tdk.gov.tr, 2022) akreditasyon, bir kalite altyapısı olarak değerlendirilebilir (turkak.org.tr, 2023). Çeşitli endüstrilerde akreditasyon bir kuruluşun belirli performans standardını yakaladığını ve kuruluşa faaliyetlerini ulusal ve/veya uluslararası standartlar çerçevesinde değerlendirme fırsatı veren bir kalite sembolü olarak yorumlanabilir (Sadfari ve Meidani, 2006). Sağlık turizmi işletmeleri açısından akreditasyon ise çoğu zaman bir STK tarafından desteklenen, konusunda uzman hakemlerin bir sağlık kuruluşunun uygunluğunu değerlendirdiği ve bu uygunluğu önceden belirlenmiş olan performans standartları ile karşılaştırma yaptığı gönüllü bir program olarak ifade edilmektedir (Tabrizi ve diğ., 2011; Alkhenizan ve Shaw, 2011). Akreditasyon aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcılarının genel durumlarını ve kabul

edilmiş standartlara uyumunu doğrulamak amacıyla uygulanan objektif bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Shaw, 2004).

Dünyanın dört bir yanında sağlık hizmeti sağlayıcıların performans iyileştirme aracı olarak akreditasyona önem verdikleri bilinmektedir (Scrivens, 1995, 1997). Sağlık turizmi işletmelerinde akreditasyon, kalite standartlarını artırmakta ve hasta memnuniyetine katkıda bulunmaktadır (El-Jardali ve diğ, 2014). Uluslararası ve herkes tarafından kabul edilen akreditasyona günümüzde verilen önemin artması rekabetin seviyesini de artırmaktadır (Fırtına İlhan ve Özdoğan, 2022).

Akredite olan bir hizmetin uluslararası kabulü bağlamında IAF (Uluslararası Akreditasyon Forumu), ILAC (Uluslararası Laboratuvar Akreditasyonu Birliği), EA (Avrupa Akreditasyon Birliği) gibi bölgesel ya da uluslararası seviyede tanınma anlaşmaları yapılmaktadır (Sarıpek, 2018).

Sağlık hizmetleri açısından uluslararası çatı kuruluş olarak 30 yıldır hizmet veren ISQua (Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği), dünya çapında sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sürekli olarak iyileştirme misyonuna sahip, kâr amacı gütmeyen, bağımsız bir kuruluştur (isqua.org, 2023). 1999'dan beri akreditasyon hizmeti veren kuruluş günümüzde “akreditasyon kuruluşlarını akredite eden” tek uluslararası akreditasyon sistemidir (hospitalscout.com, 2022). Sağlık turizmi açısından ulusal ve uluslararası birçok kuruluşun üye olduğu bu sisteme Türkiye'den T.C. Sağlık Bakanlığı ve TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü) kurumsal birer üyesidir (isqua.org, 2023).

Sağlık turizmi açısından akreditasyon aynı zamanda bir pazarlama ve tanıtım enstrümanı olarak ülkeler tarafından kullanılmaktadır. Bu bağlamda ulusal akreditasyonun yanında hizmet sağlayıcıları ve tüketiciler (hastalar) açısından dünyanın en prestijli akreditasyonlarından biri olarak kabul edilen JCI (Joint Comission International), ABD'de kurulmuş ve dünyanın birçok bölgesinde akreditasyon hizmeti sağlamaktadır (jointcomissioninternational.org, 2023).

JCI 1999'da ABD'de kurulmuş akreditasyon hizmeti sağlayan bir örgüttür. Örgüt başta ABD olmak üzere günümüzde dünyada 100'ün üzerinde ülkede sağlık hizmeti sağlayıcılarının belirlenen yüksek standartlara uygunluğunu denetlemekte ve akredite

etmektedir (jointcomissioninternational.org, 2023). Ülkelerin sağlık turizmi alanında tanıtımlarında ve sağlık turistlerinin sağlık hizmeti seçiminde JCI akreditasyonunun önemli olduğu literatürde çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (Peters ve Sauer, 2011; Woodhead, 2013; Shukla ve diğ, 2019). Hatta çoğu zaman bir ülkenin sağlık sistemi tanıtılırken sahip olduğu JCI akredite kuruluşlardan bahsedilmektedir (Khan ve Alam, 2014; Smith ve Forgione, 2007). Tablo 2.15'te JCI akreditasyonu sıralaması görülmektedir.

Tablo 2.15: Dünyada JCI akreditasyonuna sahip ilk 10 ülke* (Jointcomissioninternational.org, 2023'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Sıra	Ülke Adı	JCI Akreditasyonu Sayısı
1	BAE	212
2	Suudi Arabistan	111
3	Brezilya	69
4	Tayland	59
5	Çin	46
6	Hindistan	43
7	Türkiye	34
8	İspanya	30
8	Japonya	30
10	İtalya	25

*Mart 2023 itibarıyla

Tablo 2.15 incelendiğinde dünyada en fazla JCI akreditasyonuna sahip ülkenin BAE olduğu görülmektedir. JCI tarafından akredite edilmiş ilk 10 ülke değerlendirildiğinde, bu ülkelerin sağlık turizminde kendi alanlarında uzmanlaşmış olan ülkelere olduğu ifade edilebilir. Bu açıdan JCI akreditasyonunun sağlık turizmine katkıda bulunduğu bu tablo özelinde de ifade edilebilir. Türkiye ise 34 JCI akreditasyonu ile listede 7. sıradadır.

Sağlık turizminin günümüzde en hızlı büyüyen turizm çeşidi olduğu ifade edilmektedir (Han ve Hyun, 2015). Verilen hizmetin standardı ve kalitesi uluslararası kabul görmüş olan kurumlar tarafından belgelenmesi, sağlık turizmi işletmeleri açısından güven verici olarak görülebilir. Sağlık turizmi işletmeleri bu bağlamda hem kalitelerini artırırken hem de sahip olduğu akreditasyonla doğal bir tanıtım yapmaktadır. Yapılan tanıtım faaliyetlerinin sağlam bir zemine oturtulması beraberinde müşteri memnuniyetini de

getirebilir. Türkiye’de tanıtım ve standardizasyon faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi bağlamında USHAŞ ve Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı görev yapmaktadır.

2.5.1. Uluslararası sağlık hizmetleri anonim şirketi (USHAŞ)

USHAŞ, uluslararası sağlık hizmetleri alanında Türkiye’de sunulan hizmetlerin tanıtımını yapmak, kamu ve özel sektörün sağlık turizmine yönelik faaliyetlerini desteklemek ve koordine etmek, uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin politika ve stratejiler ile hizmet sunum standartları ve akreditasyon kriterleri konusunda Bakanlığa önerilerde bulunmak üzere Sağlık Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu olarak 04.02.2019 tarihinde faaliyete geçmiştir. Merkez ofisi Ankara’da bulunan USHAŞ’ın İstanbul’da bir şubesi bulunmaktadır (USHAŞ, 2019).

663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile kurulan USHAŞ, özel sektör dinamizmini kamu gücü ile buluşturarak Türkiye’yi dünyanın önde gelen katma değerli sağlık ihracatçılarından biri haline getirmek üzere faaliyetlerde bulunmaktadır. USHAŞ, Türkiye’nin 2023 hedeflerine ulaşmak için çalışmalarını yoğunlaştırmış ve sağlık turizmine ilişkin stratejik hedeflerini aşağıdaki şekilde belirlemiştir (USHAŞ, 2023):

- Türkiye’nin sağlık turizminin yurtdışı tanıtımlarında kullanılacak üst bir ülke markası ile hedef ülkelere dönük stratejik tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,
- Hedef ülkelerde sağlık turizmi koordinasyon ofisleri, ileri tanı merkezleri ve hastaneler açılması,
- Yabancı devlet kurumları ve sigorta şirketleri ile anlaşmalar yapılması,
- Türkiye’nin sağlık turizmine ilişkin genel tanıtımı ile sağlık kuruluşları ile sunulan hizmetlerin tanıtıldığı, portal üzerinden hasta yönlendirme ve rezervasyon imkânlarının bulunduğu Sağlık Turizmi Web Portalının etkin tanıtımı ve profesyonelce işletilmesi,
- Şehir hastaneleri başta olmak üzere kamu hastaneleri için tanıtım ve aracılık modeli oluşturulması ve uygulanması,

- Sağlık turizmi alanında hizmet sunum ve standartlarının regüle edilmesi,
- Sağlık turizmine ilişkin teşvik, yetkilendirme, denetim, şikâyet, kayıt ve istatistik bilgilerinin tek bir otorite (USHAS) tarafından koordine edilmesi,
- Sağlık turisti olarak gelen hastalar için ve şikâyet ve memnuniyetin izlenebildiği bilişim altyapısı oluşturulması,
- Geriatri alanında yaşlı bakım köyleri ve kür merkezleri kurulması amacıyla ortak projeler yürütülmesi ve bu kapsamda pilot projelerin hayata geçirilmesi,
- Sağlık termal turizmi işletme sayısının artırılması ve bu kapsamda pilot projelerin hayata geçirilmesi.

Yukarıda sıralanan hedefler çerçevesinde belirli kriterlere göre belirlenen hedef ülkeler Tablo 2.16’da gösterilmektedir. İlgili tablo geliştirilerek ülkelerin bulunduğu kıtalar ve bu ülkeler ile Türkiye arası uçuş mesafeleri (İstanbul’dan) eklenmiştir.

Tablo 2.16 bağlamında Türkiye’nin sağlık turizminde belirlemiş olduğu hedef ülkeler Türkiye’nin coğrafi konumunun önemini gözler önüne sermektedir. Tablo 2.16’ya göre Avrupadan dokuz ülke (İngiltere, Almanya, Bosna Hersek, Bulgaristan, Sırbistan, Kosova, Romanya, Rusya ve Ukrayna), Asyadan on iki ülke (Azerbaycan, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan, Özbekistan, Afganistan, Pakistan, Irak, Katar, Kuveyt ve Bahreyn) ve Afrikadan sekiz ülke (Cezayir, Fas, Cibuti, Somali, Sudan, Senegal, Moritanya ve Nijerya) hedef pazar ülkeleri olarak belirlenmiştir. Asya, Avrupa ve Afrika kıtalarının birleşim noktasında bulunan Türkiye’nin belirlediği 29 hedef ülkeye ortalama 3 saatlik uçuş mesafesi olması dikkat çekicidir.

Belirlenen hedef ülkelere yönelik gerçekleştirilen çeşitli pazarlama enstrümanları mevcuttur. 2015 yılında THY tarafından sağlık turistlerine yapılan %50 indirim (financialtribune.com, 2015), ABD vatandaşlarına yönelik 2022 yılında başlatılan “haftalık medikal turlar” (hurriyetaidailynews.com, 2022) gibi promosyonlar sağlık turistlerinin ülkeye çekilmesi anlamında önemlidir. 121 ülkede dünyanın en geniş uçuş ağına sahip THY gibi bir seyahat işletmesine sahip olması Türkiye’nin ulaşılabilirliğini artırmaktadır.

Tablo 2.16: USHAŞ'ın belirlediği hedef ülkeler* (USHAŞ, 2023'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Ülke	Bulunduğu Kıta	Türkiye'ye Uçuş Mesafesi
İngiltere	Avrupa	4 saat
Almanya	Avrupa	3 saat
Bosna Hersek	Avrupa	2 saat
Bulgaristan	Avrupa	1 saat
Sırbistan	Avrupa	2 saat
Kosova	Avrupa	1 saat 35 dakika
Romanya	Avrupa	1 saat 15 dakika
Rusya	Asya, Avrupa	4 saat
Ukrayna	Avrupa	1 saat 10 dakika
Azerbaycan	Asya	2 saat 45 dakika
Gürcistan	Asya	1 saat 45 dakika
Kazakistan	Asya	4 saat 40 dakika
Kırgızistan	Asya	4 saat 55 dakika
Türkmenistan	Asya	5 saat 40 dakika
Özbekistan	Asya	3 saat 40 dakika
Afganistan	Asya	4 saat 45 dakika
Pakistan	Asya	5 saat 40 dakika
Irak	Asya	2 saat 50 dakika
Katar	Asya	4 saat
Kuveyt	Asya	3 saat 30 dakika
Bahreyn	Asya	3 saat 55 dakika
Cezayir	Afrika	3 saat 30 dakika
Fas	Afrika	4 saat 50 dakika
Cibuti	Afrika	5 saat 15 dakika
Somali	Afrika	6 saat 30 dakika
Sudan	Afrika	3 saat 15 dakika
Senegal	Afrika	7 saat 37 dakika
Moritanya	Afrika	7 saat 30 dakika
Nijerya	Afrika	7 saat

*Ülke isimlerine ülkelerin buldukları kıtalar ve Türkiye'ye (İstanbul) olan uçuş mesafeleri (ülkelerin başkentlerine) eklenmiştir.

2.5.2. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı

10.01.2020 tarihli ve 244 sayılı “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge” kapsamında oluşturulan Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığının görev alanları şunlardır (shgm.saglik.gov.tr):

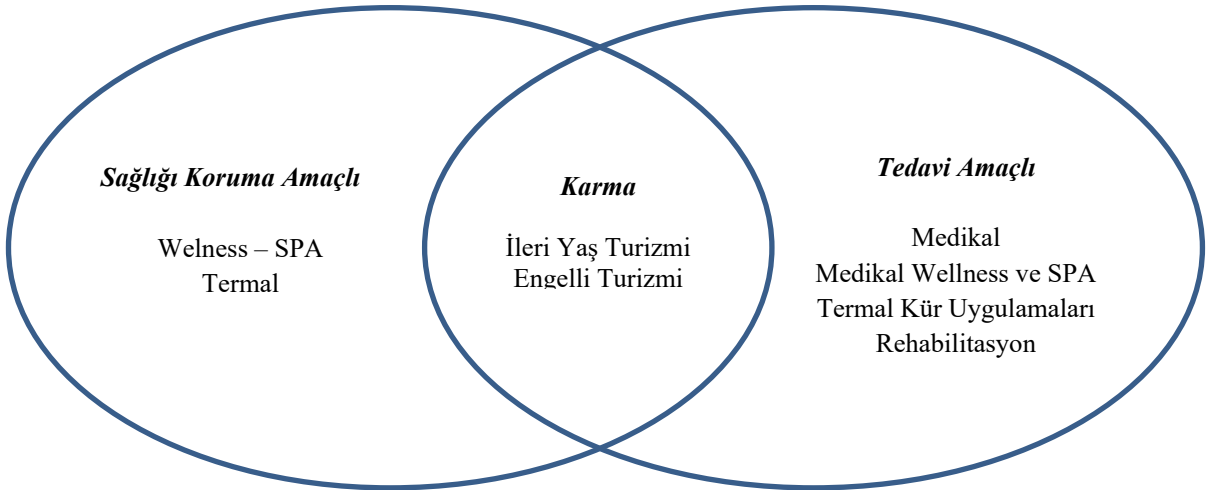
- Sağlık turizmi ve turistin sağlığı ile ilgili hizmetleri planlamak, gerekli izinleri vermek
- Sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak yürütmek,
- Yurt dışından Türkiye'ye tedavi amaçlı gelecek hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak ve bu hastaların talep ve şikâyetlerini incelemek,

- Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastalara gerektiğinde yardım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak ve kayıtlarını tutmak,
- Sağlık alanında ikili iş birliği kapsamında Türkiye'ye gelen ve tedavisi uygun görülen hastalara ilişkin işlemleri planlamak ve koordine etmek,
- Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) ile koordinasyonu sağlamak,
- Genel müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Bu anlamda Türkiye'de T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından tesislere ve aracı kuruluşlara "Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi" düzenlemektedir. Ekler bölümünde sağlık tesislerinin sahip olması gereken kriterler ve belge örneği bulunmaktadır.

2.6. Müşteri Olarak Sağlık Turisti

Sağlık turisti kavramı normal turistlerden farklı olarak tatil yapma ve dinlenmenin yanında tedavi unsuru ile ortaya çıkmaktadır (Özdipçiner, 2018). Turistlerin sağlık turizmine katılma amaçlarına bakıldığında Temizkan ve Çiçek'in (2015) modeli Şekil 2.4'te gösterilmektedir.



Şekil 2.4: Turistlerin sağlık turizmine katılma amaçları (Temizkan ve Çiçek, 2015'ten faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Şekil 2.4'e bakıldığında turistler sağlık turizmine sağlığı koruma, tedavi ya da her ikisi için katılmaktadır. Termal ve wellness- SPA uygulamaları sağlığı koruma amacı güden turistler tarafından, medikal uygulamalar, kür uygulamaları ve rehabilitasyon hizmetleri tedavi amacını güden turistler tarafından tercih edilmektedir. İleri yaş ve engelli turizmi ise her iki kapsama da girebilmektedir. Dolayısıyla turistlerin sağlık turizmine katılmalarında temel motivasyon sağlıktır yorumu yapılabilir ki bu da sağlık turizmini diğer turizm çeşitlerinden ayıran temel noktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmada geliştirilen hipotezler şu şekildedir:

H₁: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre fiziksel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre psikolojik yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre sağlık turizmi işletmelerinden beledikleri hizmet kalitesi seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre sağlık turizmi hizmetlerinden duydukları memnuniyet seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Literatürde sağlık turizmini talep edenler açısından yapılan çalışmalarda da bu grupların sahip oldukları farklı motivasyonlardan dolayı iki ayrı grup olarak ele alınması konusunda üzerinde durulmuştur (Mueller ve Kaufmann, 2001; Horowitz ve diğ, 2007; Cortez, 2008, Erfurt-Cooper ve Cooper, 2009; Taleghani ve diğ, 2011; Gonzales ve diğ 2001; Tengilimoğlu, 2013; Eissler ve Casken, 2013; Temizkan vd, 2015; Mrčela ve diğ, 2015; Bostan ve Yalçın, 2016). Çalışmada sağlık turistleri termal turizm ve medikal turizme katılanlar açısından ayrı ayrı değerlendirilecektir.

2.6.1. Termal turizm açısından sağlık turisti

Termal turisler açısından değerlendirme yapıldığında birçok çalışmada turist çeken ülkelerde yerli turistlerin uluslararası turistlerden daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Deesilatham, 2018). Örneğin Slovenya'da 2000 yılında termal turistlerin tüm turistlere

oranı %33 olmasına rağmen termal turistlerin sadece %23'ü yabancılardan oluşmaktadır (Snoj ve Mumel, 2002). Benzer şekilde Romanya'da iç turizm hareketliliği termal turizmin %94'üne hakimdir (Cooper ve diğ., 1992). İtalya'nın Siena bölgesine bakıldığında ise termal turizme katılanların %7'sinin yabancılardan %93'ünün yerli turistlerden oluştuğu görülmektedir (Minghetti ve Furlan, 2006). Lanz Kaufmann (2006), İsviçre'de termal turizm hareketliliğe katılanların %84'ünün yerli turistlerden oluştuğunu ifade etmektedir.

Smith ve Puczkó (2008) Macaristan'da termal turizme katılanların genellikle yaşlı, ortalama ya da altı gelire sahip ve çeşitli kronik hastalıkları bulunan bireylerden oluştuğunu ifade etmektedir. Termal turizme katılanların genellikle yaşlı-orta yaşlı bireyler olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmaktadır. Mueller ve Kaufmann (2001) ise, İsviçre'de termal turistlerin ortalama 47 yaşında olduğunu ifade etmektedir. Örneğin ABD'de yapılmış başka bir araştırmaya göre termal turizme katılanlar çoğunlukla yaşlı ve kadınlardan oluşmaktadır (Verschuren, 2004). Mak ve diğ. ise (2009) Honk Kong'da yaptıkları araştırma sonucunda termal turizme katılanların %71'inin 43 yaşın altında olduğunu ifade etmektedir.

2.6.2. Medikal turizm açısından sağlık turisti

Medikal turistler günümüzde genellikle gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere seyahat etmektedir (Connell, 2006). Bunun sebepleri arasında gelişmiş ülkelerdeki maliyetlerin çok yüksek oluşu, ABD, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde uzun bekleme süreleri sayılmaktadır (Jones ve McCullough, 2007; Johnston ve diğ., 2010).

Amerikalılar en büyük medikal turist grubunu oluşturmaktadır. Özellikle maliyet ABD vatandaşları için medikal turizme katılmalarında önemli bir faktördür (AMA, 2007; Forgione ve Smith, 2007, Weiss ve diğ., 2010). Bu durum medikal turizmin hacminin artmasına yol açmış ve gelecekte de açmaya devam edecektir (Dunn, 2007; York, 2008). Kanada, İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde aciliyeti olmayan bazı tedaviler için neredeyse altı aylık bekleme süreleri bulunmaktadır. Avustralya'da seyahat sigortalarının %8'inden fazlası yurtdışında dış tedavisi alınması amacıyla yapılmaktadır (Leggat ve Kedjarune, 2009).

Kültürel bağ da insanların medikal turizm amaçlı seyahat etmelerine yol açmaktadır (Laugesen ve Vargas-Bustamante, 2010). Örneğin ABD’de yaşayan Meksikalıların ülkelerine dönüp orada tedavi olmaları ya da ABD, İngiltere’de yaşayan Hintlilerin ülkelerine dönerek tedavi olmak istemeleri gibi (Horton ve Cole, 2011; Martínez Álvarez ve diğ, 2011). Medikal turistler açısından sağlık amaçlı seyahatte gidilen ülkenin sağlık sistemine güvenilmesi ve dil bariyerinin olmaması önemli sebepler arasında görülmektedir (Glinos ve diğ, 2010). Ülkenin sağlık sistemine güvenilmesi kadar ülkenin güvenilir olması da önemlidir. Örneğin Noree ve diğ. (2014), Tayland’a giden medikal turistler üzerine yaptıkları araştırmada Tayland’da 2010 yılında yaşanan politik çatışmalar sırasında ülkeye giren medikal turist sayısında ciddi bir düşüş olduğunu ifade etmektedir.

Görüldüğü üzere termal ve medikal açıdan incelendiğinde turistlerin özelliklerinin farklılaştığı ortaya çıkmaktadır. Termal turizm hareketlerine katılan turistler genellikle iç turizm hareketliliğine katılan orta yaş ya da yaşlı grupları iken medikal turizme katılan bireylerin uluslararası seyahatler yapan ve asıl amaçları tedavi olduğu için nispeten kalite, güven, maliyet gibi unsurlara daha duyarlı kişilerdir yorumu yapılabilir.

BÖLÜM 3. MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ, HİZMET KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ

3.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı ve Tanımı

Müşteri genel olarak bir mal ya da hizmeti alan kimse ya da kurum ve kuruluşlar olarak ifade edilebilir (Sandıkçı, 2008). Bireyler bir mal ya da hizmeti almalarıyla birlikte o ürünün müşterisi olmaktadır. Müşteriler ürünün son kullanıcıdır. Ürünün tasarım, üretilme, tüketime sunulma sürecinde müşteriler son noktayı oluşturmaktadır (Yılmaz 2020). Ticari ilişkilerde “ürünü satın alan kurum ya da kişi” tanımı yeterli değildir (Polat, 2021). Daha geniş anlamda ve kapsamlı olarak müşteri ürün hakkında bilgisi olan, potansiyel olarak bu ürüne ulaşabilme ve tüketebilme ihtimali olan tüm bireyler olarak görülmektedir (Tengilimoğlu, 2016).

İşletmeler geçmişte müşterilere önem vermemiş, işletme politikalarında müşterilerin istekleri ve beklentileri hiçe sayılmıştır (Sandıkçı, 2008). Fakat günümüzün çağdaş pazarlama yaklaşımlarına göre işletmelerin var olabilmelerinin tek yolu faaliyetlerin odak noktasına müşteriye koymaktan geçmektedir (Bozkurt 2019). Barutçugil (2009), müşteriye işletmedeki işgörenlerin asıl işvereni, işletmenin varoluşunu sağlayan ve işletmenin bütün finansmanını sağlayan kişiler olarak tanımlamaktadır.

Klasik müşteri tanımlamasında bakıldığında iki farklı müşteri çeşidinden bahsedilmektedir: iç ve dış müşteriler (Barlow, 1998). İç müşteriler ürünün üretim sürecinde görev alan, katkı sunan, sistemin birer parçası olan bireyler iken (Orçunus, 1996), dış müşteriler işletmede üretilmiş olan ürünü satın alan ve işletmenin varoluşunu borçlu olduğu bireyler olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2005). Tengilimoğlu (2016) ise sağlık hizmetleri pazarlaması bağlamında müşterileri grubuna üçüncü bir grup olarak global müşterileri eklemektedir. Global müşteriler ülkede yaşayan ve hizmeti talep eden bireyler veya örgütlerdir.

Kelime anlamı olarak memnuniyet TDK'ye göre sevinç duyma, sevinme, memnun olma hali olarak tanımlanmaktadır (tdk.gov.tr). Memnuniyetin İngilizce çevirisi olan "satisfaction" kelimesi ise Latince kökenli olup, satis (yeterli) ile facere (yapmak) kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Bu bağlamda memnun edici bir mal veya hizmetin temel özelliğinin "yeterli" olması gerekmektedir. Bu bağlamda memnuniyet, bireyin bir ürünü almadan önce oluşturduğu beklentilerle deneyim sonrası duyguların çakışması durumunda ortaya çıkmaktadır (Oliver ve diğ., 1997). Beklentilerin ve tatmin düzeyinin subjektif oluşu memnuniyetin tanımlanmasını ya da ölçülmesini de zorlaştırmaktadır. Müşteri memnuniyeti tanımlarına bakıldığında farklı araştırmacılar tarafından farklı tanımlamaların yapıldığı görülmektedir.

Kotler (2000) müşteri memnuniyeti kavramını bireylerin bir üründen bekledikleri ve algıladıkları performans arasındaki farkın bir duygu olarak (pozitif veya negatif) ortaya çıkması olarak tanımlamaktadır. Gustafsson ve diğ. (2005) müşteri memnuniyetini belirli bir zamanda ya da müşterilerin kullandığı anda bir ürünün performansı olarak açıklamaktadır. Müşteri memnuniyeti bir ürünün satın alma ve tüketim deneyiminin genel bir değerlendirmesidir (Fornell ve diğ., 1996).

3.1.1. Müşteri memnuniyetinin unsurları

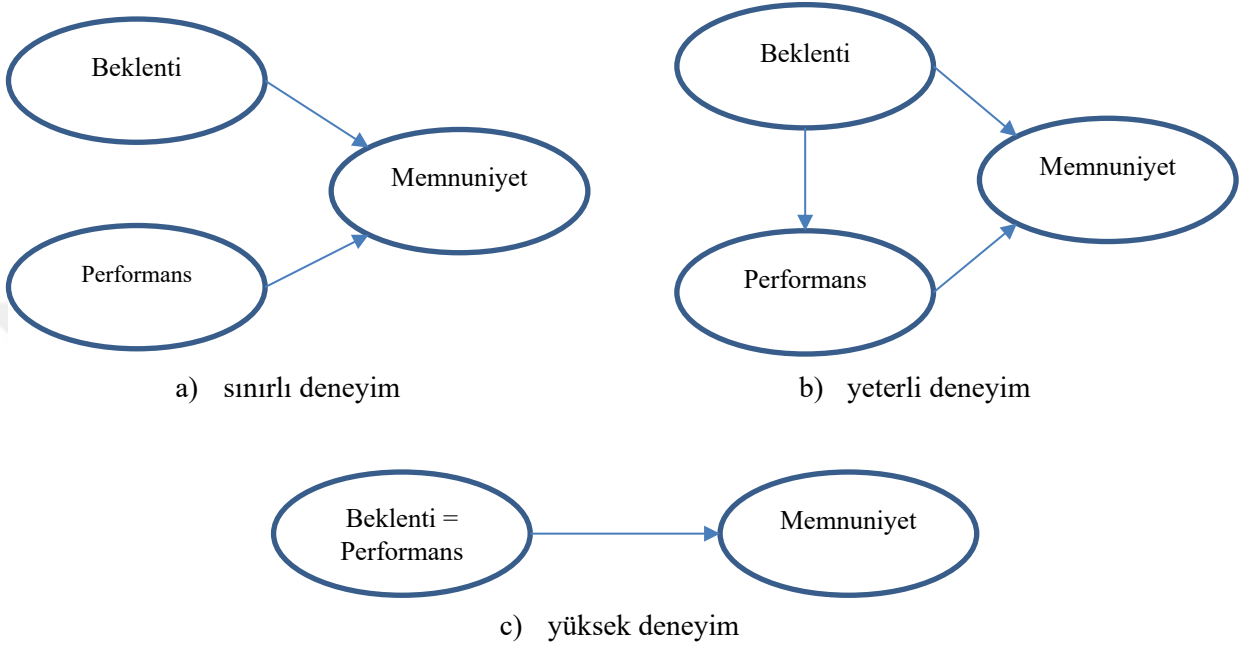
Müşteri memnuniyetini oluşturan unsurların genel olarak beklenti ve deneyim, ürün performansı, bireyler arasındaki farklılıklar ve ürün kategorisi farklılıkları olduğu ifade edilmektedir (Johnson ve Fornell, 1991).

3.1.1.1. Beklenti ve deneyim

Beklenti TDK'ye göre "*bireyin belli şart ve durumların alacağı biçimler veya kendisinden beklenenler konusundaki öngörüsü*" şeklinde tanımlanmaktadır. Müşteri beklentisi ise müşterilerin bir işletmeden alacağı ürünle ilgili alacağı kalite ya da fayda tahminidir. Beklenti öznel, bireyin yaşamış olduğu önceki deneyimler beklentileri şekillendirebilir. Aynı zamanda işletme tarafından yapılan reklam, tanıtım ya da ağızdan ağıza pazarlama gibi dış faktörler beklentileri oluşturabilir (Oliver 1997; Iliéska, 2013)

Deneyim ise müşteriler aynı ya da benzer pazardaki ürünleri tükettikçe oluşur. Bir ürünün bir kere tüketilmesi deneyimi başlatır. Müşterinin ürün deneyimi eğer yetersiz

veya yoksa memnuniyeti ürün performansı; müşteri yeterli deneyime sahipse memnuniyeti ürün beklentisi ve performansı; müşteri ürün ile ilgili yüksek deneyime sahipse beklenti ve performans eşit hale gelerek memnuniyeti oluşturur (Johnson ve Fornell, 1991). Bu durum Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Deneyim ve memnuniyet (Johnson ve Fornell, 1991’den faydalanılarak tablolaştırılmıştır.)

Şekil 3.1. bağlamında memnuniyet oluşumunda beklenti ve performansın rolünü deneyimler belirlemektedir.

3.1.1.2. Ürün performansı

Ürün performansı her müşteri tarafından ayrı ayrı subjektif bir şekilde değerlendirildiği için algılanan performans olarak da ifade edilebilmektedir. Algılama bireyin duyularını yorumlaması süreci olarak ifade edilebilir. Algı; çevre, insan, nesne, koku vb. etmenlerin gözlenmesiyle ilgili ilgilidir (Odabaşı ve Barış, 2015). Ateş (2017) müşteri algılarının, dolayısıyla algılanan performansın memnuniyeti etkilediğini ifade etmektedir.

Performans müşteri tarafından satın alınmış bir ürünün sonuçlarının ya da faydalarının algılanan kısmıdır. Bazen performansın mükemmelliğini ifade etmek amacıyla kullanılan “kalite” kavramı ile karıştırılsa da performans ya da algılanan performans

bireyin beklenti ve deneyimlerinin işletme performansı işe karşılaştırılmasıyla ortaya çıkmaktadır. Aslında algılanan performansın bir memnuniyet faktörü olmasının sebebi bireyler arasında çok fazla değer algısı çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Kalitede nispeten standardizasyon sağlansa da algıda ya da algılanan performansta bir standardizasyon imkansızdır. Bu bağlamda birey algıladığı performansı beklentisinden yüksek bulduğunda memnuniyet yaşamaktadır. Tam tersi durumda başka bir ifade ile algılanan performansın beklenen performanstan düşük olduğu durumda ise memnuniyetsizlik yaşayacaktır (Szymanski ve Henard, 2001; Oliver, 2006).

3.1.1.3. Bireyler arası farklılıklar

Her bir müşteri farklı bir birey olarak değişik beklentilere sahip olmaktadır. Çeşitli demografik özellikler açısından bireyler veya gruplar arası memnuniyet seviyeleri farklılaşmaktadır. Örneğin yaş ilerledikçe bireyde memnuniyet seviyesi artmaktadır (esasinda bireyin yaşı ilerledikçe beklenti seviyesi azalmaktadır, bu da memnuniyetin artmasına sebebiyet vermektedir) (Johnson ve Fornell, 1991). Bu anlamda müşteri memnuniyetine ulaşılması açısından farklı bireylerin ya da grupların beklentilerinin bilinmesi önemlidir.

3.1.1.4. Ürün kategorisi farklılıkları

Ürün farklılaştırılması heterojen müşteri beklentilerini karşılamaya yönelik işletmeler tarafından uygulanan bir strateji olarak görülebilir. Fakat ürün farklılaştırması müşterilerin beklentilerini karşılamaya yönelik çok fazla çeşitlendiğinde standardizasyon ve kalite ile aynı zamanda hizmet sunulması çoğu zaman mümkün olmayabilir (Anderson ve diğ, 1997). İşletmeler ürün farklılaştırma ile bireylerin daha önce deneyimlemediği bir ürünü reklamlar aracılığı ile ya da ağızdan ağıza pazarlama yoluyla müşteriye sunması noktasında müşteri beklentileri hem geçmişe hem geleceğe yönelik olmaktadır (Fornell ve diğ, 1996).

Ürün farklılaştırmanın müşterilerin memnuniyetlerinin oluşmasında öncül olduğu ifade edilmektedir. Müşteriler satın alma niyetinde oldukları ürünlerden çeşitli ve diğer müşterilere göre farklı beklentilere sahip olabilmektedir ve bu doğrultuda beklentilerini oluşturmaktadır. Bu bağlamda beklenti ve performansın dikkate değer bir bireysel ya da ürün kategorisi anlamında farklılık olup olmadığının tespit edilmesi önemlidir.

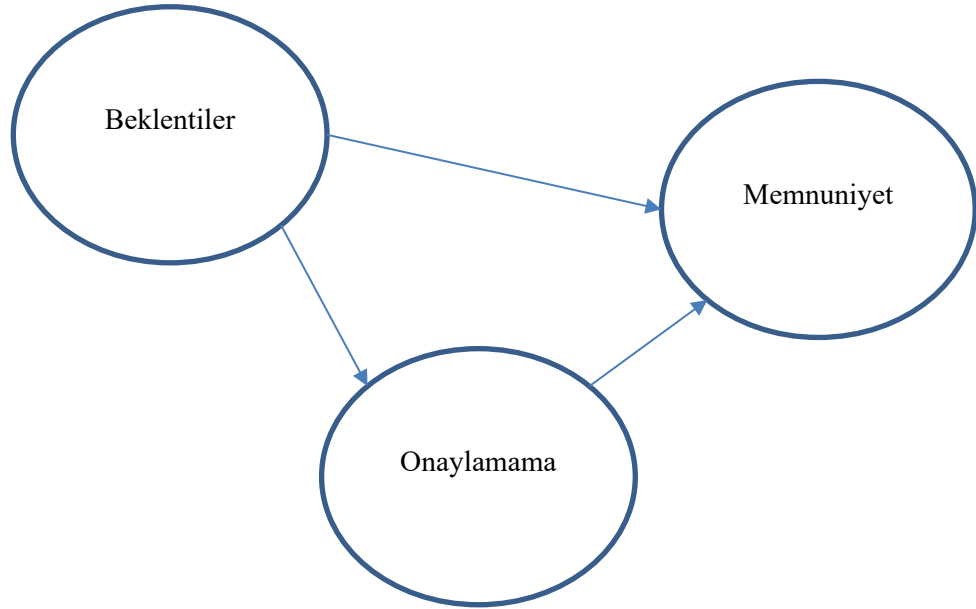
Kazançların artırıldığı ürünler yerine kayıpların azaltıldığı ürünler noktasında müşteri memnuniyeti müşteriler arasında daha fazla farklılaşmaktadır. (Johnson ve Fornell, 1991).

3.1.2. Müşteri memnuniyetine ilişkin teoriler

Literatüre bakıldığında müşteri memnuniyetini açıklamak veya ölçmek amacıyla çeşitli model ve teorilerin öne çıktığı bilinmektedir. Alanyazında çokça kabul edilen teorilerden bazıları beklenti- onaylamama teorisi, kano teorisi, eşitlik teorisi ve benzeşme teorisi olarak sayılabilir (Oliver ve Swan; 1989; Oliver, 1997; Özer, 1999; Reimer ve Kuehn, 2005; Kılıç ve Pelit, 2004; Rao ve Choudhury, 2017).

3.1.2.1. Beklenti – Onaylamama (uyuşmazlık) Teorisi

Oliver (1997) tarafından tüketici memnuniyetinin değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Birey satın alacağı ürün hakkında beklentilere sahiptir. Beklenti onaylamama teorisinde iki model geliştirilmiştir. Bunlardan ilki beklenti, onaylamama ve memnuniyetten oluşan “basit modeldir”, ikinci model ise basit modele performans değişkeni eklenerek oluşturulmuş “tamamlanmış modeldir” (Lankton ve McKnight, 2012).

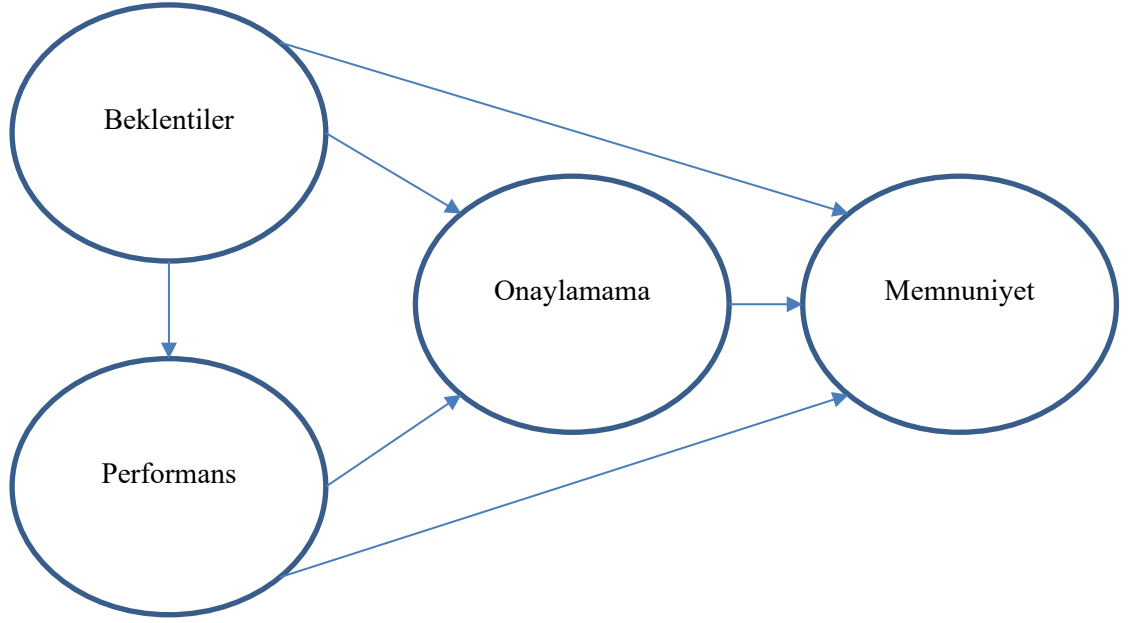


Şekil 3.2. Beklenti Onaylamama Modeli (basit model) (Oliver, 1997 s.110).

Şekil 3.2’deki modelde beklentiler genellikle olandan daha yüksek olduğu için onaylamama üzerinde beklentilerin olumsuz bir etki oluşturduğunu ifade etmek

mümkündür. Memnuniyet seviyesi dolayısıyla daha yüksek seviyedeki beklentilerle birlikte artmaktadır.

İkinci model ise tamamlanmış model olarak ifade edilmektedir. Tamamlanmış modelde performans da bir değişken olarak modele eklenmektedir.



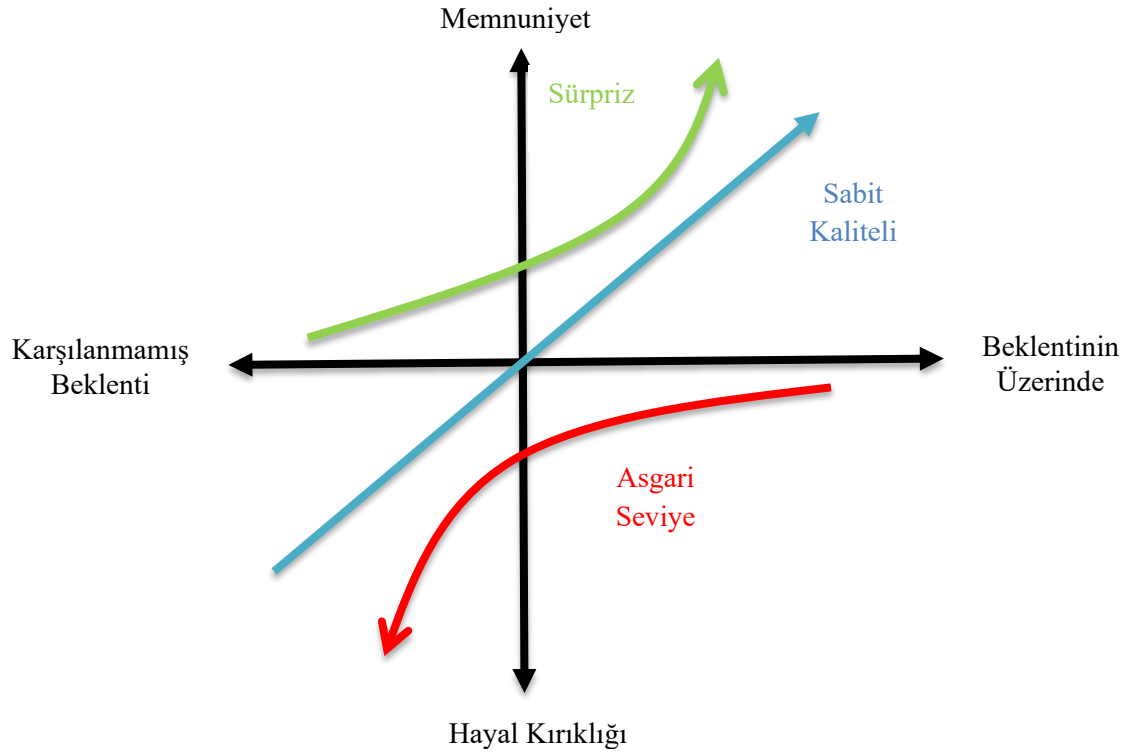
Şekil 3.3. Beklenti Onaylamama Modeli (tamamlanmış model) (Oliver, 1997, s.120).

Şekil 3.3. bağlamında Oliver (1997), beklenti – onaylamama teorisinin ampirik olarak kullanılan versiyonuna performans değişkenini eklemiştir. Modele göre birey beklentilerini performansla karşılaştırır ve bu karşılaştırmanın sonucunda bireyde onay ya da onaylamama hissi oluşur. Bu his doğrudan memnuniyeti etkilemektedir.

Bir müşteri tarafından ürün alındığında veya tüketildiğinde yaşanan deneyim beklentiler ile karşılaştırılır. Ürünün tüketildiğinde yaşanan haz ya da deneyim gerçek performansı oluşturur ve satın alımdan ya da tüketimden önceki beklentileri aşarsa onaylama pozitif olarak memnuniyet oluşmaktadır. Birey böyle bir durumda genellikle ürünü tekrar satın alma niyetinde olabilir. Ya da tam tersine performans beklentilerin altında kalırsa negatif onaylama gerçekleşerek memnuniyetsizlik oluşmaktadır (Reimer ve Kuehn, 2005).

3.1.2.2. Kano Teorisi

Profesör Noriaki Kano tarafından geliştirilen müşteri memnuniyet modelidir. Kano modeli müşteri mutluluğunu müşterinin memnuniyet algılarına dayanarak ölçmektedir. Kano modeli müşteriler için hangi özelliklerin kritik ya da olmazsa olmaz olduğunu ve müşterilerin memnuniyet faktörlerini açıklamaktadır (Rao ve Choudhury, 2017). Kano modeli şekil 3.4’te gösterilmektedir.



Şekil 3.4. Müşteri memnuniyetinde Kano Modeli (Berger ve diğ., 1993).

Şekil 3.3’te Kano Modeli belirtilmiştir. Bu model x ve y koordinat düzlemi kullanılarak açıklanmaktadır. X düzlemi müşteri beklentilerini, y düzlemi ise müşteri memnuniyetini ifade etmektedir (Spool, 2011). Kırmızı, mavi ve yeşil alanlar asgari, sabit-kaliteli ve sürpriz kaliteli hizmeti temsil etmektedir. Asgari seviye hizmet kalitesi açısından bir işletmenin müşteri tarafından kabul edilebilir sınırını temsil eder. Sabit- kaliteli hizmet kalitesinde hizmet arttıkça müşteri memnuniyeti artmaktadır. Sürpriz hizmet kalitesinde ise müşteri memnuniyeti en üst seviyededir çünkü müşterinin beklentileri aşılmaktadır (Kano ve diğ., 1984). Kısaca Kano modeline göre memnuniyet üzerinde beklentilerin ve işletmenin sunduğu hizmetin kalitesinin etkili olduğu görülmektedir.

3.1.2.3. Eşitlik Teorisi

Eşitlik teorisi müşterinin bir ürünü satın alma sürecinde katlanmak zorunda olduğu maliyetle ilgilidir (Hatipoğlu, 2021). Bu maliyet sadece ekonomik olmayıp hatta sağlık turizm açısından ekonomik maliyetten belki de daha önemli olabilecek zaman, emek ve deneyim gibi unsurlar ihtiva etmektedir. Oliver ve Swan (1989) tarafından geliştirilmiş olan eşitlik teorisinde müşteriler emek, zaman, fiyat gibi katlandığı maliyetler sonucunda üründen fayda beklemektedir. Eğer müşterilerin elde ettiğini düşündüğü fayda tüm bu maliyetlerden yüksek ya da eşit olduğunda memnuniyet duygusu ortaya çıkmaktadır (Neal ve Gürsoy, 2008).

Eşitlik teorisinde aynı zamanda müşteri diğer müşterilerle aynı muameleyi görmek istemektedirler. Eğer zihninde yaptığı kıyasa göre başka müşteriden daha az fayda aldığını hissederse bireyde bu durum memnuniyetsizliğe sebebiyet verecektir (Demirel, 2019).

3.1.2.4. Benzeşim Teorisi

Benzeşim teorisinde müşteri beklentileri ile gerçekleşen performans arasında kabul edilebilir ya da şikâyet edilmeyecek seviyede farklılık olduğunda beklentiler memnuniyet seviyesini olumlu yönde etkilemektedir. Diğer bir deyişle ürünün performansı müşterinin sahip olduğu beklenti düzeyine yakın bir konumda ise benzeşim ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda müşteri beklentileri tam olarak karşılanmasa bile benzeşim aracılığı ile tatmin olabilmektedir (Özer, 1999).

Benzeşim teorisine göre birey daha önceden deneyimlediği ya da inandığı bir durumdan farklılaşan gerçekliği kabul etmemeye eğilimli olacaktır. Müşteriler bir ürünü satın almadan önce zihinlerinde oluşturduğu beklentilerinden farklı bir durumu onaylama noktasında problem yaşayabilirler. Bu bağlamda beklenti içinde olan müşteri beklentilerine paralel bir memnuniyet düzeyi belirleyebilirler (Oliver ve DeSarbo, 1988).

Benzeşim teorisinde memnuniyetin temel belirleyicisi beklentiler sonucunda oluşan performansın kabul edilip edilmediği noktadır. Eğer müşteri ürün performansını kabul edilebilir noktada görüyorsa beklentilerinin doğrulandığı varsayımıyla performansı yeterli bularak memnun olacaktır. Aksine ürün performansı kabul edilemez noktada

olduğunda ise performans beklentilere çok yakın bile olsa farklılık müşteri tarafından abartılarak ürün kabul edilmez bulunacaktır (Kılıç ve Pelit, 2004). Kısaca benzeşim teorisinde beklentiler ürün performansını manipüle etmektedir yorumu yapılabilir. Müşteri memnuniyetinin algılanmasında literatürde sıkça karşılaşılan teoriler bağlamında araştırmada geliştirilen hipotez şu şekildedir:

H₅: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin sağlık turizmi işletmelerinden beledikleri hizmet kalitesi boyutlarının sağlık turizmi hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

3.1.2. Müşteri memnuniyetinin sağlık turizmi açısından önemi

Müşteri memnuniyeti bir işin başarıya ulaşmasındaki en önemli araçlardan biri olarak ifade edilmektedir (Khadka ve Maharian, 2017). Müşteri memnuniyeti karlı bir rekabet stratejisi unsuru olarak değerlendirilmektedir. Çünkü memnun olmuş ve ihtiyaçları karşılanmış bir müşteri, kaliteli olarak algıladıkları işletmelere daha fazla ödeme yapma eğilimindedir (Boscarino 1992).

Sağlık turizminde talebin hasta memnuniyeti olarak tanımlanmasındansa daha genel bir ifade olan müşteri memnuniyeti kavramının kullanıldığı görülmektedir (Rad ve diğ., 2010). Sağlık turizmi bağlamında memnuniyet kavramı insanlar tarafından temel bir kriter ve/veya işletmenin sunmuş olduğu performansın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Leisen Pollack, 2008). Çünkü sağlık turizmine katılan bireyin (özellikle medikal turizmde) temel isteği hak ettiği kaliteli bir sağlık hizmeti almaktır (Albaz, 2020). Sağlık açısından memnuniyetsizlik yaratacak durumlar genel anlamda turizm işletmelerinden duyulan mutsuzluktan farklılaşabilir. Çünkü sağlıkta yapılacak hatanın telafisi zor olabilir.

İşletmelerin müşteri memnuniyetine çok önem vermesinin sebebi müşteri memnuniyeti sonucunda müşterinin davranışı yatmaktadır. Genel bir kanı olarak memnuniyetin yerini sadakate bıraktığıdır (Lei ve Jolibert, 2012). Oliver (1997), müşteri sadakatini önceden satın alınan bir mal veya hizmeti gelecekte de tutarlı bir şekilde yeniden satın alma şeklinde açıklamaktadır. Yani müşteri memnuniyeti yeterli düzeyde ise müşteri sadakatine evrilmektedir. Bu sayede müşteri satın alma davranışını aynı işletmede

yinelemektedir. Memnuniyet tekrar satın alma davranışı yanında olumlu ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerine de sebebiyet vermektedir (Marković ve diğ, 2010).

Müşteri memnuniyetini sağlayan unsurların bilinmesi işletmeler açısından büyük önem taşımaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerini talep eden ve memnun olan müşteriler işletmeyi tekrar ziyaret etme ve çevresine tavsiye etme eğiliminde olacaktır (González ve diğ, 2007). Bununla birlikte müşterilerin nasıl memnun edilebileceğinin bilinmesi işletmenin var olması anlamında kritik bir öneme sahiptir (Oliver, 1999). Bu bağlamda çalışmada şu hipotezler geliştirilmiştir:

H6: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin fiziksel yaşam kalitelerinin sağlık turizmi hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H7: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H8: Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin memnuniyet düzeylerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

3.2. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Tanımı

TDK tarafından “birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma” olarak tanımlanan hizmet kavramı bir insan veya makine tarafından gerçekleştirilen işler, çabalar olarak ifade edilmekte ve üretildiği anda tüketilmektedir (Lovelock, 1984). Hizmetler tüketicilere faydası olan ve “katma değer” yaratan çeşitli ekonomik faaliyetler olarak açıklanmaktadır (Gilmore, 2003). Rao (2009) hizmetin özelliklerinin fiziksel ürünlerden farklarını şu şekilde açıklamaktadır:

- Hizmetler soyut özellik taşımaktadır.
- Hizmetler üretim sürecinde alıcı ve satıcının bir etkileşimi söz konusudur.
- Hizmetlerin stoklanma ihtimali yoktur ve üretim, dağıtım ve tüketim süreci eş zamanlı gerçekleşmektedir.
- Hizmetler heterojen bir yapıya sahiptir, bir hizmeti aynı kişiden farklı zamanlarda almak bile farklı sonuçlar doğurabileceğinden hizmette standardizasyon sağlamak zordur.

- Fiziksel ürünlerde ürünün sahipliği satılmasıyla devredilirken hizmetlerin sahipliği devredilemez.

Bu bağlamda hizmetin temel özellikleri genellikle soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik ve dayanıksızlık olarak ifade edilmektedir (Mucuk, 2009). Soyutluk açısından hizmete bakıldığında tüketiciler satın alacakları hizmetin soyut yönünü tüketimden önce değerlendirme şansına sahip değildir. Bu sebeple tüketiciler bu hizmet ile ilgili reklamlar, işletmenin itibarı, ağızdan ağıza pazarlama gibi bilgiler ile ürünü satın alma niyetine girerler. Hizmetin denenme şansı da olmadığı için müşteri hizmetten memnun olma veya hizmetin kalitesini algılama noktasında dış etkenlerin yanında kendi deneyimine odaklanmakta ve hizmeti yorumlamaktadır (Zeithaml, 1981).

Hizmetlerin dayanıksızlığı aslında hizmetin bozulabilir veya stoklanamaz olmasını ifade etmektedir. Hizmetin verilmesi için önceden hazırlık yapılabilir (ör. müşteri gelmeden odanın hazırlanması, restorana rezervasyon yapılması, muayene olmak için randevu alınması) fakat bu durum hizmetin depolanması anlamına gelmemektedir. Müşteri otele gelmediğinde, restorana gitmediğinde veya muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğinde hizmet alamaz ve alamadığı hizmet daha sonra kullanılmak üzere stoklanamaz (Lipsky, 1980).

Ayrılmazlık ile ifade edilen durum aslında hizmetin eşzamanlı (üretim ve tüketim aynı anda gerçekleşmesi olayı) olarak sunulması ile ilgilidir. Hizmet verilebilmesi için önce müşterinin hazır olması gerekmektedir. Bu durum talep dalgalanmalarına kısa dönemde cevap vermeyi güçleştirebilir. Örneğin bir hizmetin tüketilebilmesi için müsaitliği başka müşterilerin de o hizmeti ne kadar talep ettiğine bağlıdır. Eğer işletmeler kapasitelerinden fazla müşteriye hizmet vermeye kalkışlarsa bu durumda da hizmetin kalitesi düşecektir (Hirshman, 1983).

Hizmetlerin değişken veya heterojen olması hizmetin çeşitlilik göstermesi ile ilişkilidir. Üretilen hizmetlerin çoğunluğu insanlar tarafından insanların kullanılabilmesi için üretilmektedir. Hizmet üretiminde müşteri ve hizmet veren çalışanın karşılıklı etkileşimde olması hizmetin çeşitlenmesine, üretim sürecindeki insanın sürekli aynı motivasyonla veya motivasyonsuzlukla çalışamayacağı gerçeği de standardın sağlanmasına sebebiyet vermektedir. Alınan bir hizmet farklı bir zamanda aynı işletme

ve aynı çalışandan alınsa dahi farklı memnuniyet veya farklı kalite algısı oluşacaktır (Dotchin ve Oakland, 1994).

Kalite kavramının tanımına bakıldığında ise net bir şekilde kalite tanımlamasının mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Fakat çoğu insan için kalite dendiğinde “pahalı”, “lüks”, “üstün nitelikli” gibi özellikler akla gelmektedir. Kaliteye atfedilen değer esasında bireyin demografik özelliklerine göre değişebilmekte ve farklı beklentilere göre şekil alabilmektedir (Şimşek, 2008). Literatürde de kalite tanımlamalarında farklılık görülmektedir. Kalite tanımlamalarında kalite yorumları Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Çeşitli kalite yorumlamaları

Araştırmacı	Kalite Yorumu
Feigenbaum (1991)	Değer
Juran (1962); Jain (2001)	Kullanıma Uygunluk
Gilmore (1974); Crosby (1992)	İhtiyaçlara Uygunluk
Parasuraman ve diğ. (1985); Thorpe ve Summer (2004)	Beklentilerin Karşılanması / Aşılması

Görüldüğü üzere kaliteyi algılayanlar açısından oluşan farklılıklar kaliteyi tanımlayanlar açısından da farklılaşmaktadır. Kalite dendiğinde müşterinin o üründen beklentisi ya da o ürüne atfettiği değer kalite arayışında önemli bir yol göstericidir. Yine de bir ürünün kaliteli olması açısından çeşitli şartlar ya da özellikler bulunmaktadır. Bu açıdan Garvin (1984) bir ürünün kalitesini gösteren sekiz adet boyutu açıklamaktadır. Bunlar performans, özellikler, güvenilirlik, uygunluk, dayanıklılık, kullanılabilirlik, estetik ve algılanan kalitedir.

Doğan (1991) ise kalite tanımlamasında “gerçek kalite” ve “algılanan kalite” şeklinde iki farklı kaliteden söz etmektedir. Buna göre gerçek kalite bir ürünün tasarlanması, üretimi, dağıtım aşamalarında mükemmelliği başarma olarak ifade edilirken; algılanan kalite ise bir ürünün müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilme derecesi olarak ifade edilebilir.

Bir ürünün kaliteli olarak algılanabilmesi için hem gerçek hem de algılanan kalitesinin uygun seviyede olması gereklidir. Herhangi biri sıfır olarak algılanırsa diğeri de sıfır olarak algılanmaktadır (Tosun, 2017).

3.2.1. Hizmet kalitesinin önemi

Hizmetin özellikleri hizmet kalitesini algılama noktasında müşterinin hizmetten beklentileri önemli bir konuma getirmektedir. Eğer müşteri beklentisi fazla değilse genel anlamda iyi kabul edilmeyecek bir hizmet bile kaliteli olarak algılanabilir. Bu açıdan hizmetlerin kalitesinin açıklanmasında çeşitli standartlar (güvenirlilik, empati, iletişim, ilgi, müşteri şikayetlerinin çözümü gibi) geliştirilmiştir (Tutar, 2015).

Hizmet kalitesi müşteriler tarafından yapılan bilişsel bir değerlendirme olup memnuniyet sağlama noktasında bir öncül olarak kabul edilmektedir (Brady ve Robertson, 2001). Zeithaml (1988) tarafından hizmet kalitesi, bir ürünün iyiliği ile ilgili müşteri tarafından yapılan geri dönüş olarak tanımlanmıştır. Kwornik (2005) ise yapmış olduğu hizmet kalitesi tanımlamasında bireyin beklediği hizmet ve algılamış olduğu hizmet arasındaki farka vurgu yapmaktadır. Müşterilerin satın alma davranışlarını hizmet kalitesinin anlamlı bir şekilde etkilediği ifade edilmektedir (Cronin ve Taylor, 1992).

Lee (1998) müşteri kayıplarının önlenmesi için alınan tedbirlerden en önemlilerinden birinin “hizmet kalitesi” olduğunu ifade etmektedir. Young (2000) ise işletmeler tarafından üretilen hizmet kalitesi yollu çözümlerin müşterilerin memnuniyet algılarında ya da işletmeye bakışlarında olumlu etkiler yarattığını ifade etmektedir. Tarihsel süreç bağlamında birçok işletmenin aslında müşteri memnuniyetine odaklanmalarının sebebini ise hizmet kalitesini artırmanın dolayısıyla memnuniyeti artırmanın finansal tablolarda pozitif artışlara sebebiyet vermesi olarak ifade etmektedir. Bu bağlamda hizmet kalitesinin artması amacıyla yapılmış yatırımlar işletmeye önce memnun daha sonra sadık müşteri ve nihayetinde tekrarlanan satın alma davranışı ile yatırımın geri dönüşü olarak fayda sağlamaktadır (Yüksel ve Yüksel, 2003).

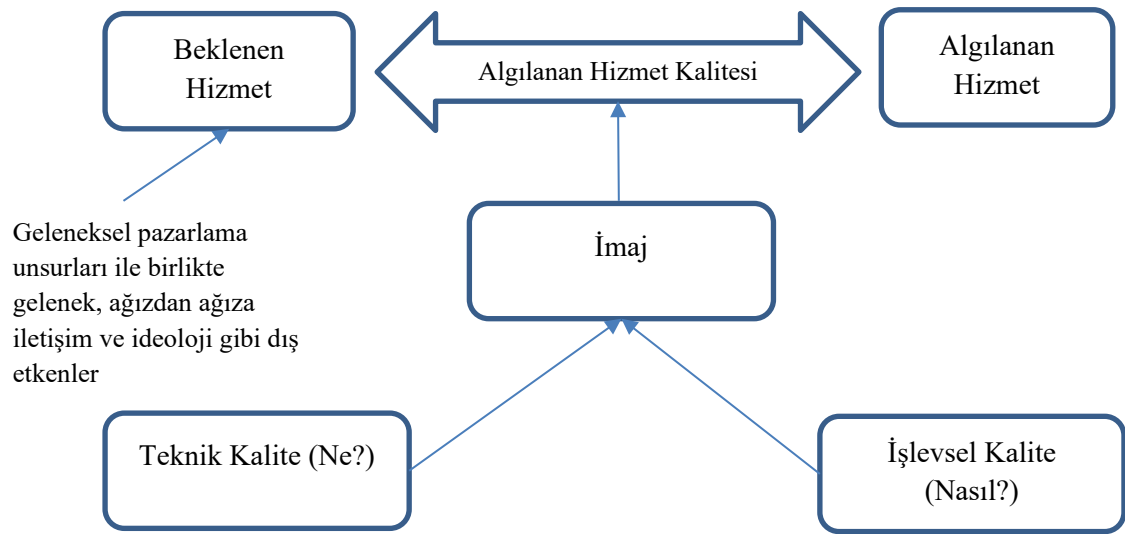
3.2.2. Hizmet kalitesinin ölçümü

Hizmet kalitesinin ölçülmesi noktasında Kozak ve Rimmington (2000) pazarlama literatürünü domine eden iki yaklaşım olduğunu ifade etmektedir. Bunlardan birincisi Parasuraman ve diğ. (1985) bireylerin beklentileri ve performans arasındaki farka göre memnuniyeti ölçmesidir. SERVQUAL adıyla geçen bu ölçüm modeline göre eğer

algılanan performans beklentilerden yüksekse memnuniyet oluşmaktadır. İkinci popüler yaklaşım ise Grönroos (1984) tarafından kullanılan hizmet kalitesi modelidir.

3.2.2.1. Grönroos'un hizmet kalitesi modeli

Literatürde hizmet kalitesi ölçüm modellerinin öncüsü olarak kabul edilen çalışma Grönroos (1984) tarafından yapılmış ve kabul gören hizmet kalitesi ölçüm modelidir. Grönroos modeli olarak geçen bu ölçüm modelinde kalite “işlevsel” ve “teknik” kalite olarak iki biçimde incelenmektedir. Şekil 3.5'te Grönroos'un hizmet kalitesi modeli gösterilmektedir.



Şekil 3.5. Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984, s.40).

Şekil 3.5'e göre bir işletmeden hizmet satın alan müşterilerin işletmelerin geleneksel pazarlama unsurları ile birlikte gelenek, ağızdan ağıza iletişim ve ideoloji gibi etmenlerden etkilenerek oluşturduğu bir hizmet alım beklentisi bulunmaktadır. Bu beklentileri müşteri, işletmenin kendisine sunduğu teknik ve işlevsel kalite sonucunda oluşan işletme imajı yoluyla algıladıkları hizmet ile karşılamakta ve algıladıkları hizmet kalitesi ortaya çıkmaktadır.

Burada teknik kalite hizmet alımında “ne” alındığı ile veya ürünün kendisi ile ilgilenmektedir. İşlevsel kalite ise tamamen hizmetin kendisi ile yani hizmetin “nasıl” verildiği ile ilgilidir. Müşteri açısından işletme imajı hizmet alımı deneyiminde teknik ve işlevsel kalitenin bir bileşimi ile ortaya çıkmaktadır (Grönroos, 1984).

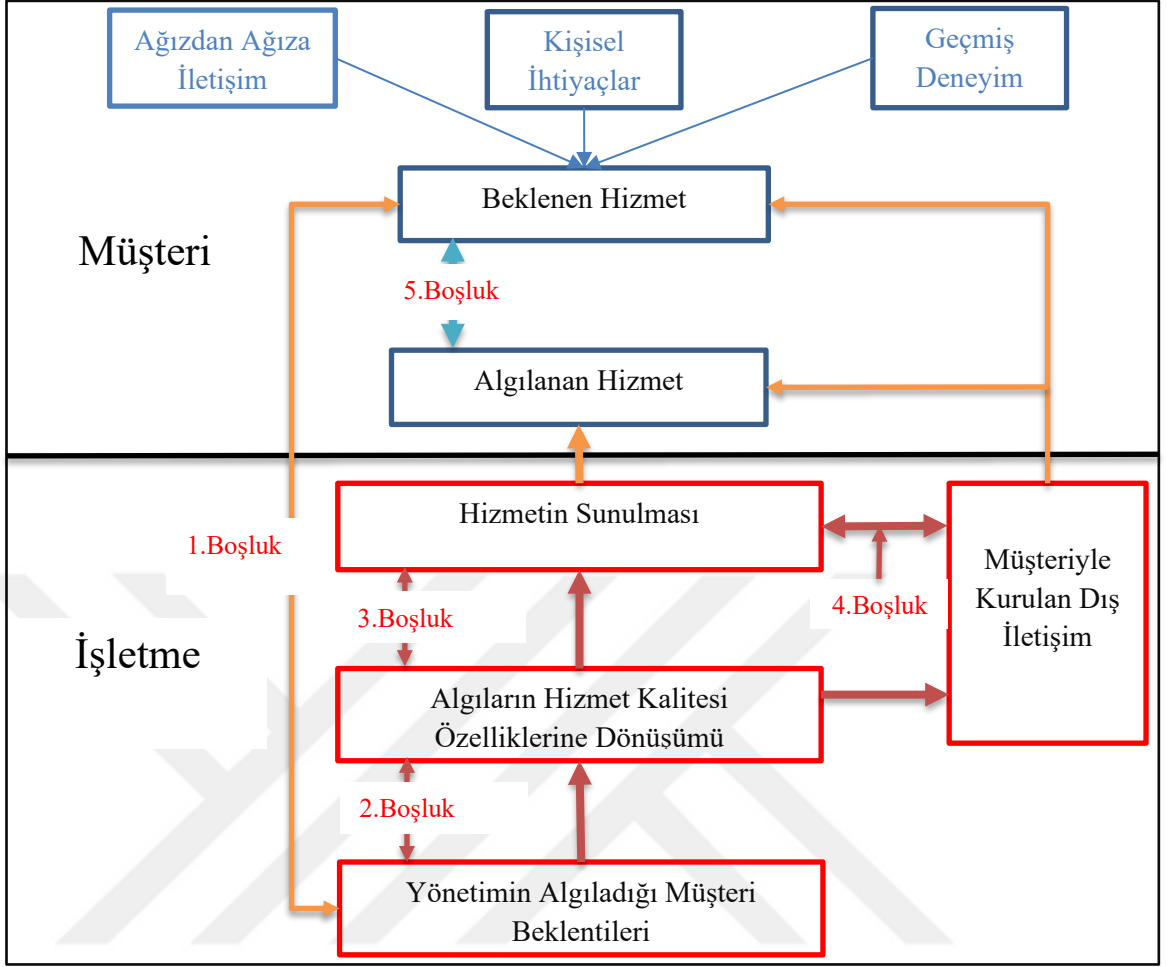
3.2.2.2. SERVQUAL Modeli

Hizmet kalitesinin ölçülmesinin zorluğu bu konuda yapılmış bazı tutarlı çalışmaları popüler hale getirmiştir. Hizmet kalitesinin ölçümünde en popüler araştırma Parasuraman ve diğ. (1985) oluşturduğu SERVQUAL ölçüm aracıdır. Ölçüm aracı 22 adet ifadeden oluşmakta ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde 22 adet ifade beklenti, ikinci bölümünde aynı maddelerden oluşturulan formda ise algı ölçülmektedir. “Tamamen Katılıyorum ve “Kesinlikle Katılmıyorum” aralığında değişen yedili Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Kalite ölçümünün zorluğu ile ilgili şu ifadeler önerilmektedir:

- Hizmet kalitesinin ölçülmesi somut bir mal ölçümüne göre çok daha karmaşıktır.
- Hizmet kalitesi algısı müşteri beklentisi ile ürün performansının kıyaslanması ile ortaya çıkmaktadır.
- Kalite değerlendirmesi sadece hizmetin çıktısına göre değil aynı zamanda hizmetin sunulması süreci de kalite değerlendirmesinin bir parçasıdır.

Şekil 3.6’da Parasuraman ve diğ. (1985) geliştirdiği hizmet kalitesindeki boşluklar modeli bulunmaktadır. Modele göre hizmet kalitesindeki boşluklar şu şekilde tanımlanmaktadır:

1. **Boşluk: Müşteri Beklentisi ile Yönetimin Algısı Arasındaki Fark:** Müşterinin beklentilerinin hizmeti satın aldıkları işletme tarafından tam ve doğru anlaşılamadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin bir sağlık turizmi işletmesinde müşteri beklentisi konforlu bir oda olarak varsayılmış olabilir fakat müşterinin beklentisi operasyonun kalitesi veya doktorun ilgisi ise gerçek beklenti karşılanamayabilir.
2. **Boşluk: Yönetimin Algıladığı Müşteri Beklentileri ile Algıların Hizmet Kalitesi Özelliklerine Dönüşümü Arasındaki Fark:** Yönetim müşterinin beklentilerini doğru bir şekilde tespit etmesine rağmen bu beklentileri hizmetlerine yansıtamamasından ortaya çıkmaktadır. Bir sağlık turizmi işletmesinde müşterinin beklentisi (doktor ilgisi) doğru anlaşılmış olmasına rağmen doktorun ne kadar veya hangi sıklıkta hasta ile ilgileceği standardize edilmemişse bu fark ortaya çıkabilmektedir.



Şekil 3.6. Hizmet kalitesinde Boşluk Modeli (Parasuraman ve diğ, 1985, s.44).

3. **Boşluk: Algıların Hizmet Kalitesi Özellikleri ile Sunulan Hizmet Arasındaki Fark:** Teorik olarak doğru tasarlanmış hizmetin pratiğe (hizmetin sunumunda) dökümünde yaşanabilen farklılıkları sonucu ortaya çıkmaktadır. Yani müşteri beklentileri doğru algılanmış, hizmet kalitesi doğru tasarlanmıştır fakat uygulamada müşteri beklentileri karşılanamamaktadır.
Örneğin sağlık işletmesinde doktor başına çok fazla hasta düşmesi veya yabancı dil bilen personel eksikliği gibi.
4. **Boşluk: Müşteri ile Kurulan İletişim ve Müşteriye Sunulan Hizmet Arasındaki Fark:** İşletmelerin müşterilerine abartılı vaatler veya yerine getiremeyeceği sözler verdiğinde ve bunlarla tutarsız hizmetler sunduğunda ortaya çıkmaktadır. Sağlık açısından bu boşluk kabul edilebilir değildir.
5. **Boşluk: Müşteri Beklentileri ile Algılanan Hizmet Arasındaki Fark:** Müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki fark olarak

değerlendirilmektedir. Bu boşluğu ilk dört boşluktaki nedenler meydana getirmektedir. Bu durum sonucundaki üç ihtimal şu şekildedir:

- a. Beklenen Hizmet > Algılanan Hizmet = Beklentilerin Üzerinde Kaliteli
- b. Beklenen Hizmet = Algılanan Hizmet = Kabul Edilebilir Kaliteli
- c. Beklenen Hizmet < Algılanan Hizmet = Kalite Kabul Edilemez Nitelikte

SERVQUAL ölçüm modelinde on adet boyut ortaya çıkmıştır. Bu boyutlar “fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, emniyet, erişilebilirlik, iletişim ve müşteriye anlamak” olarak adlandırılmıştır.

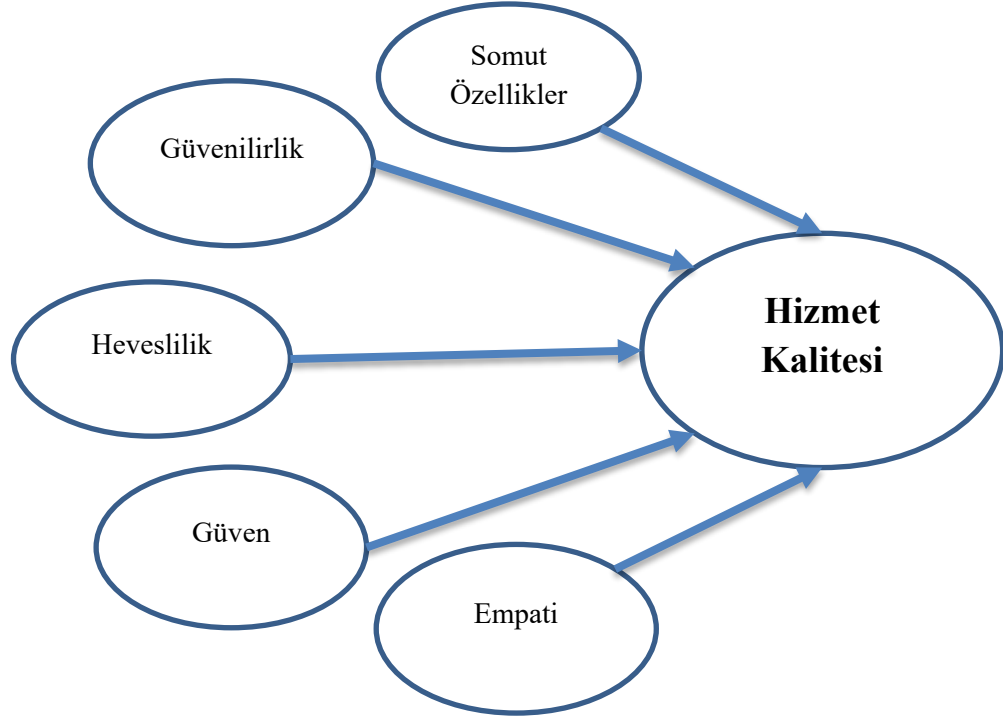
Parasuraman ve arkadaşları ilk çalışmalarında perakende sektörü için kullandıkları SERVQUAL adını verdikleri ölçüm modelini Kano modelinden faydalanarak neredeyse tüm hizmet sektörlerini kapsayacak şekilde geliştirmişlerdir. 1985’te ortaya çıkardıkları on boyutu 1988’de “Somut Özellikler (1-4 ifadeler), Güvenilirlik (5-9 ifadeler), Heveslilik (10-13 ifadeler), Güven (14-17 ifadeler) ve Empati (18-22 ifadeler)” adıyla beş boyuta indirgemişler fakat ölçekte bulunan ifade sayısı (22) değişmemiştir (Paul ve diğ., 2022).

1988’de beş boyuta indirilen model 1991 ve 1994’te de aynı şekilde uygulanmıştır (Parasuraman ve diğ., 1988, 1991, 1993, 1994). Şekil 3.7’de hizmet kalitesinin ölçümünde sıklıkla kullanılan SERVQUAL modeli ve boyutları gösterilmektedir. SERVQUAL modelinin somutluk, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olarak adlandırılmış olan boyutlarının açıklamaları şu şekilde ifade edilmektedir (Parasuraman ve diğ., 1988):

1. **Somut Özellikler:** Teknik ekipmanın görünümü, personel ve iletişim.
2. **Güvenilirlik:** Taahhüt edilmiş bir hizmetin güvenli ve doğru bir şekilde yerine getirilmesi.
3. **Heveslilik:** Müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet sunma isteği.
4. **Güven:** Çalışanların nezaketi, bilgisi ve müşteriye güven duygusu aşılması.
5. **Empati:** Müşteriye ilgi gösterilmesi ve müşteriye anlama.

SERVQUAL modeli takip eden yıllarda popülerliğini artırmıştır. Lastik perakendeciliği (Carman, 1990), turizm (Fick ve Ritchie, 1991; Saleh ve Ryan, 1991; Johns, 1993),

bankacılık (Newman, 2001; Kwon ve Lee, 1994) ve sağlık hizmetleri (O'Connor ve diğ, 2000; Babakuş ve Mangold, 1992) gibi pek çok sektörde uygulanmıştır.



Şekil 3.7. Hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL Modeli (Parasuraman ve diğ, 1988).

Uygulamada SERVQUAL modeline çeşitli eleştiriler ve katkılar yapılmıştır. Ramsaran–Fowdar (2007) otel sektöründe müşteri memnuniyetinin ölçümünde etkinliğini tartışmıştır. Cronin ve Taylor (1992) SERVQUAL modelinden SERVPERF modelini türetmiştir. Gerekçeleri ise ölçüm aracının uzunluğu, müşterilerin soruları cevaplarken kıyas yapmaları sırasında psikolojik bir baskı hissedebileceğidir. Douglas ve Connor (2003) modeli psikoloji, sosyal bilimler ve ekonomi alanlarında yetersiz olarak görmüştür. Akbaba (2006) ise modelin kullanışlı olduğunu fakat ifadelerin uygulanacağı kültüre ve sektöre göre “uyarlanmasını” önermektedir. Wong Ooi Mei ve diğ. (1999) HOLSERV adını verdikleri SERVQUAL modelinin otelcilik sektörüne uyarlanmış bir versiyonunu geliştirmiştir. Analiz sonucunda somutluk, personel ve güvenilirlik adıyla üç boyutta hizmet kalitesini ölçmüşlerdir.

Sağlık alanında yapılan çalışmalara bakıldığında Babakuş ve Mangold (1992) beş boyutta hastaların algıladıkları hizmet kalitesini ölçmüşlerdir. Oon (2006) hastanede uygulama yaptığı çalışmasında beş boyuta ek olarak “erişilebilirlik ve karşılanabilirlik”

adını verdiği iki boyut keşfetmiştir. Mostafa ise (2005) hastaların beklediği ve algıladığı kalite üzerine bir çalışma gerçekleştirmiştir. Cho ve diğ. (2004) gerçekleştirdikleri odak grup görüşmeleri sonucunda ölçekte bulunan madde sayısını 30'a çıkartmıştır. Yıldız ve Erdoğmuş ise (2004) leği 40 maddeye genişleterek hasta bakımı, yiyecek hizmetleri, oda temizliği, hasta kayıt gibi hastaların memnuniyet düzeylerini etkileyebilecek durumları ölçmüşlerdir.

Douglas ve Connor (2003) hizmet kalitesinin SERVQUAL analizi yoluyla ölçülmesini ölçeğin psikoloji, sosyal bilimler, ekonomi gibi çeşitli disiplinler açısından yetersizliği sebebiyle eleştirmektedir. Nadiri ve Hussain (2005) beklentilerin ise dinamik bir yapıda olduğunu, müşteri algılarında (ekonomi, sağlık, sosyal, psikolojik vb. etkilerle), tkretim seviyelerinde sürekli bir değişimin olacağını ifade etmektedir.

3.4. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tanımı

Terim olarak yaşam kalitesi ilk kez 1920 yılında bir ekonomi kitabında kullanıldığı düşünölmekle birlikte (Wood-Dauphinee, 1999) uygulamada çok daha eski tarihlere dayandırılmaktadır. Yaşamın amacı ve özünü algılamaya yönelik soruların sorulma süreci felsefi perspektiften Aristo ve Platon'a dayandırılabilir (Hagerty ve diğ, 2001). Fakat kavramın yaygın olarak tartışılması ve akademik camia tarafından benimsenmesi 1960'lara dayanmaktadır (Chan ve diğ, 2005). Bu tarihlerde ise yaşam kalitesi genellikle toplum refahını ölçebilmek amacıyla çeşitli sosyal göstergeler bağlamında incelenmiştir (Diener ve Suh, 1997). İlgili alanda yapılmış çalışmalarda GSYİH, hane halkı harcaması, ortalama yaşam süresi, okur yazarlık oranı, genel olarak hayattan keyif alma, işsizlik oranı gibi (Genç, 2011) eşitli göstergeler yaşam kalitesini açıklamak amacıyla kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi sosyoloji, psikoloji, ekonomi, sağlık vb. gibi çeşitli bilimler açısından araştırma alanı bulduğu için (Sapancalı, 2009) multidisipliner bir yaklaşımla açıklanmaya çalışılmaktadır (Da Rocha ve diğ, 2012). Aslında bu durum yaşam kalitesine verilen önemi göstermektedir. En genel tanımıyla bireysel veya toplumsal bağlamda yaşamın genel durumunu ifade eden bir kavram olarak aktarılan (Coşar, 2013) yaşam kalitesini tanımlamada (farklı bilim alanları tarafından araştırılması

sebebiyle) çok çeşitlilik ve belirsizlikler bulunmaktadır. Yüzlerce tanımının yapılmasına rağmen yaşam kalitesi günümüzde net bir şekilde formüle edilememektedir (Costanza ve diğ., 2007). Herkes için ortak bir yaşam kalitesi tanımı yapılırsa dahi yaşam kalitesi (objektif değerlendirmenin yanında subjektif değerlendirmeleri de kapsadığı için) kişilerin kendi yaşam öyküsüne ve kişisel özelliklerine göre değişkenlik gösterecektir (Barofsky, 2011).

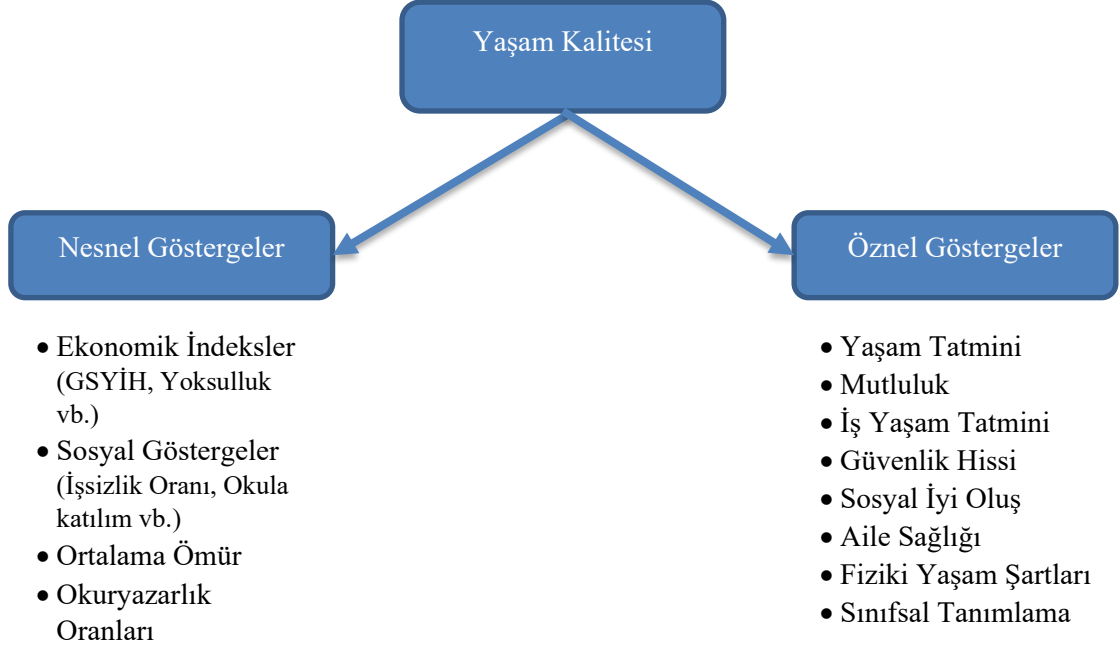
Çeşitli yaşam kalitesi tanımlamalarına bakıldığında yaşam kalitesinin bireyin hissettiği refah duygusu ve yaşamından aldığı mutluluk veya mutsuzluk (Campbell ve diğ., 1976), çevresel ve psikolojik süreçler (Wish, 1986), gelecekle ilgili beklenti, temel ihtiyaçların karşılanma süreci sonunda ulaşılan refah ve sağlık (Melson, 1980: akt. Yıldız, 2020) gibi çeşitli bakış açılarıyla açıklandığı görülmektedir. Meeberg (1993) yaşam kalitesini bireyin genel yaşam doyumunu ile ilgili hissi olarak açıklarken, Frisch (2000) bireyin ihtiyaçlarının, isteklerinin ve amaçlarının ne ölçüde karşılandığının bir subjektif değerlendirmesi olarak kabul etmektedir. Awad ve diğ. (1997) yaşam kalitesini anlamaya yönelik farklı yapılar ve değişkenlerin kullanımının farklı tanımlamalara yol açtığını ifade etmektedir.

3.4.1. Yaşam kalitesinin boyutları

Yaşam kalitesinin mikro boyut ve makro boyut olarak iki temel boyutta incelenebileceği varsayılmaktadır. Makro düzeyde yaşam kalitesinin fiziksel ve yapay çevre tarafından şekillendiği ifade edilebilir. Mikro düzeyde yaşam kalitesi ise bireyin algılarına dayanmaktadır. Aynı toplumda aynı şartlarda yaşayan iki birey yaşam kalitelerini farklı algılayabilir (Kırpalani, 1987). Bu açıdan makro düzeyde yaşam kalitesinin yüksek veya düşük olduğu ifadesi aslında toplum açısından yapılan bir genellemedir.

Karmaşık ve tarifi zor bir yapıya sahip yaşam kalitesi kavramını sosyal bilimciler öznel ve nesnel boyutta incelemektedir. Sirgy (2001) öznel yaşam kalitesini içinde sağlık, mutluluk ve yaşam tatmini vb. kavramları içeren bir çatı kavram olarak nitelendirmektedir. Şekil 3.8’de yaşam kalitesinin öznel ve nesnel göstergeleri bulunmaktadır. Öznel yaşam kalitesi çalışmalarının genellikle bireyin yaşamlarıyla ilgili deneyim ve algıları çerçevesinde incelenmektedir (Genç, 2011). Neal ve Gürsoy (2008) öznel yaşam

kalitesini bireyin genel yaşamlarına ilişkin algı ve memnuniyet düzeyi olarak ifade etmektedir.



Şekil 3.8. Yaşam kalitesinin nesnel ve öznel boyutları (Genç, 2011).

Nesnel yaşam kalitesini oluşturan boyutlar ise net bir şekilde ölçülebilmektedir. Nesnel yaşam kalitesini oluşturan etmenler sosyal, ekonomik ve genel sağlıkla ilgili çeşitli faktörlerden oluşmaktadır (Örneğin kişi başına düşen GYSİH, ortalama yaşam ömrü vb.) (Cummins, 2000). Nesnel yaşam kalitesi araştırmaları farklı demografik özellikler ve yaşam şartları bağlamında popüler hale gelmiştir fakat bu ölçümler insan faktörünü önemsemediği için çeşitli eleştiriler almıştır (Costanza ve diğ, 2007).

Avrupa İstatistik Ofisi (EUROSTAT) yaşam kalitesini açıklamada bir ülkenin sadece ekonomik göstergelerinin veya yaşam standartlarının yeterli olmayacağını, maddi özelliklerin ötesinde insanların hayatta değer verdikleri çok çeşitli faktörlerin bulunduğunu ifade etmektedir. Yaşam kalitesini potansiyel olarak etkileyebilecek faktörler iş ve sağlık durumundan sosyal ilişkilere, güvenlik ve yönetişime kadar uzanmaktadır. Bu amaçla EUROSTAT yaşam kalitesini etkileyen 8+1 faktörü ifade etmektedir (ec.europa.eu, 2023). EUROSTAT'ın yaşam kalitesini etkileyen faktörleri şekil 3.9'da gösterilmiştir. Buna göre bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen temel 8 faktör genel yaşam deneyimini etkilemektedir. Sağlık ise bu temel faktörlerden birisidir.



Şekil 3.9. EUROSTAT yaşam kalitesi boyutları (ec.europa.eu, 2023).

Şekil 3.9’da EUROSTAT’ın yaşam kalitesini açıklayan 8+1 faktörü gösterilmektedir. 8 temel faktör +1 olan “genel yaşam deneyimini” etkilemektedir. Genel yaşam deneyimi boyutu “yaşam kalitesi” veya “yaşam tatminini” ifade ve temsil etmektedir (ec.europa.eu, 2023).

3.4.2. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Bu araştırmanın konusu bağlamında yaşam kalitesi sağlık perspektifinden yani sağlıkla ilgili yaşam kalitesi özelinde ele alınacaktır. İnsan sağlığı tarih boyunca çeşitli olaylardan (savaş, hastalık- salgın hastalıklar, tıbbi yetersizlik vb.) etkilenmiştir ve etkilenmeye devam edecektir. Sadece yüz yıl önce (1900) insanın ortama yaşam süresi 31 yıl olarak ifade edilmektedir. Bu rakam ayrıca o zamana göre gelişmiş olan ülkelerin hepsinde 45-50 yılın altında olarak hesaplanmıştır (Prentice, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günümüzde ortalama yaşam süresinin 74 yıl olduğunu, 2030 yılına kadar ise bu sürenin 85 yılı aşacağını tahmin etmektedir (who.int, 2023). Hayatın her alanındaki ve özellikle sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda artan yaşam süresi

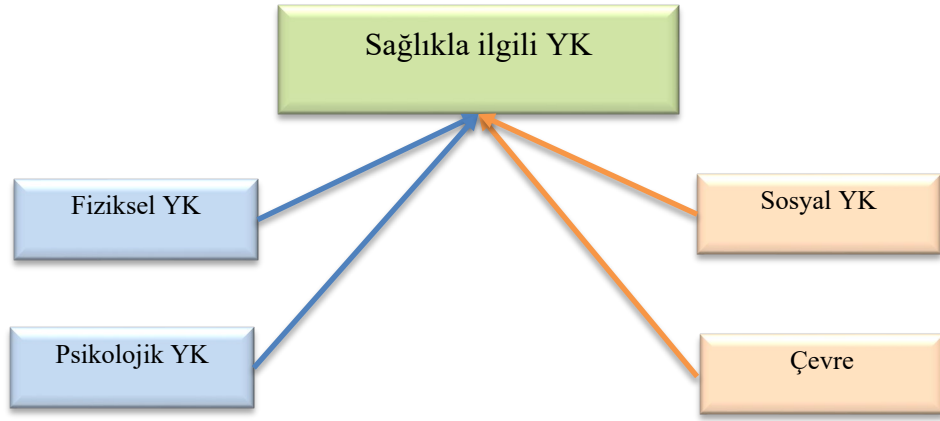
düşünüldüğünde “yaşam kalitesi” yirmi birinci yüzyılın temel amaçlarından biri haline gelmiştir (Clark, 2000).

Yıllar içerisinde insanlığın sağlığa bakışı da değişmiştir. Sağlık tanımlarında negatif tanımlamaların yerini günümüzde pozitif tanımlamalar (hastalık yerine sağlık) almaktadır. İkinci bölümde de bahsedildiği gibi sağlık günümüzde “*hastalık veya sakatlık durumlarının bulunmayışının ötesinde beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik*” olarak ifade edilmektedir. DSÖ sağlığı insanların yaşam kalitesinde bir ön koşul olarak kabul etmektedir (WHO, 1998).

DSÖ yaşam kalitesini “*Bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumunu algılaması*” olarak tanımlamaktadır. DSÖ yaşam kalitesini oluşturan fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel faktörler ve kişisel tutumdan oluşan 6 boyutu ifade etmektedir (Whoqol Group, 1996). DSÖ’nün yaptığı bu tanım uzun bir süre kabul edilen en yaygın tanım olmuştur. Fakat günümüzde yaşam kalitesine atfedilen değer değişmiştir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi “*bireyin sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlarında algıladığı iyilik hali ve hayatında ne kadar iyi işlev gördüğü*” şeklinde ifade edilmektedir (Whoqol Group, 1995; Hays ve Reeve, 2010; Köves ve diğ., 2017). Cai ve diğ. (2021) sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tanımında genel yaşam kalitesi kavramını da kullanarak tanıma şu şekilde açıklık getirmektedir: “*genel yaşam kalitesi çatı kavram olarak bireyin hayatını etkileyen çok boyutlu faktörlerden meydana gelmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin zihinsel, çevre, fiziksel ve sosyal gibi sağlık boyutlarıyla ilgilenir ve yaşam kalitesinin diğer boyutlarıyla ilgilenmez*”. Bu tanım bağlamında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi genel yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olarak algılanabilir (Yetim, 2018). Bu bağlamda DSÖ tanımlarından hareketle bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi içsel ve dışsal faktörlerden etkilenmektedir.

İçsel faktörler psikolojik ve fiziksel sağlık faktörleri iken dışsal faktörler ise sosyal ve çevre faktörleridir. Şekil 3.10’da sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin boyutları görülmektedir.



Şekil 3.10. Sağlıkla ilgili YK'nin içsel ve dışsal faktörleri (WHOQOL Group, 1995 ile Cai ve diğ, 2021'den faydalanılarak oluşturulmuştur.)

3.4.3. İyilik hali ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü

Sağlığı ölçmek için kullanılmış ölçeklerin geleneksel olarak bireyin fiziksel aktivitelerine, günlük işlerini yapabilmelerine odaklanmaktadır. Fakat sağlıkla ilgili yaşam kalitesi söz konusu olduğunda konuya daha geniş bir perspektiften bakmak bir zarurettir. Bowling (1997) sosyal iyilik halinin de sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde etkisi olduğunu savunmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde artık sadece fiziksel sağlık değil bireyin tam bir iyilik halini etkileyen çeşitli faktörlerin de olduğu ifade edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireysel algılardan oluşmakta ve nesnel bir şekilde ölçülmesi oldukça zorlaşmaktadır (Cai ve diğ, 2021). Yaşam kalitesinin çok fazla değişkenden meydana gelmesi ve kavramın kapsamının geniş olması sebebiyle yaşam kalitesini genel anlamda ölçmek ve raporlayabilmek mümkün değildir. Bu yüzden yaşam kalitesi genellikle yaşam ömrü veya ne kadar mutlu olduğu soruları bağlamında ölçülme eğilimindedir (Veenhoven, 2022). Bu yaklaşımlar çerçevesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünde genel sağlığın boyutlarının ele alındığı ve dünyaca kabul edilmiş WHOQOL araştırmaları aktarılacaktır.

3.4.3.1. WHOQOL Araştırmaları

DSÖ 1980'den beri yaşam kalitesi değerlendirme ölçme ve uluslararası tanımını yapma girişimleri içerisinde çeşitli çalışmalar gerçekleştirmiştir (Eser ve diğ, 1999). DSÖ'nün bu inisiyatifinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır.

Birinci sebep halihazırda bulunan sağlığı ölçmeye yarayan ölçeklerin yaşam kalitesini açıklamada yetersiz oluşudur. O güne dek sağlığı çeşitli açılardan ele alan:

Hastalıkların günlük aktivitelere ve bireyin davranışlarına etkisi (Hastalık Etkisi Profili, Bergner ve diğ, 1981),

- Algılanan sağlık ölçekleri (Nottingham Sağlık Profili, Hunt ve diğ, 1989),
- Engellilik / işlevsellik durumu ölçekleri (MOS SF-36, Ware, 1993) gibi çeşitli ölçümlerin yaşam kalitesini açıklamamakta ve sağlığı eksik ölçmektedir (DSÖ, 1998).

İkinci sebep, bireyin sağlık durumunu ölçen ölçeklerin Kuzey Amerika ve Birleşik Krallık tarafından geliştirilmesi, bu ölçeklerin farklı toplumlar üzerinde uygulanmasının ise zaman alıcı bir uğraştan öteye gitmemesi ve tatmin edici sonuçlar üretilmemesidir (Sartorius ve Kuyken, 1994; Kuyken ve diğ, 1994; DSÖ, 1998).

Üçüncü sebep ise giderek mekanikleşen tıp modelinin sadece hastalıkların ortadan kaldırılması ile ilgilenmesidir. Bu durum sağlıkta insan unsurunun da sağlık sürecinin bir parçası olarak tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmeti hastanın iyiliğinin birincil amaç olduğu insani bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin nihayetinde ise yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda DSÖ sağlık tanımında olduğu gibi sağlığı bütüncül bir bakışla ele almakta ve uluslararası geçerliği olan, karşılaştırma yapılabilmesine müsaade eden bir yaşam kalitesi ölçümü arayışına girmiştir (DSÖ, 1998).

Bu üç temel sebeple DSÖ (1998), sağlık tanımına uygun olarak yeni ve uluslararası geçerliği olan bir ölçek geliştirme çalışması başlatmıştır. Bu bağlamda WHOQOL-100 ve kısa formu olan WHOQOL- BREF adlı iki ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekler tıp dünyasında kabul görmüş ve doktor-hasta ilişkilerini de geliştirmiştir. Hastalığa uygulanacak protokolda insan unsurunun da sağlık tedavi hizmetlerine dahil edilmesi sağlanmıştır (Eser ve diğ, 1999).

3.4.3.2. WHOQOL – BREF

WHOQOL- BREF genel yaşam kalitesi ve sağlığı anlamada bireyin iyilik halini ölçmektedir. DSÖ tarafından oluşturulan WHOQOL-100'ün kısaltılmış bir

versiyonudur. WHOQOL-100, altı adet boyutta (*fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel faktörler ve kişisel tutum*) yüz adet ifadeden meydana gelen bir ölçüm aracıdır. WHOQOL- BREF ise WHOQOL-100'ün kısaltılmış versiyonudur. Bireyin iyilik halini dört boyutta (Fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre) ölçen 24 ifadeden, 2 adet genel yaşam kalitesi ve sağlık ifadeleriyle bünyesinde toplamda 26 adet ifade barındırmaktadır. İki ölçeğin de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları hem DSÖ (15 ülkede pilot çalışma yaparak) hem de ulusal ve uluslararası alanda araştırmacılar tarafından ilgiyle gerçekleştirilmiştir (Whoqol Group, 1994,1995; DSÖ, 1998; Eser ve diğ, 1999; O'Caroll ve diğ, 2000; Saxena ve diğ, 2001; Fleck ve diğ, 2000; Yao ve diğ, 2002; Skevington ve diğ, 2004; Shayan ve diğ, 2020). WHOQOL- BREF Türkiye çalışmalarında Türkiye'ye özel bir ifade ekleyerek çevre alanına ek olarak sosyal baskıyı da eklemiştir (bireyin çevresindeki insanlardan baskı altında olup olmadığı) (Avcı ve Kayıhan, 2004).

Bireyin sağlığını veya iyilik halini ortaya koyan dört boyut (DSÖ, 1998) şu şekilde ifade edilmektedir:

- 1. Fiziksel Sağlık:** Fiziksel sağlık bireyin günlük işlerini yürütüp yürütemediğini, ilaç ya da tedaviye bağımlı olup olmadığını, fiziksel anlamda canlılık ya da bitkinlik (yorgunluk) durumunu, hareketlilik, ağrı ya da rahatsızlık durumunu, uyku ve dinlenme durumunu ve iş görebilme durumlarını ifade etmektedir. Sağlık bütüncül bir kavram olsa da fiziksel sağlık bireyin sağlığının oluşmasında veya ifadesinde temel yapıtaşdır.
- 2. Psikolojik Sağlık:** Bireyin bedeniyle barışıklığı ve dış görünüşü, olumlu ve olumsuz duyguları, öz saygısı, maneviyat ve inanç, bireysel inançlar, düşünme, öğrenme, hafıza ve dikkatini toplayabilme gibi çeşitli faktörün toplamını ifade etmektedir.
- 3. Sosyal İlişkiler:** Bireyin sosyal alanında diğer insanlarla ilişkileri, sosyal destek ve cinsel yaşamlarını kapsamaktadır.
- 4. Çevre:** Maddi imkanlar, güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetlerine ulaşım, ulaşılabilirlik, ev ortamı, yeni bilgilere ulaşabilme fırsatı, dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme fırsatları ve bu aktivitelere katılabilmenin yanında fiziksel çevre unsurları (gürültü, iklim, trafik) ve ulaşımı kapsayan alandır.

Günümüzde 78 dile çevrilmiş orijinal formlara DSÖ'nün resmî web sitesinden ulaşmak mümkündür (who.int). Yukarıda açıklanan dört boyut birbiriyle yakından ilişkilidir ve hepsi bir arada kişinin yaşam kalitesini belirlemektedir. Fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık boyutları fiziksel YK ve psikolojik YK olarak da ifade edilmektedir (Lončarić ve diğ., 2015; Quintela ve diğ., 2016, who.int). Şekil 3.10'da gösterildiği gibi psikolojik ve fiziksel YK bireyin sağlık durumunun içsel faktörleri olarak ifade edilirken, sosyal ve çevre YK boyutları bireyin sağlık durumunun dışsal faktörleridir. Sağlık turizminden hizmet alan bireylerin hizmet memnuniyetinde içsel faktörlerden ne kadar etkilendiğini ve bu faktörleri memnuniyetin ne kadar etkilediğini belirleyebilmek amacıyla araştırmada şu hipotez geliştirilmiştir:

H9: Fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinde sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin aracılık rolü vardır.

3.4.3. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağlık turizmi

Turizmin insanların yaşam kalitesini çeşitli yönlerden etkilediği bir gerçektir. Örneğin bir turist turizm aktivitelerine katılarak boş zaman etkinliğinde bulunacak ve yaşam kalitesi çeşitli açılardan etkilenecektir. Bu genelde olumlu bir etkidir. Turizm aynı zamanda turistik destinasyonda yaşayan insanların da yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bu etki her zaman olumlu neticelenmez, turizm yerel halkın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere de sahip olabilir. Örneğin taşıma kapasitesinin dolduğu bir destinasyonda insanların yaşam kalitesi (trafik, kalabalık, gürültü kirliliği, bölgesel / mevsimsel enflasyon vb.) olumsuz etkilenebilir. Ya da bir turizm bölgesi gelişerek yeni yatırımlar sayesinde yerel halk turizmde istihdam edilebilir, turistlere çeşitli ürünler satarak gelirlerini artırabilir. Ya da makro açıdan ülkeye döviz girdisi ve vergiler ülke vatandaşlarına hizmet olarak dönebilir. Bu bağlamda turizm olayı insanların (turist veya yerel halk) hayatlarını ekonomik, sosyo-kültürel ve çevre anlamında etkilemektedir (Andereck ve Nyaupane, 2011; Nunkoo ve Smith, 2013; Sharpley, 2014; Uysal ve diğ., 2016).

Sosyal bilimciler yaşam kalitesini açıklamada aşağıdan yukarı yayılma teorisini (bottom-up spillover theory) benimsemiştir (Diener, 1984; Diener ve diğ., 1999; Sirgy, 2002; Sirgy ve Lee, 2006). Aşağıdan yukarı yayılma teorisinin temellendirildiği yaşam

kalitesi araştırmalarında genellikle kişinin yaşam doyumunun alt kategorilerindeki (eğence hayatı, iş hayatı, sosyal yaşam gibi) memnuniyetin kişinin bütün yaşam memnuniyetini etkilediği varsayımı öne çıkmaktadır (Sirgy ve diğ, 2010). Bu ölümlerde de Diener ve diğ. (1985) geliştirmiş oldukları yaşam memnuniyeti lği genel olarak kabul görmektedir. Bu lkte “birçok açıdan hayatım idealimdeki ile aynı”, “hayatımdan memnunum”, “hayatımı baştan yaşasam hiçbir şeyi değiştirmezdim” gibi ifadeler bulunmaktadır.

Turizm ve yaşam kalitesi araştırmalarında turistlerin yaşam kalitesini araştıran çeşitli çalışmalarda genel yaşam doyumunu çeşitli ifadelerle llmeye çalışılmıştır. Bu ifadelerden bazıları şu şekildedir: “yaşam memnuniyetim seyahatimin hemen sonrasında arttı”, “seyahatimin hemen sonrasında hayatımla ilgili olumlu düşüncelere sahibim”, “seyahatimin hemen sonrasında anlamlı ve tatmin edici bir hayat yaşadığımı hissettim” (Andrews ve Withey, 1976; Campbell ve diğ, 1976; Neal ve diğ, 2007; Sirgy ve diğ, 2011).

Turizm ve yaşam kalitesi araştırmalarının diğer popüler alanı ise yerel halkın yaşam kalitesidir. Turizm sadece yerel halkın turizme yönelik bakış açılarını etkilememektedir, aynı zamanda yerel halkın yaşam kalitesinde de önemli etkilere sahiptir (Liburd ve diğ, 2011; Uysal ve diğ, 2016). Turizm gelişimiyle ekonomik, sosyal ve kültürel boyutlar aracılığı ile yerel halkın yaşam kalitesinin de artırılması söz konusudur (Aref, 2011; Lipovan ve diğ, 2014; Moscardo, 2011).

Literatüre bakıldığında yaşam kalitesi kavramının yerine “yaşam tatmini” ve “iyilik hali” gibi kavramların da yoğun olarak kullanılmasına rağmen (Cini ve diğ, 2013; Konu ve diğ, 2010; Sirgy ve diğ, 2011; Neal ve diğ, 2007) bu kavramların eş anlamlı olmadığı bir gerçektir (Lonari ve diğ, 2018). Yaşam tatmini veya doyumunu bir kişinin genel yaşam kalitesini bir bütün olarak olumlu olarak değerlendirme derecesini ifade etmektedir (Veenhoven, 1996). Yaşam tatmini ve iyilik halleri bireyin genel yaşam kalitesini anlamaya yönelik ifadeler olup yaşam kalitesini açıklamaya çalışan çok boyutlu ifadelerden yalnızca bir kaçıdır.

İnsanlar yaşamları boyunca toplumda ve aile hayatlarında değişik roller üstlenmektedir. Bu doğrultuda yaşamları da çok fazla değişkene bağlı olarak etkilenmektedir. İlgili

literatürde önceki çalışmalarda insanların yaşam kalitelerinin çok fazla boyuttan etkilendiği (ekonomik, psikolojik, sosyal, çevre, toplum, boş zaman yönetimi, eğitim, fiziki yaşam koşulları, siyaset gibi) ifade edilmektedir (Andrews ve Withey 1976; Campbell ve diğ, 1976; Cummins, 2000; ec.europa.eu, 2023; Genç, 2011). Bu boyutlar birbirleriyle ilişkili ve insanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan faktörlerdir. Tüm boyutların içinde aynı anda yer alan ve eksikliğinde neredeyse tüm boyutları da çok fazla etkileyen, yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetinin temel belirleyicilerinden biri sağlık boyutudur (Lončarić ve diğ, 2015). Michalos ve diğ. (2000) gerçekleştirdikleri çalışmada araştırmaya katılanların %53'ünün "yaşam kalitelerini" ve "yaşam memnuniyetlerini" en çok etkileyen unsur konusunda verdikleri cevapların sağlık ve sağlık bakımı olduğunu ifade etmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde yapılmış benzer bir çalışmada ise yaşam kalitesi dendiğinde, yaşam kalitesinin boyutlarında insanlar tarafından birinci öncelik sağlık olarak ifade edilmiştir (Alber ve diğ, 2007). Sirgy (2001) sağlık boyutunun hastalıklar, sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet, fiziksel iyilik hali, sağlık bakımı gibi çeşitli etkileyicileri olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık sadece hastalık olmaması durumu değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu bütüncül bakış açısı sağlık turizminde koruyucu veya tedavi edici hizmet arayan turistleri, hastalık tedavisinin yanında sağlığın diğer boyutlarını da sunan ürün arayışına itmektir (Chen ve Prebensen, 2009). Bu durumun doğal sonucu olarak sağlık turizmi bireylerin yaşam kalitesini artıran bir boyut taşımaktadır (Quintela ve diğ, 2016). Genç (2011) medikal turistlerin yaşam kalitesi, hastalık oranı, sağlık durumu ve uzun vadede medikal turizmin etkinliğinin araştırılması gerektiğini ifade etmektedir. Fakat sağlık turizmi literatüründe müşteri davranışı, memnuniyet ve hizmet kalitesi algıları konusunda çok az çalışma bulunmaktadır (Lertwannawit ve Gulid, 2011). Bunun yanında doğası gereği insanların yaşam kalitesine de doğrudan etki eden sağlık turizminde memnuniyet ve yaşam kalitesi konusunda ilgili literatürde boşluk bulunmaktadır (Lončarić ve diğ, 2015).

Bu bağlamda araştırmanın konusunun sağlık turizmi olması, sağlık turizmine katılan bireylerin temel motivasyonlarının sağlıkla ilgili olması (sağlığı koruyucu termal turizm veya sağlığa kavuşmak amacıyla tıbbi turizm gibi), sağlık turistlerinin yaşam kalitesinin

sağlık boyutuyla incelenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Sadece sosyal bilimler bağlamında sağlık turizmine katılan bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini ve öznel iyi oluşlarını değerlendirmek araştırmanın kapsamını daraltabileceğinden bu çalışmada multidisipliner bir yaklaşımla sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin araştırılması tercih edilmiştir. Araştırmada kurulan hipotezler hem turizm bilimi hem de sağlık bilimi çerçevesinden ele alınarak ve literatüre dayandırılarak geliştirilmiştir.

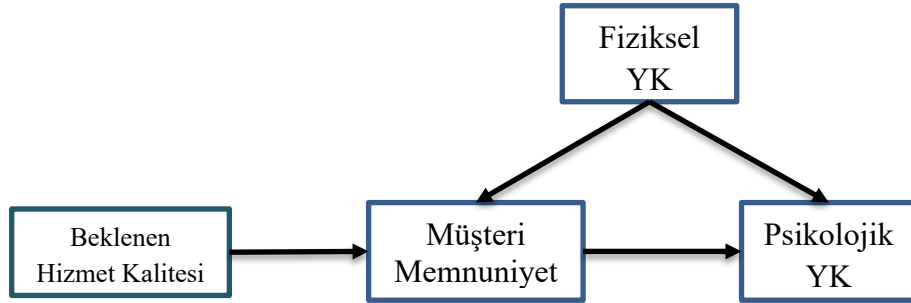


BÖLÜM 4. YÖNTEM VE ALAN ARAŞTIRMASI

4.1.Araştırmanın Modeli

Araştırmacıların problemi çözmek amacıyla izleyeceği yol bağlamında uygulanacak tekniklerin belirlenmesi değişkenler arasındaki ilişkileri daha anlaşılır hale getirmektedir. Bu durum verilerin çözümlenmesini de kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla araştırmada kullanılacak modele karar verilmiştir.

Sağlık turizminden beklenen hizmet kalitesinin memnuniyete etkisini, fiziksel YK'nin memnuniyete etkisini, fiziksel YK'nin psikolojik YK'ye etkisini ve fiziksel YK'nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolünü tespit etmek amacıyla tasarlanan araştırma modeli şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Araştırmanın modeli

4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Araştırma soruları ve kurulan hipotezler sonucunda araştırmada nicel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Araştırma tasarım anlamında keşifsel bir araştırmadır. Keşifsel araştırmanın üç amacı bulunmaktadır (Earl, 2004):

1. Amaç: Araştırmacının konuyla ilgili merakının giderilerek ön araştırma yapılması,
2. Amaç: Araştırılan konunun kapsamlı çalışmalar yapmaya elverişliliğinin saptanması,

3. Amaç: Daha sonra yapılacak araştırmalar için veri toplama aracı geliştirilmesi.

Araştırmada birincil veri toplamak amacıyla anket tekniği uygulanmıştır. Anket formu ilgili literatür taranması sonucunda oluşturulmuştur. Araştırma konusu olan sağlık turistlerini termal ve tıbbi turizme katılan bireyler oluşturduğu için anket formu termal tesisler ve tıbbi tesisler (hastaneler) için ayrı ayrı düzenlenmiştir.

Uygulanan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık turistlerinin yaşam kalitelerine yönelik 15 ifade yer almaktadır. İkinci bölümde sağlık turistlerinin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini ölçen 4 ifade ve son bölümde sağlık turistlerinin sağlık hizmetlerinden beklentilerine yönelik 22 ifade yer almaktadır. Beşinci bölümde ise katılımcıların demografik özelliklerine yönelik (cinsiyet, yaş, medeni hal, uyruk, gelir, eğitim durumu) sorulara yer verilmiştir. Tablo 4.1.'de ankette yer alan her bölüm için yararlanılan ölçekler ve bu ölçeklerde kullanılan ifadeler bulunmaktadır.

Tablo 4.1.'de termal tesislerden hizmet alan sağlık turistlerine yönelik oluşturulan anket planı gösterilmektedir. Tıbbi turistler için sorular uyarlanmıştır (tesis/hastane, müşteri/hasta gibi). WHOQOL-BREF ölçeğinin Türkçe versiyonunda 27. madde çevre baskısı olarak ulusal araştırmalarda kullanıldığı ve araştırma hem Türk hem de uluslararası sağlık turistleri kapsadığı için anket formundan çıkarılmıştır. WHOQOL-BREF ölçeği 26 soru içerisinde sosyal ilişkiler ve çevreye ait yaşam kalitesini etkileyen faktörleri de barındıran çok boyutlu bir ölçektir. Çalışmanın kapsamı sağlık turizmi ve yaşam kalitesi olduğu için sadece WHOQOL-BREF ölçeğinin psikolojik ve fiziksel YK boyutlarından yararlanılmıştır.

Anket formu 5'li likert tipi ölçüm yoluyla her bir ifade "1= en düşük - 5= en yüksek" olarak kodlanmıştır. WHOQOL- BREF ölçeğinin 3., 4. ve 26. maddeleri negatif yön belirtmemesine rağmen ters anlamlı olduğu düşünölmüştür. Yani bu maddelere verilen puanın artması aslında iyilik halini azaltmaktadır. DSÖ'nün paylaştığı verilerde ölçeğin 3-4 ve 26 (Türkiye araştırmaları için geliştirilen 27. maddesi dahil) ters kodlanmaktadır. Sağlık araştırmalarında her bir ifadeye ait değer toplanmakta ve ters kodlu ifadelerin toplam değerinden çıkarılmaktadır. Elde edilen puan 100'lük sisteme uyarlanmaktadır (who.int, 2023).

Tablo 4.1. Anket planı

Değişkenler	Referanslar	İfadeler
Yaşam Kalitesi Değişkenleri	WHOQOL-BREF (who.int, 2023)	Yaşam Kalitesi ve Sağlık (1-2)
		<ul style="list-style-type: none"> Yaşam kalitenizi ne ölçüde iyi buluyorsunuz? Sağlığınızdan ne ölçüde hoşnutsunuz?
Memnuniyet	Chi ve Gürsoy, Oliver, 1999	Fiziksel Sağlık (3-4-10-15-16-17-18)
		<ul style="list-style-type: none"> Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır? Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
Beklenen Hizmet Kalitesi	Parasuraman ve diğ, 1985	Psikolojik Sağlık (5-6-7-11-19-26)
		<ul style="list-style-type: none"> Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz? Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız? Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?
		Somut Özellikler (1-2-3-4)
		<ul style="list-style-type: none"> Kaldığım Tesisten çok memnunum. Kaldığım Tesisin sunduğu hizmetlerden oldukça keyif aldım. Kaldığım Tesis beklentilerimin çok üstünde hizmet sundu. Kaldığım Tesis çevre me tavsiye edeceğim.
		Güvenilirlik (5-6-7-8-9)
		<ul style="list-style-type: none"> Tesis modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır. Tesisin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır. Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır. Tesiste kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.
		Heveslilik (10-11-12-13)
		<ul style="list-style-type: none"> Tesis, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir. Tesis çalışanları, müşterilerin bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir. Tesiste müşterilere uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır. Tesis, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir. Tesiste müşterilere ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.
		Güven (14-15-16-17)
		<ul style="list-style-type: none"> Müşterilere, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir. Tesis çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir. Tesis çalışanları her zaman müşteriye yardım etmeye istekli olmalıdır. Tesis çalışanları meşgul dahi olsalar müşterilerin isteklerine cevap verebilmelidir.
		Empati (18-19-20-21-22)
		<ul style="list-style-type: none"> Tesis çalışanları, davranışlarıyla müşterilere güven vermelidir. Müşteriler, Tesis personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir. Tesis çalışanları müşterilere karşı kibar olmalıdır. Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.
		Empati (18-19-20-21-22)
		<ul style="list-style-type: none"> Tesiste ihtiyaçları doğrultusunda müşterilere bireysel ilgi gösterilmelidir. Tesis çalışanları, müşterilere kendini özel hissettirmelidir. Tesis çalışanları, müşterilerin menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır. Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır. Tesisin çalışma saatleri müşteriler için uygun zaman diliminde olmalıdır.

Anket formu oluşturulduktan sonra her bir ölçek için çeviri – ters çeviri yapılmıştır. Sağlık iyiliği ve yaşam kalitesini ölçen WHOQOL – BREF ölçeğinin orijinal Arapça ve İngilizce çevirileri kullanılmıştır. Beklenen kalite ölçeği ve memnuniyet ölçeği önce Türkçeye sonra İngilizceye çevrilmiş ve önceki çalışmalarla kıyaslanmıştır. Aynı işlem Arapça dili için konusunda uzman 2 adet çevirmen tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Anketin son haline karar verildikten sonra beş adet uzman görüşü alınarak anket onaylanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formları Ek 1’de gösterilmiştir.

4.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmada ölçüm aracına karar verildikten sonraki aşamada araştırma evreninin tanımlanması ve örneklem çerçevesinin belirlenmesine karar verilmiştir. Araştırmanın evrenini Türkiye’de sağlık turizmi işletmelerinden hizmet alan turistler oluşturmaktadır. Türkiye’de sağlık turizmi işletmeleri tıbbi turizm işletmeleri ve termal turizm işletmeleri olmak üzere ayrılmaktadır.

Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almış 2.123 tıbbi tesis bulunmaktadır (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2023). Bu tesislerin 979 adedi ise İstanbul’da bulunmaktadır. İstanbul’da bulunan çeşitli tıbbi tesislerle yapılan görüşmeler neticesinde bazı tesislerin henüz uluslararası sağlık turisti ağırlamadığı tespit edilmiştir. USHAŞ ve TÜİK verilerine göre 2022 yılında ülkeye giriş yapan medikal turist sayısı 1.258.352’dir (USHAŞ, 2023). Uluslararası tıbbi turistlerin destinasyon seçiminde önemli bir kriter olan JCI akreditasyonuna (Peters ve Sauer, 2011; Woodhead, 2013; Shukla ve diğ., 2019) bakıldığında ülkede 34 adet JCI akreditasyonuna sahip hastane bulunmaktadır (Jointcomissioninternational.org, 2023). JCI akreditasyonuna sahip hastanelerin büyük çoğunluğu (22) İstanbul’dadır. İstanbul’da bulunan bu hastanelerden hizmet alan medikal turistler araştırmanın medikal turizm açısından örneklem çerçevesini oluşturmaktadır.

Termal turizm bağlamında ise Türkiye’de termal turizm ve içme suyu olarak kullanılan 229 şifalı kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklarda toplam 205 adet tesis bulunmakta ve yılda bu tesislerden toplamda 10 milyon turist yararlanmaktadır. Bu sayının 300 bini yabancı turistlerden oluşmaktadır (Şengül ve Bulut, 2019). Türkiye’de bulunan termal kaynakların yarısından fazlası Ege (81) ve Marmara (53) bölgelerinde yer almaktadır

(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; kaplica.saglik.gov.tr, 2023). Ülkede bulunan belgeli termal tesislerin (yatırım, işletme ve belediye) dağılımına bakıldığında ise tesis türlerinin termal otel ve kaplıca olarak dağıldığı ifade edilebilir (Kültür ve Turizm Bakanlığı). Tesislerin şehir dağılımına bakıldığında ise Afyon (26), Bursa (21), Balıkesir (17), Yalova (15), Sakarya (8) illerinin ön planda olduğu ifade edilebilir (kaplica.saglik.gov.tr, 2023). Adı geçen illerde bulunan termal tesislerden hizmet alan turistler araştırmanın termal turizm açısından örneklem çerçevesini oluşturmaktadır.

Çalışmada tesadüfi olmayan örnekleme tekniklerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örneklemede “örnek kapsamına verilerin en kolay toplanabileceği bireylerin alınması” amaçlamaktadır (Kurtuluş, 2010:63). Araştırma kapsamında veri elde edilmek istenen örneklem çerçevesi geniş tutulduğu için örneklem büyüklüğü ile ilgili bir hedef belirlenmemiştir. İhtiyaç duyulan örneklem büyüklüğü ile ilgili literatürde çeşitli ifadeler bulunmaktadır (evrenin büyük olduğu çalışmalarda asgari 384 sayısı: Altunışık ve diğ., 2007).

Araştırmada yapılması planlanan istatistiksel analizler için çeşitli araştırmacılar örneklem büyüklüğünün en az 200 ve/veya ifade sayısının 5 ile 10 katı arasında ve bu oranların 2:1 olması gerektiğini ifade etmektedirler (Büyüköztürk, 2002; Child, 2006; Kline, 2014; Akbulut ve Çapık, 2022). Bu bağlamda araştırmada bulunan 41 ifade bağlamında 520 adet anketin üzerine çıkılması hedeflenmiştir.

4.4. Pilot Çalışma

Araştırma sürecinde tez izleme komitesi onayı ve uzman görüşleriyle son hali verilen anket formunda açık olmayan ya da hatalı soruların bulunup bulunmadığını belirleyebilmek ve ölçeklerin değerlendirilebilmesi amacıyla komite ve danışman önerisiyle ön test yapılmıştır.

Pilot çalışma için veriler Kasım 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında Balıkesir ilinde bulunan 2 adet termal tesisten yüz yüze ve bırak topla yöntemiyle toplanmıştır. Bu tarihler arasında 97 adet anket toplanmıştır. Toplanan verilere öncelikle güvenilirlik analizi (Cr. Alfa) gerçekleştirilmiştir. Tablo 4.2’de araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları görülmektedir.

Tablo 4.2. Güvenilirlik katsayıları

Ölçek	İfade Sayısı	Cr. Alfa Katsayısı
Yaşam Kalitesi	15	0,901
Beklenen Hizmet Kalitesi	22	0,932
Memnuniyet	4	0,927

Can (2014) alfa katsayısının 0,9'dan büyük olduğu durumda ölçek güvenilirliğini “yüksek derecede güvenilir” olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda pilot çalışma amacına ulaşmıştır.

Veri toplama sürecine geçilmeden önce verilere eksik veri analizi yapılmıştır. Schafer (1999) %5 kayıp verinin kabul edilebilir olduğunu ifade etmektedir. Bennett (2001) ise kayıp verinin %10'dan fazla olmasının problemli olabileceğini ifade etmektedir. Araştırma kapsamında olmasa da merak edildiği için sağlıkla ilgili YK'nın sosyal YK boyutu da incelenmek istemiştir. Yapılan analiz sonucunda yaşam kalitesi ölçeğinin 21. sorusu (sosyal YK ifadesi) olan “cinsel yaşamdan memnuniyet” ifadesinde %30'dan fazla eksik veri olduğu tespit edilmiştir. Pilot çalışma çerçevesinde 97 katılımcının 90'ının Türk vatandaşı olmasının bu eksiklikte rol oynadığı düşünülmüş (toplumdaki bireylerin bu tarz soruları içtenlikle cevaplamak istemeyebileceği varsayımı) fakat yaşam kalitesi ölçeğinin çeşitli ülkelerde uygulandığı önceki çalışmalarda da bireylerin “cinsel yaşam” sorusunu cevapsız bırakabilecekleri görülmüştür (Naumann ve Bryne 2004; Panayiotou, 2016). Bu bağlamda yaşam kalitesinin 20, 21 ve 22 numaralı soruları (sosyal YK) anketten çıkartılmış ve veri toplama sürecine geçilmiştir.

4.5. Veri Toplama Süreci

Araştırmada iki farklı zaman aralığında veri toplama gerçekleşmiştir. Birinci veri toplama zamanı Nisan 2022 – Eylül 2022 tarihleri arasında termal tesislerdeki sağlık turistlerinden elde etme sürecini kapsamaktadır. Bu süreçte Balıkesir, Afyon ve Sakarya illerindeki termal tesislerden yüz yüze ve bırak topla yöntemi ile 286 adet anket toplanmıştır.

İkinci veri toplama zamanında, Aralık 2022- Mart 2023 tarihleri arasında ise İstanbul'da bulunan medikal turizm işletmelerinde (hastaneler) hizmet alan sağlık turistlerinden

anketörler aracılığı ile yüz yüze 356 adet anket toplanmıştır. Toplamda 642 adet anket elde edilmiş ve ön kontroller yapılarak 12 adet anket eksik / hatalı doldurulması sebebiyle araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmada analizler 630 anketten elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir.

4.6. Verilerin Analizi

Nicel araştırma olarak tasarlanmış bu çalışmada analizler SPSS ve SPSS programı için geliştirilmiş PROCESS makrosu vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapı geçerliğinin ölçülebilmesi amacıyla açıklayıcı faktör analizi, gruplar arasındaki farklılıkların ölçülebilmesi amacıyla t-testi, ölçek boyutları arasındaki ilişkilerin ve yönlerinin belirlenebilmesi amacıyla korelasyon analizi, boyutlar arası etkileşimin belirlenebilmesi amacıyla basit doğrusal ve çoklu doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır. Son olarak aracılık etkisinin ölçümü için Hayes'in (2017) SPSS programı için geliştirmiş olduğu "PROCESS modeli" analizinden yararlanılmıştır.

4.6.1. Verilerin temizlenmesi

SPSS programına veri seti aktarılmıştır. Veri seti aktarımında kullanıcı hatasından kaynaklanabilecek uç değerlerle karşılaşmamak adına (Aktürk ve Acemoğlu, 2011) veriler iki kişi tarafından ayrı ayrı girilmiş ve karşılaştırması yapılarak hatalar ayıklanmıştır. Daha sonra veri setine kayıp veri analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda kayıp verinin %5'in altında olduğu saptanmıştır.

Kayıp veri analizi gerçekleştirildikten sonra araştırmada yapılması planlanan testlerin (parametrik veya non-parametrik) uygulanabilirliği anlamındaki ön koşul olan verilerin normallik durumuna bakılmıştır. Bilimsel araştırmalarda yaygın olarak kabul görmüş çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır.

Anket formunda yer alan ifadelerin çarpıklık ve basıklık değeri -0,5 ile +0,8 arasında (iki ifade haricinde) değiştiği görülmüştür. Ayrıca gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda elde edilen boyutlarda ve farklılık analizlerinde verilerin gruplar bazında da normal dağılım sergilediği tespit edilmiştir.

4.6.2. Güvenilirlik analizi

Bir ölçeğin ölçülmesi planlanan olguyu tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme düzeyine (Peter, 1979) güvenilirlik denilmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini ölçebilmek amacıyla Cronbach Alfa katsayılarına bakılmıştır.

Tablo 4.3. Güvenilirlik katsayıları

Ölçek	İfade Sayısı	Cr. Alfa Katsayısı
Yaşam Kalitesi	15	0,875
Beklenen Hizmet Kalitesi	22	0,938
Memnuniyet	4	0,905

İlgili ölçeklerin alfa katsayılarına bakıldığında alfa katsayıları güvenilir (Can, 2014) kabul edilebilir. 4.4, 4.5 ve 4.6 adlı faktör analizi sonuç tablolarında her ölçeğin alt boyutlarının alfa katsayıları da verilmiştir. Bu anlamda ölçeklerin güvenilirlik koşulunu sağladığı ifade edilebilir.

4.6.3. Geçerlilik Analizi

Geçerlilik ise bir ölçeğin bir olguyu ölçme düzeyi olarak tanımlanabilir (Altunışık ve diğ, 2007). Ölçekte bulunan ifadelerin ölçülmesi planlanan olgunun açıklanma düzeyine katkısı, araştırmaya katılan bireyleri yönlendirme durumu ve araştırmaya katılan tüm bireyler tarafından yakın şekilde algılanması geçerliliği meydana getirmektedir (İslamoğlu, ve Alnıaçık 2009). Çalışmada kullanılan ölçeklerin uluslararası yazında kabul görmüş olması ve bu ölçeklerle yüzlerce çalışma yapılmış olması geçerliğin sağlanmış olduğu varsayımını güçlendirmektedir. Çalışmada yapı geçerliğinin test edilebilmesi amacıyla faktör analizinden yararlanılmıştır.

Araştırmada kullanılan üç ölçek için ayrı ayrı açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bir ölçeğin açıklayıcı faktör analizine tabi tutulması amacıyla ön koşul olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluğu değeri ve Barlett Küresellik Testi katsayılarına bakılmıştır. İlgili ölçeklerin değerleri ilgili tablonun sonunda gösterilmiştir. KMO ve Barlett Küresellik Testi sonuçlarının istatistiki ifadelerinin yorumlanmasında KMO değerinin %70'in üzerinde, Barlett değerinin ise

$p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olması ölçeğin faktör analizine uygunluğunu ifade etmektedir (Altunışık ve diğ., 2007).

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasında “temel bileşenler analizi” çıkarım yöntemi kullanılmıştır. Rotasyon tekniği seçiminde ise “boyutlar arasında potansiyel ilişkiler bulunduğu varsayımına dayanarak” eğik (oblique) döndürme tekniklerinden “Direct Oblimin” tercih edilmiştir. Döndürme teknikleri arasından (Direct Oblimin, Promax) seçim yapılırken örneklem büyüklüğü dikkate alınmıştır. Promax döndürme uygulaması daha büyük verilerle (binlerce) doğru sonucu üretmektedir (Özyer, 2016). Faktör oluşturmada öz değerlerin 1’den büyük olması şartı sağlanmıştır. Tablo 4.4, 4.5 ve 4.6’da ilgili ölçeklerin faktör analizi sonuçları bulunmaktadır.

Tablo 4.4’te WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi verileri yer almaktadır. Yaşam kalitesi ölçeği çeşitli araştırmacılar tarafından farklı ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalarla benzer sonuçlar üretmektedir (Whoqol Group, 1998). Bu çalışmada araştırma amacına uygunluk açısından 26 ifadeli yaşam kalitesi ölçeğinin 15 ifadeli versiyonu (psikolojik yk ve fiziksel yk boyutları) kullanılmıştır (çevre ve sosyal YK boyutları test edilmemiştir).

Yaşam kalitesi ölçeğinin ilk iki ifadesi “genel sağlık” ve “genel yaşam kalitesi” doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiş çeşitli çalışmalarda fiziksel YK ya da psikolojik YK’nın boyutları olarak (Skevington ve diğ., 2004) kabul görmüştür. Saxena ve diğ. (2001) “genel yaşam kalitesi” ifadesini fiziksel sağlık boyutuna eklemiştir. Vapur (2021, 2022) çalışmalarında yaşam kalitesi ölçeğinin üçüncü, dördüncü ve yirmi yedinci ifadelerini faktör yüklerinin yetersizliği sebebiyle analizden çıkarma kararı almıştır. Sayman (2021) araştırmasında benzer şekilde düşük yük alan (0,5’ten az) ifadeleri faktör analizinden çıkarmıştır. Hangi ifadelerin çıkarıldığı açık bir şekilde ifade edilmemiş olmasına rağmen yapısal ölçüm modelinde 3, 4 ve 26 numaraya sahip ifadeler bulunmaması ters kodlu ifadelerin ölçüme dahil edilmediği yorumunun yapılmasını mümkün kılmaktadır.

Bu çalışmada ise faktör çıkarımında faktör yüklerinin 0,4’ten yukarıda olması ve öz değerlerin 1’den büyük olması seçenekleri ilgili programda işaretlenmiş ve herhangi bir boyut sınırlaması yapılmadan analiz gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda önceki

çalışmalara benzer şekilde boyutlar (psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, genel yaşam kalitesi ve sağlık) olduğu gözlemlenmiştir (Saxena ve diğ., 2001).

Tablo 4.4. Yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi

Boyutlar	Açıklanan Varyans	Cr. Alfa	A.O.	Faktör Yüğü
<i>Fiziksel Sağlık</i>	43,477	0,868	3,65	
(yk18) İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?				0,854
(yk17) Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				0,837
(yk19) Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?				0,788
(yk15) Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?				0,717
(yk16) Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?				0,715
(yk10) Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?				0,549
<i>Psikolojik Sağlık</i>	12,518	0,832	3,94	
(yk1) Yaşam kalitenizi ne ölçüde iyi buluyorsunuz?				0,876
(yk6) Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?				0,865
(yk5) Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?				0,760
(yk2) Sağlığınızdan ne ölçüde hoşnutsunuz?				0,651
(yk7) Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?				0,534
<i>Tedavi İhtiyacı</i>	9,043	0,797	3,10	
(yk3) Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?				0,908
(yk4) Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?				0,902

(Oblimin Rotasyonlu Temel Bileşenler Analizi: Açıklanan toplam varyans: %65,038; KMO Örneklem Büyüklüğü: 0,877; Barlett Küresellik Testi (0,00): $p < 0,05$; $df: 78$; Ki Kare: 3887,443; Değerlendirme Aralığı (Bütün boyutlar için 1- En düşük – 5- En yüksek)

Ölçeğin 10, 15, 16, 17, 18, ve 19 numaralı ifadeleri “fiziksel sağlık” boyutunda; 1, 2, 5, 6, 7 numaralı ifadeleri “psikolojik sağlık” boyutunda kabul edilir seviyede ($> 0,5$, Hair ve diğ., 2006) yükler almıştır. Önceki araştırmalara benzer şekilde (Vapur 2021, 2022; Sayman, 2021) 26 ve 11 numaralı ifadeler düşük yük aldıkları için analiz dışı bırakılmıştır. Önceki araştırmalardan farklı olarak bu çalışmada 3 ve 4 numaralı ifadeler ayrı bir boyutta yüksek sayılabilecek faktör yükü almış ve bu boyut “tedavi ihtiyacı” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 4.5’te memnuniyet ölçeğine yönelik açıklayıcı faktör analizi sonuçları bulunmaktadır. Memnuniyet ölçeğinin dört ifadesi tek bir boyutta yüksek sayılabilecek faktör yükleri almıştır. Tek boyutlu yapı önceki çalışmalarla tutarlıdır (Chi ve Gürsoy, 2009; Xu ve Gürsoy, 2015).

Tablo 4.5. Memnuniyet ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi

Boyutlar	Açıklanan Varyans	Cr. Alfa	A.O.	Faktör Yüğü
<i>Memnuniyet</i>	70,934	0,905	3,91	
(m1) Kaldığım Tesisten çok memnunum.				0,869
(m2) Kaldığım Tesisin sunduğu hizmetlerden oldukça keyif aldım.				0,911
(m3) Kaldığım Tesis beklentilerimin çok üstünde hizmet sundu.				0,859
(m4) Kaldığım Tesisi çevreme tavsiye edeceğim.				0,894

Temel Bileşenler Analizi: Açıklanan toplam varyans: %78,934; KMO Örneklem Büyüklüğü: 0,811; Barlett Küresellik Testi (0,00): $p < 0,05$; $df: 6$; Ki Kare: 1700,058; Değerlendirme Aralığı (Bütün boyutlar için 1- En düşük – 5- En yüksek)

Tablo 4.6’da ise sağlık turizmi işletmelerinden beklenen kalite ölçeğine yönelik açıklayıcı faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Faktör analizi sonucunda beklenen hizmet kalitesinin 6, 7, 8, 10 ve 12 numaralı ifadesi “düşük faktör yüklenmesi ($< 0,4$) ve birden fazla boyutta faktör yüklenmesi sebebiyle analizden çıkarılmıştır.

Hizmet kalitesi ölçeğinin orijinal formu beş boyuttan oluşmaktadır (Somut özellikler [1, 2, 3, 4], Güvenilirlik [5, 6, 7, 8, 9], Heveslilik [10, 11, 12, 13], Güven [14, 15, 16, 17] ve Empati [18, 19, 20, 21, 22] (Parasuraman ve diğ., 1991). Iwaarden ve diğ. (2003) çalışmalarında varimax rotasyonunu kullanarak beş boyutlu yapıda ölçüm gerçekleştirmiştir. Kang ve Bradley (2002) bilişim teknolojisi sektörüne SERVQUAL ölçeğinin on beş ifadesini ekleyerek iki boyutlu bir ölçüm gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada üç boyut ortaya çıkmıştır. Oluşan boyutlarda orijinal ölçeğe yakın fakat bazı ifadelerin (5, 11, 21 ve 13 gibi) üç boyuta dağılması ile heveslilik ve güvenilirlik boyutları diğ. boyutlara dağılmıştır.

Tablo 4.6. Beklenen hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi

Boyutlar	Açıklanan Varyans	Cr. Alfa	A.O.	Faktör Yüğü
<i>Güven</i>	44,169	0,862	4,32	
(k21) Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.				0,779
(k15) Müşteriler, Tesis personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.				0,751
(k14) Tesis çalışanları, davranışlarıyla müşterilere güven vermelidir.				0,743
(k16) Tesis çalışanları müşterilere karşı kibar olmalıdır.				0,735
(k17) Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.				0,716
(k11) Tesis çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir				0,649
(k9) Tesiste müşterilere ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.				0,522

Tablo 4.6 (devam): Beklenen hizmet kalitesi ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi

<i>Empati</i>	13,052	0,870	4,11	
(k20) Tesis çalışanları, müşterilerin menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır.				0,865
(k13) Tesis çalışanları meşgul dahi olsalar müşterilerin isteklerine cevap verebilmelidir.				0,789
(k18) Tesiste ihtiyaçları doğrultusunda müşterilere bireysel ilgi gösterilmelidir.				0,770
(k22) Tesisin çalışma saatleri müşteriler için uygun zaman diliminde olmalıdır				0,758
(k19) Tesis çalışanları, müşterilere kendini özel hissettirmelidir.				0,624
<i>Somutluk</i>	7,367	0,856	4,25	
(k2) Tesisin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.				0,777
(k4) Tesiste kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.				0,757
(k3) Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.				0,703
(k1) Tesis modern araç-gereç ve donanımına sahip olmalıdır.				0,702
(k5) Tesis, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir.				0,634

(Oblimin Rotasyonlu Temel Bileşenler Analizi: Açıklanan toplam varyans: %64,558; KMO Örneklem Büyüklüğü: 0,919; Barlett Küresellik Testi (0,00): $p < 0,05$; $df: 116$; Ki Kare: 5042,691; Değerlendirme Aralığı (Bütün boyutlar için 1- En düşük – 5- En yüksek)

4.6.4. Katılımcıların demografik özellikleri

Toplamda 630 kişi olan katılımcılar medikal (N= 356) ve termal turistler (N= 274) olmak üzere iki ayrı şekilde gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık turistlerinin demografik özellikleri Tablo 4.7’de gösterilmektedir. Tablo 4.7’de termal turistler ve medikal turistlerin demografik özellikleri ayrı ayrı gösterilmiştir. Termal turistler açısından katılımcıların %43,4’ü kadın, %56,6’sı erkektir. %53’ü evli olan termal turistlerin %46,7’si bekardır. Termal turistlerin yaşlarına göre dağılıma bakıldığında ise %80’inden fazlası 45 yaşın altındadır. Araştırmaya katılan termal turistlerin %96’sı Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıdır. Termal turistlerin eğitim durumuna bakıldığında ise %70’inin üniversite düzeyinde eğitim almış oldukları görülmektedir. %74’ü ise 7.500 TL ve altında gelire sahiptir. Araştırmaya katılan tıbbi turistlerin %48,6’sı kadın, %51,4’ü erkektir. %60’ı evli olan tıbbi turistlerin %39’u bekardır. Tıbbi turistlerin yaşlarına göre dağılıma bakıldığında ise %62’sinden fazlası 46 yaşın altındadır. Tablo 4.7’de tıbbi turistlerin uyruklarına göre dağılımlarında Türkiye’ye tıbbi turist gönderen ilk 10 ülkeye yer verilmiştir. Katılımcıların toplamda 29 ülkeden tıbbi turist olarak başta Irak (57), Almanya (55), Belçika (32), Hollanda (27) gibi ülkelerden tedavi amaçlı geldikleri görülmektedir. Tıbbi turistlerin eğitim durumuna bakıldığında ise

%55,4'ünün üniversite düzeyinde eğitim almış oldukları görülmektedir. %33'ünden fazlası 7.500 \$ üzerinde gelire sahiptir.

Tablo 4.7. Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Tip	Gruplar	N	%	Tip	Gruplar	N	%
Cinsiyet		Kadın	173	48,6		Kadın	119	43,4
		Erkek	183	51,4		Erkek	155	56,6
		<i>Toplam</i>	<i>356</i>	<i>100</i>		<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>
Medeni Durum		Evli	214	60,1		Evli	146	53,3
		Bekar	142	39,9		Bekar	128	46,7
		<i>Toplam</i>	<i>356</i>	<i>100</i>		<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>
Yaş		18-30	83	23,3		18-30	84	30,7
		31-45	139	39		31-45	138	50,4
		46-60	92	25,8		46-60	46	16,8
		61-75	28	7,9		61-75	3	1,1
		76 üzeri	14	3,9		76 üzeri	3	1,1
		<i>Toplam</i>	<i>356</i>	<i>100</i>		<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>
Eğitim	TIBBİ (MEDİKAL) TURİSTLER (N= 356)	İlkokul	24	6,7	TERMAL TURİSTLER (N= 274)	İlkokul	5	1,8
		Ortaokul	41	11,5		Ortaokul	11	4
		Lise	94	26,4		Lise	64	23,4
		Ön lisans	64	18		Ön lisans	61	22,3
		Lisans	91	25,6		Lisans	82	29,9
		Yüksek Lisans	35	9,8		Yüksek Lisans	41	15
		Doktora	7	2		Doktora	10	3,6
		<i>Toplam</i>	<i>356</i>	<i>100</i>		<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>
Gelir		2.000- 5.000 \$	155	43,5		2.000- 5.000 TL	95	34,7
		5.001-7.500 \$	81	22,8		5.001-7.500 TL	110	40,1
		7.501-10.000 \$	59	16,6		7.501-10.000 TL	41	15
		10.001- 12.500 \$	37	10,4		10.001- 12.500 TL	14	5,1
		12.501- 15.000 \$	14	3,9		12.501- 15.000 TL	14	5,1
		15.001 ve üzeri	10	2,8		<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>
Uyruk		Irak: 57, Almanya: 55, Belçika: 32, Hollanda: 27, İran: 27, Bulgaristan:19, Suriye: 17, Lübnan: 15, Katar: 15, İngiltere: 11				T.C.	265	96,7
						Diğer	9	3,3
						<i>Toplam</i>	<i>274</i>	<i>100</i>

BÖLÜM 5. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırma kapsamında sağlık turistlerinden (termal ve tıbbi turist) elde edilen veriler analiz edilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde raporlanmıştır.

5.1. İfadelerin Frekans Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 5.1’de 630 katılımcıdan elde edilen ifadelerin frekans analizine ilişkin bulgular gösterilmektedir. Frekans tablosunda gösterilen ifadelerin sırasıyla aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ile çarpıklık ve basıklık değerleri yer almaktadır.

Tablo 5.1. İfadelerin frekans analizine ilişkin bulgular

İfadeler	A.O.	S.S.	Çarp	Bask
Yaşam kalitenizi ne ölçüde iyi buluyorsunuz?	3,70	0,98	-0,450	-0,252
Sağlığınızdan ne ölçüde hoşnutsunuz?	3,55	0,99	-0,523	-0,049
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	3,06	1,25	-0,194	-0,979
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	3,14	1,25	-0,386	-0,962
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,69	0,94	-0,379	-0,370
Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	3,71	0,91	-0,465	-0,020
Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,49	1,03	-0,606	0,004
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,62	0,90	-0,498	0,275
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,65	0,99	-0,407	-0,271
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	3,75	0,97	-0,528	-0,166
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	3,84	0,94	-0,595	-0,016
Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	3,61	0,98	-0,601	0,057
Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	3,90	0,97	-0,564	-0,336
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,71	1,03	-0,666	0,084
Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	3,13	1,20	-0,187	-0,845
Kaldığım Tesisten çok memnunum.	3,87	0,87	-0,778	0,965

Tablo 5.1. (devam): İfadelerin frekans analizine ilişkin bulgular

Kaldığım Tesisin sunduğu hizmetlerden oldukça keyif aldım.	3,95	0,83	-0,810	1,140
Kaldığım Tesis beklentilerimin çok üstünde hizmet sundu.	3,82	0,93	-0,588	-0,005
Kaldığım Tesis çevreme tavsiye edeceğim.	3,99	0,95	-1,030	1,068
Tesis modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4,22	0,78	-0,916	0,906
Tesisin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4,04	0,89	-0,874	0,684
Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	4,33	0,76	-1,088	1,280
Tesiste kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.	4,32	0,78	-1,353	2,476
Tesis, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir.	4,32	0,77	-1,353	2,476
Tesis çalışanları, müşterilerin bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir.	4,31	0,76	-1,097	1,461
Tesiste müşterilere uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır.	4,19	0,75	-0,670	0,540
Tesis, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir.	4,30	0,71	-0,771	0,133
Tesiste müşterilere ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.	4,26	0,77	-0,794	-0,570
Müşterilere, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir	4,23	0,75	-0,718	0,031
Tesis çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir	4,29	0,75	-0,929	0,527
Tesis çalışanları her zaman müşteriye yardım etmeye istekli olmalıdır.	4,24	0,75	-0,792	0,258
Tesis çalışanları meşgul dahi olsalar müşterilerin isteklerine cevap verebilmelidir	3,96	0,98	-0,968	0,746
Tesis çalışanları, davranışlarıyla müşterilere güven vermelidir.	4,28	0,73	-0,792	0,249
Müşteriler, Tesis personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.	4,31	0,73	-0,932	0,649
Tesis çalışanları müşterilere karşı kibar olmalıdır.	4,32	0,76	-0,943	0,335
Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır	4,35	0,72	-0,901	0,300
Tesiste ihtiyaçları doğrultusunda müşterilere bireysel ilgi gösterilmelidir.	4,08	0,82	-0,745	0,381
Tesis çalışanları, müşterilere kendini özel hissettirmelidir.	4,17	0,79	-0,740	0,450
Tesis çalışanları, müşterilerin menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır.	4,08	0,92	-1,011	0,831
Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	4,40	0,73	-1,025	0,390
Tesisin çalışma saatleri müşteriler için uygun zaman diliminde olmalıdır.	4,25	0,82	-1,148	1,542

Tablo 5.1’de araştırmada bulunan 41 ifadenin frekans analizi, standart sapma sayıları ve çarpıklık basıklık değerleri bulunmaktadır. İfadelerin aritmetik ortalamalarına bakıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olan ilk üç ifade şu şekildedir:

1. “Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.” ($\bar{x}=4,4$)

2. *“Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.”* ($\bar{x}=4,35$)

3. *“Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.”* ($\bar{x}=4,33$)

Bu ifadelerden hareketle sağlık turistlerinin en yoğun katılım gösterdikleri ifadeler beklentilerine yönelik ifadelerdir.

İfadelerde en düşük aritmetik ortalamaya sahip üç ifade ise şu şekildedir:

1. *“Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?”*
($\bar{x}=3,09$)

2. *“Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?”*
($\bar{x}=3,06$)

3. *“Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?”* ($\bar{x}=3,14$)

Katılımcıların en düşük puanladıkları ifadeler değerlendirildiğinde 1 ve 3 numaralı ifadeler yaşam kalitesinin tedavi ihtiyacı boyutunu oluşturan ifadelerdir. Bu ifadelerin aritmetik ortalamalarının artması bireyin sağlığının olumsuz etkileneceğini göstermektedir.

Bir araştırmada verilerin normallik testi araştırmanın geri kalanı ve yapılacak analizler için önem taşımaktadır. Örneğin t testi yapılması planlanan bir çalışmada veriler normal dağıldı ise parametrik testler (ör. bağımsız iki grup arası fark), normal dağılım göstermedi ise parametrik olmayan testler (ör. t testinin karşılığı Mann Whitney U) kullanılmalıdır (Altunışık ve diğ., 2007).

Bilimsel araştırmalarda çeşitli normallik testleri uygulanmaktadır (Q-Q Plot, histogram, KS, çarpıklık ve basıklık değerleri gibi) (Chan, 2003: 280-285). Tabachnick ve Fidell (2013) algı veya tutumun ölçüldüğü çalışmaların Kolmogorov – Smirnov veya Shapiro – Wilk sınamalarının yerine çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1,5/+1,5) yorumlanmasını önermektedir. Literatürde bu değerlerle ilgili fikir birliği bulunmamaktadır. Örneğin George ve Mallery (2010) bu değerlerin -2/+2 aralığında bulunmasının parametrik testlerdeki normallik koşulunu sağladığını ifade etmektedir.

Shao (2002) bu değerlerin -3/+3 aralığında verilerin normal dağıldığını ifade ederken Kline (2011) bu değerlerin 5'ten büyük olmadığı durumlarda verilerin normal dağıldığının söylenebilmesinin mümkün olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmada normallik testi çarpıklık ve basıklık değerleri aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. İfadelerin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldığında tüm ifadelerin (beklenen hizmet kalitesi 4 ve 5 numaralı ifadeler hariç) +1,5/-1,5 arasında değerler aldığı görülmektedir. Bu bağlamda analizlerde parametrik testlerin uygulanması uygun görülmüştür.

5.2. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmanın temel sorularından birisi sağlık turistleri içerisindeki termal turistler ile medikal turistler gruplarını oluşturan bireyler arasında yaşam kalitesi, memnuniyet ve beklenen hizmet kaliteleri düzeyleri aralarında anlamlı bir farklılığın var olup olmadığıdır. İlgili hipotezlerin denenebilmesi amacıyla araştırmada t testlerinden bağımsız iki grup arasındaki farkların testi (Independent Samples t test) uygulanmıştır. İlgili test sonuçları tablo 5.2, 5.3 ve 5.4'te gösterilmektedir.

Tablo 5.2. Yaşam kalitesinin alt boyutlarına yönelik farklılık analizi bulguları

Değişkenler	Turist Tipi	N	A.O.	S.S.	t	p
Fiziksel YK	Termal	274	4,01	0,620	11,577	0,000
	Tıbbi	356	3,37	0,732		
Psikolojik YK	Termal	274	3,87	0,733	5,481	0,374
	Tıbbi	356	3,55	0,742		
Tedavi İhtiyacı	Termal	274	3,36	1,05	5,124	0,000
	Tıbbi	356	2,90	1,17		

Araştırma örnekleminde yer alan termal ve medikal turistlerin fiziksel ve psikolojik yaşam kaliteleri ile tedaviye duydukları ihtiyaç boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığına yönelik gerçekleştirilen analiz bulguları tablo 5.2'de gösterilmektedir. Bu sonuçlara göre sağlık turistlerinin tiplerine göre (tıbbi/termal) fiziksel yaşam kaliteleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,000). Termal turistler fiziksel yaşam kalitelerini (\bar{x} =4,01) tıbbi turistlere (\bar{x} =3,37) göre daha yüksek algılamaktadır. Psikolojik yaşam kalitesi boyutunda aritmetik ortalamada fark olsa da bu fark anlamlı değildir (p=0,374). Tedavi ihtiyacı boyutundaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,000). Termal turistlerin (\bar{x} =3,36) tıbbi turistlere (\bar{x} =2,90) göre daha fazla tedavi

ihtiyacı duyduğu ifade edilebilir. Bu analiz sonucunda H_1 hipotezi desteklenirken, H_2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5.3. Memnuniyet ifadelerine yönelik farklılık analizi bulguları

Değişkenler	Turist Tipi	N	A.O.	S.S.	t	p
Memnuniyet	Termal	274	3,79	0,945	-3,172	0,002
	Tıbbi	356	3,99	0,753		

Tablo 5.3'te termal ve tıbbi turistlerin aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerine yönelik farklılık analizi bulguları yer almaktadır. Araştırmaya katılan tıbbi turistler ($\bar{x}=3,99$) aldıkları hizmetten termal turistlere ($\bar{x}=3,79$) göre daha fazla memnun olmuşlardır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,002$). Gerçekleştirilen analiz neticesinde elde edilen bulgular araştırmanın H_4 hipotezini desteklemiştir.

Tablo 5.4. Beklenen hizmet kalitesinin alt boyutlarına yönelik farklılık analizi bulguları

Değişkenler	Turist Tipi	N	A.O.	S.S.	t	p
Somutluk	Termal	274	4,15	0,879	-3,235	0,000
	Tıbbi	356	4,32	0,584		
Güven	Termal	274	4,21	0,712	-4,189	0,777
	Tıbbi	356	4,40	0,626		
Empati	Termal	274	4,27	0,728	5,267	0,024
	Tıbbi	356	3,98	0,774		

Medikal ve termal turistlerin beledikleri hizmet kalitelerinin alt boyutlarına yönelik gerçekleştirilmiş farklılık analiz bulguları tablo 5.4'te yer almaktadır. Buna göre "somutluk beklentisi" boyutunda tıbbi turistler ($\bar{x}=4,32$) termal turistlere ($\bar{x}=4,15$) göre daha yüksek beklentiye sahiptir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,000$). Güven beklentisi boyutunda ise medikal ve termal turistler açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,777$).

Empati beklentisi boyutunda termal turistler ($\bar{x}=4,27$) tıbbi turistlere ($\bar{x}=3,98$) göre daha yüksek bir beklentiye sahiptir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,024$). Bu bağlamda araştırmanın H_3 hipotezi kısmen desteklenmiştir. H_3 hipotezinin alt hipotezleri H_{3a} reddedilirken H_{3b} ve H_{3c} desteklenmiştir.

5.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının ve bir ilişki var ise bu ilişkinin yönünün belirlenebilmesi amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak gerçekleştirilmiş analiz sonucu tablo 5.5'te gösterilmiştir. Korelasyon katsayıları şu şekilde açıklanmaktadır (Köklü ve diğ., 2007):

- 0,00 ilişki yoktur.
- 0,01 – 0,29 düşük düzeyde bir ilişki,
- 0,30 – 0,70 orta düzeyde ilişki,
- 0,71 – 0,99 yüksek düzeyde ilişki ve 1 mükemmel ilişkiyi ifade eder.

Tablo 5.5. Korelasyon analizi bulguları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Memnuniyet	1						
2. Güven	0,428**	1					
3. Empati	0,174**	0,489**	1				
4. Somutluk	0,301**	0,672**	0,437**	1			
5. Tedavi İhtiyacı	-0,130**	-0,189**	0,100*	-0,171**	1		
6. Psikolojik YK	0,215**	0,232**	0,268**	0,296**	-0,213**	1	
7. Fiziksel YK	0,124**	0,150**	0,339**	0,202**	-0,176**	0,656**	1

** ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı

* ilişki $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı

Korelasyon analizi sonucunda araştırma değişkenleri arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Tedavi ihtiyacı boyutu ile (empati boyutu haricindeki) tüm boyutlar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

5.4. Regresyon analizlerine ilişkin bulgular

Araştırmada değişkenler arasındaki etkileşimin belirlenebilmesi amacıyla basit doğrusal ve çoklu regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Öncelikle beklenen hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyet üzerinde etkilerinin olup olmadığı tespit edilmiştir. Daha sonra sırasıyla fiziksel YK'nın memnuniyet üzerindeki etkisi, fiziksel YK'nın psikolojik YK üzerindeki etkisi, tedavi ihtiyacının memnuniyet üzerindeki etkisi, tedavi ihtiyacının psikolojik YK üzerindeki etkisi, memnuniyetin psikolojik YK üzerinde etkisi

incelenmiştir. Son olarak fiziksel YK'nın psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolü incelenmiştir.

5.4.1. Beklenen hizmet kalitesinin memnuniyet üzerindeki etkisi

Çoklu regresyon analizinin uygulanabilmesi için, değişkenler arasında çoklu bağlantı ve otokorelasyon problemi olmamalıdır. Bunun için varyans artış faktörü (VIF), tolerans ve Durbin-Watson katsayıları hesaplanmıştır. Regresyon analizinin uygulanabilmesi için, VIF katsayısı 10'dan düşük, tolerans katsayısı 0,10'dan yüksek, Durbin-Watson katsayısı ise 1,5-2,5 düzeylerinde bulunmalıdır (Hair ve ve diğ, 2006). Bağımsız değişkenlerin iki yönlü korelasyon katsayılarının 0,80'in altında olması, tolerans katsayılarının 0,502 ile 0,740 (>0,10) aralığında bulunması, VIF değerlerinin 1,352 ile 1,994 (<10) aralığında olması ve Durbin-Watson katsayısının 1,978 (1,5-2,5) olması, çoklu bağlantı ve otokorelasyon probleminin olmadığını ifade etmektedir. Ön gerekliliklerin sağlanması sonrasında modelin anlamlı olduğunu görülmektedir (F=47,465; p=0,000). Analiz sonucu tablo 5.6'da gösterilmektedir.

Tablo 5.6. Beklenen hizmet kalitesi boyutlarının memnuniyet düzeyine etkileri

Bağımsız Değişkenler	Standart Beta (β)	t	Sig (p)	Tolerance	VIF
Sabit		5,985	0,000**		
Güven	0,430	8,440	0,000**	0,502	1,994
Empati	0,051	1,205	0,229	0,740	1,352
Somutluk	0,034	0,684	0,494	0,533	1,876

** p<0,000 R: 0,430 Uyarlanmış R²: 0,181

Tablo 5.6 bağlamında beklenti alt boyutları memnuniyetin %18'ini açıklamaktadır (R²= 0,181). Bağımsız değişkenlerden empati ve somutluk boyutlarının memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken sadece güven boyutunun anlamlı bir etki (β = 0,430; t= 8,440; p= 0,000) ürettiği görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın H₅ hipotezi kısmen desteklenirken H_{5a} ve H_{5c} reddedilmiştir. H_{5b} hipotezi desteklenmiştir.

5.4.2. Fiziksel YK'nın memnuniyet ile psikolojik YK üzerindeki etkileri

Fiziksel YK'nın memnuniyet düzeyine ve psikolojik YK düzeyine etkisinin belirlenebilmesi için oluşturulan modeller tablo 5.7 ve 5.8'de gösterilmektedir. Tablo 5.7'de fiziksel sağlık seviyesinin memnuniyet üzerindeki etkisi gösterilmektedir. Model

anlamlıdır (F=9,791; p=0,002) ve fiziksel sağlığın memnuniyet üzerinde anlamlı bir etki üretmektedir ($\beta= 0,124$; t= 3,129; p=0,002). Model memnuniyet düzeyinin %1,5'ini açıklamaktadır ($R^2= 0,015$). Bu açıdan fiziksel yaşam kalitesinin memnuniyet üzerinde düşük düzeyde bir etkisi vardır yorumu yapılabilir. Bu bağlamda araştırmanın H₆ hipotezi desteklenmiştir.

Tablo 5.7. Fiziksel YK boyutunun memnuniyet düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Beta (β)	t	Sig (p)
Sabit		22,080	0,000**
Fiziksel YK	0,124	3,129	0,002*

*p<0,05 **p<0,01 R: 0,124 Uyarlanmış R²: 0,015

Tablo 5.8'de fiziksel YK seviyesinin psikolojik YK üzerindeki etkisi gösterilmektedir. Model anlamlıdır (F=473,893; p=0,000) ve fiziksel yaşam kalitesi memnuniyet üzerinde anlamlı bir etki üretmektedir ($\beta= 0,657$; t= 21,769; p=0,000). Oluşturulan model psikolojik YK'nin %42'sini açıklamaktadır ($R^2= 0,429$). Fiziksel YK psikolojik YK üzerinde anlamlı ve önemli bir etki üretmektedir. Bu bağlamda araştırmanın H₇ hipotezi desteklenmiştir.

Tablo 5.8. Fiziksel YK boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Beta (β)	t	Sig (p)
Sabit		11,542	0,000**
Fiziksel YK	0,674	22,846	0,000**

**p<0,01 R:0,656 Uyarlanmış R²:0,429

5.4.3. Tedavi ihtiyacı boyutunun memnuniyet ve psikolojik YK üzerindeki etkisi

Tedavi ihtiyacının memnuniyet düzeyine ve psikolojik YK düzeyine etkisinin belirlenebilmesi için oluşturulan modeller tablo 5.9 ve 5.10'da gösterilmektedir. Tablo 5.9'da tedavi ihtiyacı seviyesinin memnuniyet üzerindeki etkisi gösterilmektedir. Model anlamlıdır (F=10,713; p=0,001) ve tedavi ihtiyacı memnuniyet üzerinde anlamlı bir negatif etki üretmektedir ($\beta= -0,130$; t= -3,273; p=0,001). Oluşturulan model memnuniyet düzeyinin %1,5'ini açıklamaktadır ($R^2= 0,015$). Buna göre tedavi ihtiyacının artması memnuniyet düzeyini sınırlı şekilde azaltacaktır yorumu yapılabilir.

Tablo 5.2. Tedavi ihtiyacı boyutunun memnuniyet üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Beta (β)	t	Sig (p)
Sabit		46,046	0,000**
Tedavi İhtiyacı	-0,130	-3,273	0,001**

*p<0,05 **p<0,01 R: 0,130 Uyarlanmış R²: 0,015

Tablo 5.10’da tedavi ihtiyacının psikolojik YK üzerindeki etkisi gösterilmektedir. Model anlamlıdır (F=22,763; p=0,000) ve tedavi ihtiyacı psikolojik YK üzerinde anlamlı bir etki üretmektedir ($\beta = -0,187$; t= -4,771; p=0,000). Bu etki ise düşük seviyededir ($R^2 = 0,015$).

Tablo 5.3. Tedavi ihtiyacı boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Beta (β)	t	Sig (p)
Sabit		48,330	0,000**
Tedavi İhtiyacı	-0,187	-4,771	0,000**

**p<0,000 R: 0,187 Uyarlanmış R^2 : 0,033

Oluşturulan model psikolojik YK’nin %3’ünü açıklamaktadır ($R^2 = 0,033$). Bu bağlamda tedavi ihtiyacının artması psikolojik YK düzeyini sınırlı şekilde azaltacaktır yorumu yapılabilir.

5.4.4. Memnuniyetin psikolojik YK üzerindeki etkisi

Memnuniyet düzeyinin psikolojik YK üzerine etkisinin belirlenebilmesi için oluşturulan model tablo 5.11’de gösterilmektedir. Model anlamlıdır (F=30,334; p=0,000) ve memnuniyet, psikolojik YK üzerinde anlamlı bir etki üretmektedir ($\beta = 0,204$; t=5,508 p=0,000).

Tablo 5.11. Memnuniyet boyutunun psikolojik YK üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Beta (β)	t	Sig (p)
Sabit		19,041	0,000**
Memnuniyet	0,263	6,828	0,000**

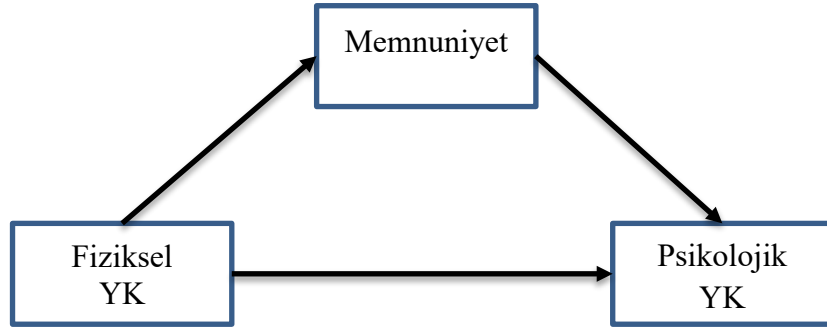
**p<000 R: 0,215 Uyarlanmış R^2 : 0,045

Oluşturulan model psikolojik YK’nin %4,5’ini açıklamaktadır ($R^2 = 0,045$). Bu bağlamda araştırmamızın H₈ hipotezi desteklenmiştir.

5.4.5. Fiziksel YK’nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolü

Andrew F. Hayes 2012 yılında regresyon temelli PROCESS eklentisini SPSS yazılımına eklemiştir. PROCESS en küçük kareler regresyonunu kullanarak standart sapma, model katsayıları t ve p değerlerini ve güven aralıklarını tahmin edebilmektedir (Bootsrap aralıkları LLCI – ULCI). İki güven aralığının içerisinde “0” değerinin olmaması tahmin edilen yolların anlamlılığını ifade etmektedir (Hayes, 2017).

Sağlık turizminde hizmet alan bireylerin fiziksel YK'lerinin psikolojik YK'leri üzerindeki etkisinde sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyinin aracılık etkisini ölçebilmek amacıyla Hayes'in 4 numaralı modeli PROCESS eklentisinde analiz edilmiştir. SPSS PROCESS makro model 4 üzerinde gösterim şekil 5.1'deki gibidir.



Şekil 5.1. Fiziksel YK'nin Psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin aracılık rolü

Aracılık testi uygulanabilmesi için bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri anlamlı bir şekilde etkilemesi gerekmektedir (Baron ve Kenny, 1986). Araştırmada bu şartlar sağlanmış ve memnuniyetin aracılık rolüne ilişkin sonuçlar tablo 5.12'de gösterilmiştir.

Tablo 5.12. Fiziksel YK'nin psikolojik YK üzerindeki etkisinde memnuniyetin rolü

Direkt Etki	Etki	S.H.	t	p	LLCI	ULCI
FizikselYK > PsikolojikYK	0,639	0,029	22,578	0,000	0,5987	0,7128
Dolaylı Etki						
FizikselYK>MM > PsikolojikYK	0,016	0,009			0,0071	0,0446
Toplam Etki	0,656	0,297	22,845	0,000	0,6202	0,7368

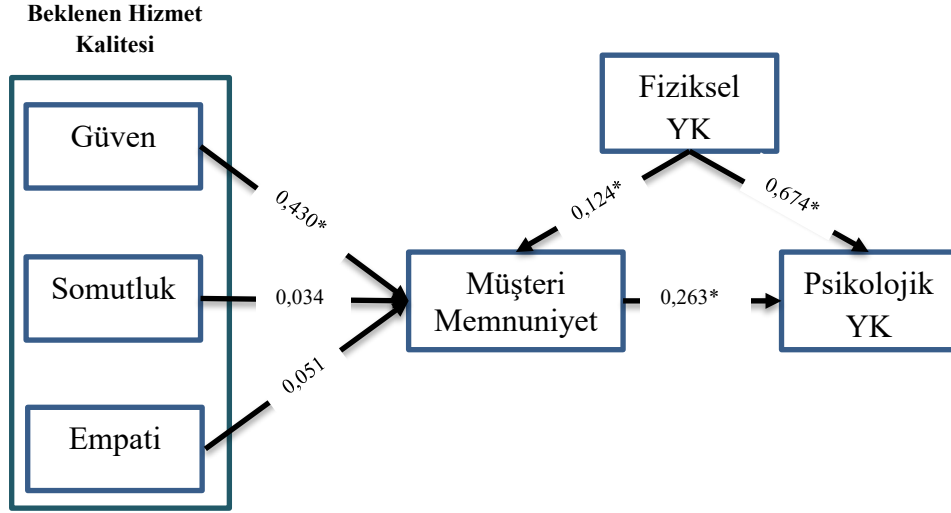
Tablo 5.12'de fiziksel YK'nin psikolojik YK üzerine direkt etkisi ve bu etkide memnuniyetin aracı rolüne ilişkin bulgular yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere fiziksel YK'nin psikolojik YK üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,639$). Bu etkinin artmasında memnuniyet, aracı olarak pozitif yönde katkı sağlamaktadır ($\beta=0,016$). Buna göre memnuniyetin aracı rolünden kaynaklanan dolaylı etki de eklendiği zaman, toplamda fiziksel YK, psikolojik YK üzerinde daha güçlü bir etki üretmektedir ($\beta=0,656$).

Memnuniyetin aracı olarak düşük bir etkiye sahip olması ise aracılık rolünün anlamlı fakat zayıf olduğunun ifade edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda H_9 hipotezi

desteklenmiştir. Araştırmanın hipotez test sonuçları tablo 5.13'te gösterilmektedir. Hipotezlerin model üzerinde gösterimi ise şekil 5.1'de gösterilmiştir.

Tablo 5.13. Hipotez testlerinin sonuçları

Hipotez	Sonuç
<i>Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin tercih ettikleri sağlık turizmi çeşidine göre;</i>	
H ₁ : Fiziksel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Desteklendi
H ₂ : Psikolojik yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Reddedildi
H ₃ : Sağlık turizmi işletmelerinden beledikleri hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir farklılık vardır	Kısmen Desteklendi
H _{3a} : Güven boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Reddedildi
H _{3b} : Empati boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Desteklendi
H _{3c} : Somutluk boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Desteklendi
H ₄ : Sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	Desteklendi
<i>Sağlık turizmi faaliyetlerine katılan bireylerin;</i>	
H ₅ : Beledikleri hizmet kalitesi boyutlarının sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Kısmen Desteklendi
H _{5a} : Somut beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Reddedildi
H _{5b} : Güven beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Desteklendi
H _{5c} : Empati beklentilerinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Reddedildi
H ₆ : Fiziksel yaşam kalitelerinin sağlık turizmi hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Desteklendi
H ₇ : Fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Desteklendi
H ₈ : Sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Desteklendi
H ₉ : Fiziksel yaşam kalitelerinin psikolojik yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinde sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin aracılık rolü vardır.	Desteklendi



Şekil 5.2. Hipotezlerin model üzerinde gösterimi

Şekil 5.2'ye göre sağlık turistlerinin işletmelerden beledikleri güvenin memnuniyetlerine anlamlı ve olumlu bir etki oluşturmaktadır ($\beta=0,430$, $t=8,440$, $p<0,05$). Sağlık turistlerinin fiziksel YK'leri memnuniyet ($\beta=0,124$, $t=3,129$, $p<0,05$) ve psikolojik YK'leri ($\beta=0,674$, $t=22,846$, $p<0,05$) üzerinde anlamlı ve bir olumlu etki oluşturmaktadır. Bununla birlikte sağlık turizmi işletmelerinden duydukları memnuniyetleri psikolojik YK'leri üzerinde anlamlı ve olumlu bir etki oluşturmaktadır ($\beta=0,263$, $t=6,828$, $p<0,05$).

BÖLÜM 6. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sağlık turizminden hizmet alan bireylerin sağlık turizmi işletmelerinden beklentileri, memnuniyet düzeyleri ve yaşam kaliteleri ekseninde gerçekleştirilmiştir. Beklenti, memnuniyet ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ilişki ve etkileşiminin ortaya konulduğu bu çalışma, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınarak sağlık turizmi alanında bir çerçeve oluşturulması hedeflenmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine termal turistler açısından bakıldığında ilk dikkat çekici unsur yaşa göre dağılımdır. İlgili literatürden farklı olarak yaygın kabul görmüş kanıya (termal turizmden genelde yaşlıların yararlandığı) ve geçmişteki araştırmalara (Smith ve Puczkó, 2009; Mueller ve Kaufmann, 2001; Verschuren, 2004) karşın bu çalışmanın örneklemindeki katılımcıların %80'inden fazlası 46 yaşın altındaki bireylerden oluşmaktadır. Bu durumda, geçmişteki geleneksel “kaplıca kültürünün” yerini günümüzde termal otellerin almasının payı olduğu düşünülebilir. Termal her ne kadar yaşlılıkla ilgili çağrışım yapsa da günümüzde orta yaşlı ve gençler arasında da popüler bir turizm çeşidi olarak ifade edilebilir. Termal turizmin gençler arasında popülerleşeceği varsayımı Mak ve diğ. (2009) çalışmasını desteklemektedir. İkinci dikkat çeken unsur ise termal turistlerin milliyetlerine göre sıralanışıdır. Türkiye’de termal tesislerden hizmet alan ve araştırmanın örnekleminde bulunan bireylerin uyruklarına bakıldığında %96’sının Türk vatandaşlarından oluştuğu görülmektedir. Bu durum önceki çalışmalarla (Snoj ve Mumel, 2002; Cooper ve diğ, 1992; Lanz Kaufmann, 2006; Minghetti ve Furlan, 2006) benzerlik göstermektedir. Dünyanın birçok ülkesinde termal turizm talebinin iç turizm faaliyetleri kapsamında değerlendirildiği göz önüne alındığında araştırmanın termal örnekleminin yurttışlardan oluşması şaşırtıcı değildir. Son olarak katılımcıların %70’inden fazlası üniversite mezunu ve gelire göre %74,8’inin 7.500 TL altında gelire sahip olduğu görülmektedir.

Tıbbi turistler açısından bir değerlendirme yapıldığında katılımcıların %33’ünden fazlasının 7.500 \$’dan fazla gelire sahip olduğu, %55,4’ünün üniversite mezunu olduğu

ifade edilebilir. Medikal turistlerin yaş aralıklarına bakıldığında ise katılımcıların %62'sinin 46 yaşın altında olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Örs (2020) Türkiye'yi tercih eden (Ankara) turistlere (N=314) yönelik çalışmasında araştırmaya katılanların %70'inin 45 yaşın altında olduğunu ifade etmektedir. Connell (2006) medikal turizmin varış yönünü gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere doğru olarak ifade etmektedir. Araştırma kapsamında Türkiye'ye gelen medikal turistler kur paritesi anlamında avantajlı sayılabilirler. Bunun yanında geldikleri ülkelerdeki tedavi ücretleri ve sigorta gibi çeşitli etkenler insanları tedavi için seyahate yönlendirmektedir. Günümüzde medikal turizm gençler arasında da yaygınlaşmaktadır. ABD'li genç bir kadının ABD'de 3.000 \$ olan diş tedavisi ücretini ödemek yerine bir hafta İzmir'de tatil yapıp, tedavisini olup toplamda 1.000 \$ ödemesi gündem olmuştur. ABD'li kadın deneyimlerini sosyal medya hesabından “tüm bu yaşadıklarım rağmen hala ABD'den daha ucuz” ifadeleri ile paylaşmıştır (ensonhaber.com, 2022). Bu durum medikal turizmin geleceği ile ilgili ipuçları vermektedir. Katılımcıların toplamda 29 ülkeden medikal turist olarak başta Irak (57), Almanya (55), Belçika (32), Hollanda (27) gibi ülkelere tedavi amaçlı geldikleri görülmektedir.

Araştırmada yer alan ifadelerin aritmetik ortalamalarına bakıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olan ilk üç ifade şu şekildedir:

- “Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.” ($\bar{x} = 4,4$)
- “Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır.” ($\bar{x} = 4,35$)
- “Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.” ($\bar{x} = 4,33$)

Bu ifadelerden hareketle sağlık turistlerinin en yoğun katılım gösterdikleri ifadeler beklentilerine yönelik ifadelerdir. Bu durum şaşırtıcı değildir. Aritmetik ortalamalara göre bir yorumlama yapıldığında sağlık turistlerinin bir sağlık turizmi işletmesinde en önemli bulunduğu unsurlar hizmeti sunanlarla yani çalışanlarla ilgilidir. Bu durumda araştırma kapsamında sağlık turistlerinin bir işletmenin dış görünüşünden çok içindkilerle (hizmetin niteliği) ilgilendiğini ifade etmek yanlış olmayacaktır.

İfadelerde en düşük aritmetik ortalamaya sahip üç ifade ise şu şekildedir:

- “*Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?*” ($\bar{x} = 3,09$)
- “*Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalma, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?*” ($\bar{x} = 3,06$)
- “*Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?*” ($\bar{x} = 3,14$)

Katılımcıların en düşük puanladıkları ifadeler değerlendirildiğinde birinci ve üçüncü ifadeler yaşam kalitesinin tedavi ihtiyacı boyutunu oluşturan ifadelerdir. Bu ifadelerin aritmetik ortalamalarının artması bireyin sağlığının olumsuz etkileneceğini göstermektedir. Örneklemin sağlık turistleri olmaları ve temel motivasyonlarının sağlıklarına kavuşma veya sağlıklarını koruma olması, bu ifadelerin ortalamalarını daha anlamlı hale getirmektedir.

Katılımcıların yaşam kaliteleri arasındaki farklılığa bakıldığında termal turistlerin ($\bar{x}=4,01$) tıbbi turistlere ($\bar{x}=3,37$) göre daha yüksek seviyede fiziksel sağlığa sahip oldukları yorumu yapılabilir. Bu durumun temel sebebinin tıbbi turizmde bireylerin sağlıklarını iyileştirmek için seyahat etmelerinin yanında termal turizmde bireylerin sağlıklarını korumak için seyahat etmeleri olduğu ifade edilebilir. Psikolojik sağlık boyutuna bakıldığında termal turistlerin psikolojik sağlıklarının medikal turistlere göre daha yüksek veya iyi olduğu ifade edilebilir. Sağlık kavramı bütüncül bir bakış açısıyla ele alınan bir kavram olduğu için bu sonuç şaşırtıcı değildir. Fiziksel sağlığın iyiliği veya kötülüğü hayatın her alanında bireyi etkileyen bir faktördür. Katılımcıların tedavi ihtiyacına göre farklılıklarına bakıldığında ise medikal turistlerin termal turistlere göre daha az tedavi ihtiyacı duymakta olduğu görülmüştür. Araştırmaya tıbbi turistler (memnuniyet düzeylerinin de ölçülebilmesi amacıyla) sağlık hizmetlerini aldıktan sonra katılmıştır. Termal turistler ise hizmet alımı esnasında veya sonrasında katılım sağlamıştır. Bu bağlamda zaten bir sağlık tedavisi almış bir bireyin tedavi ihtiyacının düşük olması doğal bir sonuçtur.

Bu bilgilerden hareketle sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi net bir şekilde anlaşılmaktadır. Tıbbi turistlerin aldıkları hizmetler tıbbi birer operasyondur. Tıbbi operasyonlar ise insan sağlığına yapılacak son mşdahalelerdir. Bu bağlamda iki grup arasındaki temel motivasyon farklılıkları yaşam kalitelerinin de farklılaşması sonucunu getirmiştir yorumu yanlış olmayacaktır. Literatşrde belirtildiği üzere termal ve medikal turistler arasında bulunan net ayırım (Mueller ve Kaufmann, 2001; Horowitz vd., 2007; Cortez, 2008; Erfurt-Cooper ve Cooper, 2009; Taleghani vd., 2011) araştırma bulgularını desteklemektedir. İlgili alanda karşılaştırmalı çalışma yapılmamış olması sebebiyle bu araştırma bulguları gelecekteki çalışmalar açısından yol gşsterici olabilecektir.

Çalışma sonucunda elde edilmiş olan bulgular neticesinde tıbbi turistlerin almış oldukları hizmetten duydukları memnuniyet dşzeyi termal turistlerin almış oldukları hizmetten memnuniyet dşzeylerinden daha fazladır. Bu durum da elbette sağlık ile açıklanabilir. Termal turistlerin bir hizmetten duydukları memnuniyetsizlik ile medikal turistlerin duydukları memnuniyetsizlik beraberinde de farklı çıktılar getirecektir. Memnun olunmayan bir otele gidilmemesi ile memnun olunmayan bir operasyonun etkileri bireyde farklı etkiler bırakabilir. Aynı turizm çatısı altında farklı sektşrlerin (sağlık ve konaklama) karşılaştırılmasının yapıldığı bu araştırmada medikal turistlerin memnuniyet dşzeylerinin yşksek oluşu, Tşrkiye’de sağlık sektşrşnşn de başarısını ifade etmektedir denilebilir.

Tıbbi turistlerin empati haricindeki bştşn boyutlarda bulunan kalite gşstergelerine (empati hariç) ait beklentilerinin termal turistlerin beklentilerine gşe daha yşksek olduğu ifade edilebilir. Empati boyutu genellikle çalışanların mşşterilere gşsterdiği ilgiyi ifade etmektedir. Bu anlamda termal turistler medikal turistlere gşe empati boyutunda daha yşksek beklentiye sahiptir. Bunun yanında termal turistlerin konaklama sektşrşnden hizmet aldıkları dřřnřldřđřnde en yşksek ortalamaya sahip boyutların “heveslilik ve gşvenilirlik” ile “empati” olması beklenebilir bir sonuçtur. Tıbbi turistler açısından boyutlar arası bir değerlendirme yapıldığında en yşksek ortalamaya sahip boyut “gşvenle” ilgili boyuttur. Kendi şlkelerinde alamadıkları veya ekonomik anlamda daha avantajlı bir tedavi alabilmek için yurtdışı seyahati gerçekleştiren medikal turistler için en önemli unsurun gşven olduğu net bir şekilde gşrşlmektedir.

Araştırma bulguları beklenen hizmet kalitesinin memnuniyeti etkilediğini de göstermektedir. Araştırmada ortaya çıkan beklenen hizmet kalitesinin üç boyutu bir arada memnuniyeti etkilemektedir. Fakat somutluk ve empati boyutlarının memnuniyet üzerindeki etkileri anlamlı değilken güven boyutunun memnuniyet üzerindeki etkisi anlamlıdır. Araştırmanın bu bulguları literatürle tutarlılık göstermektedir. Örneğin İlban ve diğ. (2016) çalışmalarında termal turistlerin algıladıkları hizmet kalitesi boyutlarından somutluk ve empatinin müşteri memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmadığını, güven boyutunun ise memnuniyeti etkilediğini ifade etmektedir. Yavuz (2018) tıbbi turistler üzerine gerçekleştirmiş olduğu çalışmada işletmenin fiziksel yapısının memnuniyete etki etmediği, güvenle ilgili kalite unsurlarının (çalışanların bilgi ve deneyimi, hastalara ilgisi vb.) ise memnuniyeti etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Aşık (2014) çalışmasında termal turistlerin memnuniyetinin hizmet kalitesinin, işletme niteliklerinin ve rekreasyonel faaliyetlerin artmasıyla sağlanacağını ifade etmektedir.

Araştırma bulgularına göre sağlık turistlerinin fiziksel yaşam kalitelerinin (YK) memnuniyet ve psikolojik YK'leri üzerinde, memnuniyetlerinin psikolojik YK'leri üzerinde anlamlı etkisi vardır. Ayrıca fiziksel YK'lerinin psikolojik YK'leri üzerinde memnuniyetlerinin aracılık etkisi bulunmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık turistlerinin yaşam kaliteleri memnuniyeti etkilemekte ve memnuniyetlerinden etkilenmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında turizm ve yaşam kalitesi çalışmaları genellikle yerel halkın turizmden elde ettiği gelir ekseninde incelenmektedir. Eser ve diğ. (2018) gerçekleştirdikleri çalışmada turizmin yerel halkın yaşam kalitesini (doğrudan ya da dolaylı olarak turizmden ekonomik olarak olumlu etkilenmeleri sebebiyle) artırdığını ifade etmişlerdir. Özer ve Ataman (2020) çalışmalarında turizmin yerel halkın yaşam kalitesini artırabilmesi için yerel halkın turizmden faydalanması gerekliliğini ifade etmektedir. Gelişim aşamasındaki destinasyonlarda turizmin yerel halkın YK'si üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen ilerleyen safhalarda (taşıma kapasitesinin dolması) durumun tekrar değerlendirilmesi gerekliliğini ifade etmişlerdir. Turistlerin YK'leri üzerine yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Tuna (2019) turistlerin tatile çıkma sıklığının psikolojik tatmini artırdığını ifade etmektedir. Yıldız (2020) ise termal turistlerin yaşam kalitesi ve memnuniyet algılarında demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığını araştırmıştır. Yapılan araştırmaya göre termal turistlerin gelir düzeylerine göre memnuniyet ve YK'leri farklılaşmaktadır.

Araştırmanın YK ile ilgili bulgularıyla ilgili olarak ulaşılabilen tek çalışma Lončarić ve diğ. (2015) gerçekleştirdiği çalışmadır. Hastanede hizmet alan bireylere yönelik gerçekleştirilen çalışmada sağlıkla ilgili YK'nin alt boyutu olan fiziksel YK'nin memnuniyet ve genel yaşam tatmini üzerinde anlamlı etkisinin olduğu ifade edilmektedir.

Araştırmanın özgün değeri

Bu çalışma, bünyesinde bazı açılardan ilkleri barındırmaktadır. Öncelikle gerçekleştirilen araştırmalara göre literatürde sağlık turistleri kavramından termal ya da tıbbi turistler olarak bahsedildiği görülmüştür. Fakat sağlık turizmi, bünyesinde kendi çeşitlerini barındıran çatı bir kavram olarak algılanmalıdır. Bu çalışmada ise bakanlığın da tanımına uygun şekilde sağlık turizmi kapsamında termal ve tıbbi turistler ele alınmıştır. Termal ve tıbbi turistler arasında karşılaştırmalı bir araştırmanın daha önce yapılmadığı görülmektedir. Bu açıdan tezin çıktıları teorik çerçeveye ve sektöre önemli katkılar sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bu araştırma fiziksel yaşam kalitesinin psikolojik yaşam kalitesine etkisinde memnuniyetin rolünü, beklentilerin memnuniyet üzerinde etkisini teorik olarak kurgulayan ve ampirik olarak test eden ilk çalışmadır. Çeşitli yazarlar sağlık turizmi alanında memnuniyet, turistlerin yaşam kalitesi konularında literatürde boşluk olduğunu ve bu konuların araştırılması gerektiğini tavsiye etmektedir (Genç, 2011; Lertwannawit ve Gulid, 2011; Lončarić ve diğ, 2015). Bu bağlamda ilgili tavsiyelerin bu çalışma ile gerçekleştirildiği ifade edilebilir.

Öneriler

Araştırma bulguları kapsamında sektör ve araştırmacılara çeşitli öneriler getirilmesi uygun olacaktır. Araştırmada sağlık turistlerinin memnuniyet, beklendikleri hizmet kalitesi ve yaşam kalitesi boyutları açısından ayrı bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda tıbbi turistler ile medikal turistler açısından farklılıklar ortaya konmuştur. Daha sonra sağlık turistleri (medikal ve tıbbi turistler) birlikte değerlendirilerek araştırma modeli test edilmiştir. Araştırma modeli bağlamında sağlık turizminde bireyin beklentileri ve fiziksel sağlıkları memnuniyet düzeylerini, memnuniyet düzeyleri ise psikolojik sağlıklarını pozitif yönde etkilemektedir. Fiziksel

sağlığın psikolojik iyi oluş üzerinde de önemli bir etkisi vardır ve bu etkide memnuniyetin aracılık rolü bulunmaktadır. Bu çıktılarından hareketle;

Sektöre öneriler

- Termal turistlerin büyük çoğunluğu iç turizm hareketliliği bağlamında yurttışlardan oluşmaktadır. Bu durum dünyada da benzerlik göstermektedir. Termal turizm işletmeleri uluslararası turistleri çekmeyi hedeflemelidir. Bunu sağlayabilmek için sadece klasik tanıtım, pazarlama enstrümanlarının kullanılması yeterli olmayabilir.
- Özellikle aynı çatı (tıbbi turizm işletmeleri gibi) altında olunan farklı işletmelerle çeşitli protokol anlaşmaları yapılabilir. Tıbbi turistleri sadece tedavi hizmeti alıp ülkelerine göndermek yerine termal turizm aktivitelerine de katılmaları sağlanarak (aldıkları tıbbi tedavinin müsaade ettiği ölçüde) hem kalış süreleri hem de harcama miktarları artırılabilir.
- Termal turistlerin aldıkları hizmetlerden tıbbi turistlere göre daha az memnun olmaları sektörle ilgili ipuçları vermektedir. Saha çalışmaları esnasında yapılan gözlemler neticesinde de termal turizm işletmelerinin gelişmeye çok fazla istekli olmadıkları ifade edilebilir. Dünyada değişim kaçınılmazdır. Ulusal pazar için yeterli görülse de termal turizmin uluslararası bir düzeyde tanıtılması tıbbi turizmde de önemli bir seviye gelinmesi noktasında çarpan etkisi yaratabilir.
- Seyahat işletmelerinin gerçekleştirdiği çeşitli satış geliştirme faaliyetleri (ör. THY'nin tıbbi turizm için seyahat edenlere indirim uygulaması) aynı zamanda ülkenin sağlık turizmi konusunda tanıtılmasına ve uluslararası hasta çekiminde önemli rol oynamaktadır. Bu tek başına yeterli değildir. Seyahat acentaları ve tur operatörleri, içeriğinde hem tıbbi hem de termal turizm hizmetlerinin bulunduğu çeşitli paket turlar düzenleyebilir.
- Tıbbi turistlerin memnuniyet düzeylerine etki eden en önemli unsur güvendir. Güven boyutunun kapsamına bir hastanenin fiziki donatılarından ziyade çalışanlarının hastalara olan yaklaşımı, bilgi seviyesi, işlerindeki uzmanlıkları, hastalara olan ilgisi, verilen sözlerin yerine getirilmesi gibi unsurlar girmektedir. Bu açıdan işletme yöneticilerinin en lüks işletmeye sahip olmak yerine en

nitelikli personele sahip olmayı hedeflemesi tıbbi turistlerin işletmelerdeki memnuniyetini artıracaktır.

- Tıbbi turizm işletmelerinde görev alan sağlık personelinin uluslararası yetkinliği ve bilgi seviyesi tanıtım araçlarında kullanılabilir.
- İşletmenin yürüttüğü tanıtım faaliyetleri ve verdikleri sözlere güvenerek uluslararası seyahat eden hastaların ülkelerine memnun dönmeleri, ülkeye daha fazla uluslararası hastanın gelmesine sebebiyet verecektir. Bu durumun bilincinde olunarak hizmet sunulması ülke prestijine önemli katkılar sağlayacaktır.
- Dünya genelinde tıbbi turizmde ön planda olan ülkelere komşu ülkelerden önemli bir hasta akışı gerçekleşmektedir (ör. Meksika, Malezya, Hindistan, Tayland, Güney Afrika). Bu bağlamda USHAŞ'ın belirlediği hedef ülkeler kapsamında öncelikle komşu ülkelerden başlanarak ilgili ülkeye ve ihtiyaca özel tanıtım faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- Tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinde “Türkiye’den sağlık turizmi hizmeti almanın yaşam kalitesine önemli bir etkide bulunacağı” bilgisini dahil eden çeşitli sloganlar geliştirilebilir.
- Sağlık ve konaklama sektörü bir araya gelerek sağlık turizmini geliştirme çalışmaları düzenlenebilir. Sektörlerin birbirini yakından tanınması ve bütüncül bir yaklaşımla iş birlikleri kurulabilir.
- Özellikle sağlık sektöründe ağızdan ağıza pazarlama önemli bir faktördür. Bireyin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda ilk olarak “tanıdık” ve “güvenilir” bir hizmet arayacağı bir gerçektir. Bu açıdan işletmelerden memnun ve mutlu ayrılan hasta aldığı hizmeti çevresine anlatarak işletme pazarlamasına katkıda bulunacaktır.

Kamu kurumlarına öneriler

- Sağlık turizmi konusu hem sağlık bilimi hem de turizm bilimi açısından önem arz etmektedir. Bu açıdan oluşturulacak yasal düzenlemeler multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde ele alınmalıdır.

- Tıbbi turizm işletmeleri ve seyahat acentalarına yönelik düzenlenen uluslararası sağlık turizmi yetki belgelerinin uluslararası tanınırlığını artırmak amacıyla ilgili sektörde önde gelen akredite kuruluşlarla temas halinde olunabilir.
- Sağlık turizminin kendi içerisinde alt sektörlerini (tıbbi, termal-SPA, engelli ve yaşlı turizmi gibi) oluşturan çatı bir kavram olarak görerek ilgili sağlık turizmi çeşidine göre işletmelere yönelik ayrı yönetmelikler oluşturulabilir.
- Tıbbi turizmdeki yükselişe rağmen termal turizmde dünya genelinde de olduğu gibi içe kapalılık söz konusudur (iç turizm hareketliliği kapsamında olması). Uluslararası termal turizm hareketliliği Türkiye'nin jeopolitik konumundan da faydalanarak başlatmak amacıyla stratejiler oluşturulabilir.
- Termal turizm tesislerine yönelik "sağlık turizmi" çerçevesinde özel teşvikler oluşturulabilir.

Araştırmacılara öneriler

- Araştırma konusuna dahil edilen bireyler sağlık turistleridir. Benzer çalışmalar diğer turizm çeşitlerinde de gerçekleştirilebilir. Sağlık turizmi ile diğer turizm çeşitleri arasında farklılıklar ortaya konulabilir.
- Araştırma nicel bir araştırmadır. Araştırmada yer alan olguların "ne kadar" olduğu ile ilgilenilmiştir. Bu olguların "nasıl" sorusuna cevap verilebilmesi için gelecekte nitel araştırma deseni ile araştırmalar gerçekleştirilebilir.
- Araştırmaya Türkiye'de sağlık turizmi hizmeti alan bireyler katılmıştır. Gelecekte farklı ülkelerden hizmet alan bireyler de araştırma konusu olabilir. Bu bağlamda ülkeler arası karşılaştırma yapılabilecek çalışmalar ortaya konabilir.
- Bu araştırma keşifsel bir araştırmadır. Bu araştırmada konu hakkında merak giderilmesi ve ön araştırma yapılması planlanmıştır. Araştırma konusu kapsamlı çalışmalar yapmaya elverişlidir. Aynı zamanda en yüksek turizm harcaması yapılan bu turizm çeşidinde müşteri davranışı, memnuniyet ve beklenti ilişkileri üzerinde çalışmaların yapılması teoriye ve sektöre büyük katkılar sağlayabilir.
- Araştırma kapsamına sağlık turizmi talebi, işletmelerinden hizmet alanlar yani "müşteriler" dahil edilmiştir. Sağlık turizminde arz boyutunun da araştırılması olgunun daha iyi anlaşılmasına açıklık getirebilir.

KAYNAKLAR

- Aizura, A. (2017). Where health and beauty meet: femininity and racialisation in Thai cosmetic surgery clinics. *Asian Studies Review*, 33(3), 303-317.
- Akbaba, A. (2006). Measuring service quality in the hotel industry: A study in a business hotel in Turkey. *International journal of hospitality management*, 25(2), 170-192.
- Akbulut, G. (2010). Türkiye'de kaplıca turizmi ve sorunları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 35-54.
- Akbulut, Ö. & Çapık, C. (2022). Çok değişkenli istatistiksel analizler için örneklem büyüklüğü. *Journal of Nursology*, 25(2), 111-116.
- Akıncı, Z., Çelik, M., & Elinç, H. (2021). Erişilebilir (engelli dostu) konaklama işletmelerinin standartlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Journal of Applied Tourism Research*, 2(2), 91-114.
- Aktürk, Z. & Acemoğlu, H. (2011). *Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik*. İstanbul: Anadolu Ofset.
- Albaz, A. (2020). *The role of service quality in developing the medical tourism sector in an Arabic context: the Qatari perspective*, (Doctoral dissertation). Cardiff, Metropolitan University.
- Alber, J., Fahey, T., & Saraceno, C. (2007). Introduction: EU enlargement and quality of life: The context and purpose of this book. In *Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union* (pp. 17-40). Routledge.
- Alén, E., Domínguez, T., & Losada, N. (2012). New opportunities for the tourism market: Senior tourism and accessible tourism. *Visions for global tourism industry: Creating and sustaining competitive strategies*, 139-166.
- Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407-416.
- Alkier Radnic, R., Gracan, D., & Fister, M. (2009). Repositioning of thermal spa tourism of North-West Croatia in accordance with the European thermal spa tourism trends. *Tourism and hospitality management*, 15(1), 73-84.
- Altunişik, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yildirim, E. (2007). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- AMA-OMSS (2007) Medical travel outside the U.S. OMSS Governing Council Report B, June.

- Andereck, K. L. & Nyaupane, G. P. (2011). Exploring the nature of tourism and quality of life perceptions among residents. *Journal of Travel research*, 50(3), 248-260.
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Rust, R. T. (1997). Customer satisfaction, productivity, and profitability: Differences between goods and services. *Marketing science*, 16(2), 129-145.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York: Plenum Press.
- Annette B, & Arellano R. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*. 37(1):193-8.
- Aref, F. (2011). The effects of tourism on quality of life: A case study of Shiraz, Iran. *Life Science Journal*, 8(2), 26-30.
- Aşık, N. A. (2014). Termal otel müşterilerinin memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *UHPAD*, 1(2), 109-123.
- Atak, H., Tatlı, C. E., Çokamay, G., Büyükpabuşcu, H., & Çok, F. (2016). Yetişkinliğe geçiş: Türkiye’de demografik ölçütler bağlamında kuramsal bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 204-227.
- Ateş, V. (2017). “Investigating the Effects of Customer Perceptions Resulted from Online Shopping Sites on Customer Satisfaction”. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 16 (2): 313-329.
- Avcı, K. & Kayıhan, P. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 11, 32-47.
- Aydın, D., Yılmaz, C. (2011). *Medikal Turizm Araştırması*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 1. Baskı. Ankara.
- Aydoğdu, A. L. F. & Köse, K. A. (2022). A brief comparison of health tourism in Brazil and Turkey. *World Academics Journal of Management*.
- Babakuş, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767.
- Bagga, T., Vishnoi, S. K., Jain, S., & Sharma, R. (2020). Medical tourism: treatment, therapy & tourism. *Int J Sci Technol Res*, 9, 4447-4453.
- Balcı, M. (2021). *Engelli turizmi: Çanakkale*. (Doktora tezi). Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.

- Barlow, J. (1998). *Her Şikâyet Bir Armağandır* (G. Günay, Çev.). İstanbul: Rota Yayınları.
- Barofsky, I. (2011). *Quality: its definition and measurement as applied to the medically ill*. Springer Science & Business Media.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Barutçugil, İ. (2009). *Müşteri ilişkileri ve satış yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Batman, O. (2015). *Otel işletmelerinin yönetimi*. İstanbul: Değişim Yayınları.
- Bayer, E. (1997). *Türk termal turizm potansiyeli ile tesisleri ve bir uygulama*, (Yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Benjamin, S. Bottone, E. & Lee, M. (2021). Beyond accessibility: exploring the representation of people with disabilities in tourism promotional materials. *Journal of Sustainable Tourism*, 29(2-3), 295-313.
- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464–469.
- Berger, C., Blauth, R., Boger, D., Bolster, C., Burchill, G., DuMouchel, W., Pouliot, F., Richter, R., Rubinoff, A., Shen, D., Timko, M., & Walden, D. (1993). Kano's methods for understanding customer-defined quality. *Center for Quality Management Journal*, 4, 3–36.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. et al. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Biddulph, R. & Scheyvens, R. (2018). Introducing inclusive tourism. *Tourism Geographies*, 20(4), 583-588.
- Boscarino, J.A. (1992), "The public's perceptions of quality hospitals II: implications for patient surveys", *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 37 No. 1, Spring, pp. 13-35.
- Bostan, S., & Yalçın, B. (2016). Sağlık turistlerinin medikal destinasyon seçimini etkileyen faktörler. *Journal of International Social Research*, 9(43).
- Bowling, A. (1997) *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press
- Bozkurt, İ. (2019). *Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi ve belirsizlik algısı ile müşteri memnuniyeti ve sadakati arasındaki ilişki üzerine güven düzeyinin ılımlaştırıcı etkisi* (Doktora tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

- Brady, M. K. & Robertson, C. J., 2001. Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross national study.. *Journal of Business research*, 52(1), pp. 53-60.
- Buhalis, D., Eichhorn, V., Michopoulou, E., & Miller, G. (2005). Accessibility market and stakeholder analysis. *University of Surrey y One Stop Shop for Accessible Tourism in Europe (OSSATE)*.
- Buhalis, D. & Darcy, S. (Eds.). (2010). *Accessible tourism: Concepts and issues*. Channel View Publications, Bristol - Buffalo – Toronto.
- Bulgan, G. (2014). *Engelli turizmi: Antalya ilindeki dört ve beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma* (Doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Burkett, L. (2007). Medical Tourism: Concerns, Benefits and the American Legal Perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28(2): 223-245.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The quality of life definition: where are we going?. *Uro*, 1(1), 14-22.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Can, A. (2014). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of retailing*, 66(1), 33.
- Černikovaitė, M. E. & Mameniškis, M. J. (2015). Medical tourists' expectations when choosing Lithuania for health care services. *Social Transformations in Contemporary Society*, 3, 24-39.
- Ceylan, M. A. & Yakut, M. E. (2021). Türkiye’de Turistik Konaklama Türlerine ve Dağılımına Coğrafi Bir Bakış. *Turkish Academic Research Review*, 6 (2), 697-724. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tarr/issue/62824/931416>
- Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 101: data presentation. *Singapore medical journal*, 44(6), 280-285.
- Chan, Y. K., Kwan, C. C. A., & Shek, T. L. D. (2005) Quality of life in Hong Kong: The CUHK Hong Kong quality of life index. *Social Indicators Research*, 71 (1), 259– 289.
- Chen, J. S., & Prebensen, N. (2009). Wellness as tourist motivation: Case of Taiwan. *Wellness and tourism: Mind, body, spirit, place*, 231-238.

- Chi, C. G. & Gursoy, D. (2009). Employee satisfaction, customer satisfaction, and financial performance: An empirical examination. *International Journal of Hospitality Management*, 28(2), 245-253.
- Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. A&C Black.
- Cho, W. H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K. S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study. *Health Services Research*, 39(1), 13-34.
- Cini, F., Kruger, S., & Ellis, S. (2013). A model of intrinsic and extrinsic motivations on subjective well-being: The experience of overnight visitors to a national park. *Applied Research in Quality of Life*, 8, 45-61.
- Clark, N. M. (2000). Understanding individual and collective capacity to enhance quality of life. *Health Education & Behavior*, 27(6), 699-707.
- Cleaver, M. & Muller, T. E. (2002). I want to pretend I'm eleven years younger: Subjective age and seniors' motives for vacation travel. *Advances in Quality of Life Research 2001*, 227-241.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), 1093-1100.
- Connell, J. (2010). *Migration and the Globalisation of Health Care: The Health Worker Exodus?* Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Cooper, C.P., Fletcher, J., Noble, A., & Westlake, J.N. (1992) Changing tourism demand in central Europe: the case of Romanian tourist spas. *The Journal of Tourism Studies*, 6 (2), 30-44.
- Cortez, N. (2008). Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Ind. LJ*, 83, 71.
- Costanzaa, R., Fishera, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.
- Coşar, Y. (2013). *Yavaş şehir (cittaslow) olgusunun turist davranışları ve yerel halkın kentsel yaşam kalitesi algısına etkileri* (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 6, 55-68.
- Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726-732.
- Crosby, P. (1992). B.(1980). Quality is Free.

- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52 (1), 55–72.
- Çetin, T. (2019). *Sağlık turizmi kapsamında medikal turizm pazarlaması: Türkiye medikal turizm şirketleri üzerine bir uygulama* (Yüksek lisans tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, K.K.T.C.
- Da Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., & Fleck, M. P. (2012). The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health*, 15(3), 449-457.
- Daniels, M. J. Rodgers, E. B. D. & Wiggins, B. P. (2005). “Travel Tales”: an interpretive analysis of constraints and negotiations to pleasure travel as experienced by persons with physical disabilities. *Tourism management*, 26(6), 919-930.
- Darcy, S. & Dickson, T. J. (2009). A whole-of-life approach to tourism: The case for accessible tourism experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 16(1), 32-44.
- Darcy, S. (2002). Marginalised participation: Physical disability, high support needs and tourism. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 9(1), 61-73.
- Darcy, S. McKercher, B. & Schweinsberg, S. (2020). From tourism and disability to accessible tourism: a perspective article. *Tourism Review*.
- Deesilatham, S. (2018). *Wellness tourism: Determinants of incremental enhancement in tourists? Quality of life* (Doctoral dissertation). Royal Holloway, University of London.
- Demirel, N. (2019). *Müşteri memnuniyetinin ağızdan ağıza iletişim üzerindeki etkisinde hizmet telifisinin düzenleyicilik rolü: Nevşehir'deki otel işletmelerinde bir uygulama* (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 1-13.
- Dhale, S. (2020). Factors influencing the meteoric rise of the Indian medical tourism sector and its impact on the economy. *J. Crit. Rev.*, 7(7), 692-694.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302

- Diener, E. D. & Suh, E. (1997) Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189–216.
- Doğan, Ü. (1991). *Kalite yönetimi ve kontrolü*. İzmir: İstiklal Matbaası.
- Doğaner, S. (2001). *Türkiye Turizm Coğrafyası*. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Dolnicar, S., Lazarevski, K., & Yanamandram, V. (2013) Quality of life and tourism: A conceptual framework and novel segmentation base. *Journal of Business Research*, 66 (6), 724–729.
- Dotchin, J. A., & Oakland, J. S. (1994). Total quality management in services: Part 1: Understanding and classifying services. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(3), 9-26.
- Douglas, L., & Connor, R. (2003). Attitudes to service quality—the expectation gap. *Nutrition & Food Science*.
- Dunn, P. (2007). Medical tourism takes fight. *Hospitals & Health Networks*, 81(11), 40-44.
- Earl, L. M. (2004). *Participatory evaluation in education: Studies of evaluation use and organizational learning* (Vol. 8). Routledge.
- Ebrahim, A. H., & Ganguli, S. (2019). A comparative analysis of medical tourism competitiveness of India, Thailand and Singapore. *Tourism: An International Interdisciplinary Journal*, 67(2), 102-115.
- Eissler, L. A. & Casken, J. (2013). Seeking health care through international medical tourism. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 177-184.
- El-Jardali, F., Hemadeh, R., Jaafar, M., Sagherian, L., El-Skaff, R., Mdeihly, R., ... & Ataya, N. (2014). The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC health services research*, 14, 1-10.
- Erdem, B. Gülcan, B. & Chykynov, S. (2015). Konaklama işletmelerinde SPA & wellness hizmetlerinde çalışan işgörenlerin profili: Antalya'daki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (48), 238-257. Retrieved From <https://dergipark.org.tr/en/pub/abuhsbd/issue/32941/365979>.
- Erdoğan, E. & Aklanoğlu, F. (2008). Termal Turizm ve Afyon-Gazlıgöl Örneği. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 3(1), 83-92.
- Erfurt-Cooper, P., & Cooper, M. (2009). Health and wellness tourism: Spas and hot springs (Vol. 40). Channel view publications.
- Ergen, F. D. (2018). *Türkiye’de Medikal Turizm Girişimciliği: İstanbul Örneği*. (Doktora Tezi). Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.

- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.
- Feigenbaum, A. V. (1991). Total quality control. *New York*.
- Fırtına İlhan, C. & Özdoğan, O. N. Sağlık turizmi kapsamında saç ekimi tedavisi; türkiye ve polonya karşılaştırması. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (53), 265-276.
- Fick, G. R. & Brent Ritchie, J. R. (1991). Measuring service quality in the travel and tourism industry. *Journal of travel research*, 30(2), 2-9.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saude Publica*, 34, 178-183.
- Fleischer, A. & Pizam, A. (2002). Tourism constraints among Israeli seniors. *Annals of Tourism Research*, 29(1), 106–123.
- Forgione, D. A., & Smith, P. C. (2007). Medical tourism and its impact on the US health care system. *Journal of health care finance*, 34(1), 27-35.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *Journal of marketing*, 60(4), 7-18.
- Frost, G. J. (2004). The spa as a model of an optimal healing environment. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(Supplement 1), S-85.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. *Advances in quality of life theory and research*, 207-241.
- Garcia-Altés, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of tourism research*, 32(1), 262-266.
- Garg, R., Batra, R., & Banerji, A. (2020). Low cost, quality treatment and excellent hospitality makes India the best destination for medical tourism.
- Garg, S. R. & Bhardwaj, A. (2012). Indian medical tourism industry: growth opportunities and challenges. *Multi Disciplinary Edu Global Quest (Quarterly)*, 1(1), 115-135.
- Garvin, D. A. (1984). What does Product Quality Really mean. *Sloan management review*, 25, 25-43.
- Genç, R. (2011). Subjective aspects of tourists' quality-of-life (QOL). In *Handbook of tourism and quality-of-life research: Enhancing the lives of tourists and residents of host communities* (pp. 149-167). Dordrecht: Springer Netherlands.

- George, D. & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update*. 10th Edition, Pearson, Boston
- Gilmore, A. (2003). *Service Marketing and Management*. Sage Publications, New Delhi.
- Gilmore, H. L. (1974). Product conformance cost. *Quality progress*, 7(5), 16-19.
- Giritlioğlu, İ. (2015). Turizmin Tarihsel ve Yapısal Gelişimi. Z. Aslan içinde, *Genel Turizm*. Ankara: Grafiker Yayınları.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16(6), 1145-1155.
- Gonzales, A., Brenzel, L., & Sancho, J. (2001). Health tourism and related services: Caribbean development and international trade. *Final report*, 57-8.
- González, M. E. A., Comesaña, L. R., & Brea, J. A. F. (2007). Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction. *Journal of business research*, 60(2), 153-160.
- Group, WHOQOL. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Gustafsson, A., Johnson, M., & Roos, I. (2005). The Effects of Customer Satisfaction, Relationship Commitment Dimensions, and Triggers on Customer Retention. *Journal of Marketing*, 69, 210–218.
- Güleç, D. (2011). *Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi*. (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hacıoğlu, N. & Şahin, B. (2011). Üçüncü Yaş Turizmi. N. Hacıoğlu & C. Avcıkurt (Ed.) içinde, *Turistik Ürün Çeşitlendirmesi* (2. Basım, s. 17–39). Ankara: Nobel.
- Hagerty, M. R., Cummins, R., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 71(1), 58-78.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6th edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson University Press.
- Han, H. & Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust and price reasonableness. *Tourism Management*, 46: 20-29.

- Hatipoğlu, S. (2021). *Konaklama İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisinde Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü* (Doktora tezi). Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hays, R.D.; Reeve, B.B. (2010). Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. In *Epidemiology and Demography in Public Health*; Killewo, J., Heggenhougen, H.K., Quah, S.R., Eds.; Academic Press: San Diego, CA, USA,; pp. 195–205. 9.
- Henama, U. S. (2014). Health tourism in South Africa: opportunities and possibilities. *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, 3(1), 1-8.
- Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Herrick D. M. (2007) *Medical tourism: Global competition in healthcare*. Dallas, Texas: National Centre for Policy Analysis
- Hirshman, A. O. (1983). *Shifting Involvement*, Oxford.
- Horneman, L. Carter, R. W. Wei, S. & Ruys, H. (2002). Profiling the senior traveler: an Australian perspective. *Journal of Travel Research*, 41(1), 23–37.
- Horowitz, M. D. Rosensweig, J. A. & Jones, C. A. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.
- Horton, S., & Cole, S. (2011). Medical returns: seeking health care in Mexico. *Social science & medicine*, 72(11), 1846-1852.
- Hossain, A. (2003). Senior travellers: their contribution to the domestic tourism market in Australia. *Journal of the Bureau of Tourism Research*, 5(1), 1–18.
- Hunt, S., McKenna, S. P., & McEwen, J. (1989). The Nottingham Health Profile User's Manual, revised edn. *Manchester University*.
- Ilieska, K. (2013). Customer satisfaction index—as a base for strategic marketing management. *TEM journal*, 2(4), 327.
- Iwaarden, J.V., Van der Wiele, T., Ball, L., & Millen, R. (2003). Applying SERVQUAL to web sites: An exploratory study. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- İlban, M. O., Bezirgan, M., & Çolakoğlu, F. (2016). Termal otellerde algılanan hizmet kalitesi, memnuniyet ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Edremit örneği. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 27(2), 181-194.

- İslamoğlu, A. H., & Alınçık, Ü. (2009). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (Research methods in social sciences)*. İzmit, Turkey: Beta Yayınları.
- Jain, J. P. (2001). *Quality control and total quality management*. Tata McGraw-Hill Education.
- Jang, S. S. & Wu, C. M. E. (2006). Seniors' travel motivation and the influential factors: An examination of Taiwanese seniors. *Tourism Management*, 27(2), 306-316.
- Johns, N. (1993). Quality management in the hospitality industry: Part 3. Recent developments. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*.
- Johnson, M. D., & Fornell, C. (1991). A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of economic psychology*, 12(2), 267-286.
- Jones, J. W., & McCullough, L. B. (2007). What to do when a patient's international medical care goes south. *Journal of vascular surgery*, 46(5), 1077-1079.
- Juran, J. M. (1962). *Quality control handbook* (No. 311.214 J87).
- Kadir, E., Çelik, N., & Yıldız, O. (2018). Turizmin yerel halkın yaşam kalitesi üzerindeki etkileri: Muğla-Akyaka örneği. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 10(2), 60-73.
- Kang, H., & Bradley, G. (2002). Measuring the performance of IT services: An assessment of SERVQUAL. *International journal of accounting information systems*, 3(3), 151-164.
- Kano, N., Seraku N., Takakashi F. & Tsuji S. (1984). Attractive quality and must-be quality. *Journal of the Japanese society for quality control*, 31(4), 147-156.
- Kantar, G. & Işık, E. (2014). Türkiye'de sağlık turizmi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1 (1), 15-20.
- Khadka, K. & Maharjan, S. (2017). Customer satisfaction and customer loyalty. *Centria University of Applied Sciences Pietarsaari*, 1(10), 58-64.
- Khan, S., & Alam, M. S. (2014). Kingdom of Saudi Arabia: A potential destination for medical tourism. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(4), 257-262.
- Kılıç, İ., & Pelit, E. (2004). Yerli turistlerin memnuniyet düzeyleri üzerine bir araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 15(2), 113-124.
- Kirpalani, V. H. (1987). International Marketing and the Quality-of-life. *Marketing*, 159.
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*. Routledge.

- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (3. Baskı). *New York, NY: Guilford, 14*, 1497-1513.
- Konu, H. & Laukkanen, T. (2010). Predictors of tourists' wellbeing holiday intentions in Finland. *Journal of Hospitality and Tourism Management, 17*(1), 144-149.
- Kotler, P., 2000. *Marketing Management*. 10 ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Kozak, M., & Rimmington, M. (2000). Tourist satisfaction with Mallorca, Spain, as an off-season holiday destination. *Journal of travel research, 38*(3), 260-269.
- Kök, M. (2013). *Sağlık turizmi açısından termal turizm*. (Yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Köklü, N., Büyükoztürk, Ş. & Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal Bilimler için istatistik*. Ankara: Pegem Yayınları.
- Köves, B., Cai, T., Veeratterapillay, R., Pickard, R., Seisen, T., Lam, T. B., ... & Wullt, B. (2017). Benefits and harms of treatment of asymptomatic bacteriuria: a systematic review and meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. *European urology, 72*(6), 865-868.
- Kurtuluş, K. (2010). *Arastirma yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P. & Sartorius, N. (1994). Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health, 23*(2), 5-27.
- Kwon, W. & Lee, T. J. (1994). Measuring service quality in Singapore retail banking. *Singapore Management Review, 16*(2), 1-24.
- Kwortnik, R. J. (2005). Preparing for disaster: recommendations based on the blackout of'03. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 46*(1), 47-51.
- Lankton, N. K. & McKnight, H. D. (2012). Examining two expectation disconfirmation theory models: Assimilation and asymmetry effects. *Journal of the Association for Information Systems, 13*(2), 1.
- Lanz Kaufmann, E. (2002) Wellness tourismus: Entscheidungsgrundlagen für Investitionen und Qualitätsverbesserungen. Bern, *Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus*.
- Laugesen, M. J., & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States–Mexican comparisons. *Health Policy, 97*(2-3), 225-231.
- Lautier, M. (2008). Export of health services from developing countries: The case of Tunisia. *Social Science & Medicine, 67*(1), 101-110.

- Lee, D. (1998). *The effects of product quality and service quality on consumer satisfaction and loyalty-A study of gas station*. Unpublished master's thesis, National Cheng University, Taiwan.
- Leggat, P., & Kedjarune, U. (2009). Dental health,'dental tourism'and travellers. *Travel medicine and infectious disease*, 7(3), 123-124.
- Lei, P., & Jolibert, A. (2012). A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC health services research*, 12(1), 1-11.
- Leisen Pollack, B. (2008). The nature of the service quality and satisfaction relationship: Empirical evidence for the existence of satisfiers and dissatisfiers. *Managing Service Quality: An International Journal*, 18(6), 537-558.
- Lertwannawit, A. and Gulid, N. (2011) International tourists' service quality perception and behavioural loyalty toward medical tourism in Bangkok metropolitan area. In proceedings of the *2011 Barcelona European Academic Conference*, Barcelona, Spain.
- Liburd, J. J., Benckendorff, P., & Carlsen, J. (2011). Tourism and quality-of-life: how does tourism measure up?. *Handbook of tourism and quality-of-life research: Enhancing the lives of tourists and residents of host communities*, 105-132.
- Lipovčan, L. K., Brajša-Žganec, N. & Poljanec-Borić, S. (2014). What is good for tourists should be good for residents too: The relationship between the quality of the touristic offer and subjective well-being of residents. *Tourism Analysis*, 19(6), 719-730.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy* (New York: Russell Sage). *Moving Toward Mixed Service Delivery*, 31.
- Lončarić, D., Lončarić, D. & Marković, S. (2015). Health tourism, customer satisfaction and quality of life: The role of specialty hospitals. *Tourism in Southern and Eastern Europe...*, 3, 159.
- Lončarić, D., Dlačić, J. & Kos Kavran, A. (2018). Improving quality of life through co-creating tourist experience—what does experience marketing have to do with it?. *Ekonomika misao i praksa*, (1), 103-121.
- Lovelock, C. H. (1984). *Services Marketing*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, NJ.
- Luiza, S. M. (2010). Accessible tourism—the ignored opportunity. *Annals of faculty of Economics*, 1(2), 1154-1157.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32.

- Mak, A. H., Wong, K. K., & Chang, R. C. (2009). Health or self-indulgence? The motivations and characteristics of spa-goers. *International Journal of tourism research*, 11(2), 185-199.
- Marković, S., Raspor, S., & Šegarić, K. (2010). Customer satisfaction and customer loyalty measurement in hotel settings: an empirical analysis. *Tourism & Hospitality Management*.
- Martínez Álvarez, M., Chanda, R. & Smith, R. D. (2011). The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India. *Globalization and Health*, 7(1), 1-9.
- Maurette, T. & Ben Fguira, S. (2022). A case of medical tourism?. Biopolitics and neoliberal reconfigurations of the medical care system in Sfax (Tunisia). *Via. Tourism Review*, (21).
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
- Michalos, A. C., Zumbo, B. D., & Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Minghetti, V., & Furlan, M. C. (2006). From medical holidays to global wellness experiences: The new age of health tourism. *Time shift, leisure and tourism*, 155-164.
- Moloğlu, V. (2015). Yükselen bir değer olan medikal turizmin; Türkiye ekonomisine katkısı. In *International Conference on Eurasian Economies* (Vol. 673, p. 680).
- Momeni, K., Janati, A., Imani, A., & Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study. *Tourism Management*, 69, 307-316.
- Moscardo, G. (2011). Building social capital to enhance the Quality-of-life of destination residents. In *Handbook of tourism and quality-of-life research: Enhancing the lives of tourists and residents of host communities* (pp. 403-421). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Mostafa, M. M. (2005). An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International journal of health care quality assurance*.
- Mrčela, N. T., Borovac, J. A., Vrdoljak, D., Grazio, S., Luetić, A. T., & Tomek-Roksandić, S. (2015). When elders choose: Which factors could influence the decision-making among elderly in the selection of health tourism services?. *Medical hypotheses*, 85(6), 898-904
- Mucuk, İ. (2009) *Pazarlama İlkeleri*, İstanbul: Türkmen Kitabevi

- Mugomba, C. & Caballero-Danell, S. (2007). Medical Tourism, and its Entrepreneurial Opportunities-A Conceptual Framework for Entry into the Industry. *Tourism and Hospitality Management Master Thesis*, (2006), 9.
- Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of vacation marketing*, 7(1), 5-17.
- Münch, H. & Ulrich, R. (2011). Inclusive tourism. *The long tail of tourism*, 159-169.
- Nadiri, H. & Hussain, K. (2005). Diagnosing the zone of tolerance for hotel services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 15(3), 259-277.
- Naumann, V. J. & Byrne, G. J. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16(2), 159-173.
- Neal, J. D. & Gursoy, D. (2008). A multifaceted analysis of tourism satisfaction. *Journal of Travel Research*, 47(1), 53-62.
- Neal, J. D., Uysal, M. & Sirgy, M. J. (2007). The effect of tourism services on travelers' quality of life. *Journal of travel research*, 46(2), 154-163.
- Newman, K. (2001). Interrogating SERVQUAL: a critical assessment of service quality measurement in a high street retail bank. *International Journal of Bank Marketing*, 19(3), 126-139.
- Nonthapot, S. & Srichaiyo, P. (2017). The relationships between financial policy, fiscal policy, visitor exports and the tourism economy of Thailand. *Journal of Environmental Management and Tourism*, 8(6), 1222-123
- Noree, T., Hanefeld, J., & Smith, R. (2014). UK medical tourists in Thailand: they are not who you think they are. *Globalization and health*, 10(1), 1-7.
- Nunkoo, R. & Smith, S. L. (2013). Political economy of tourism: Trust in government actors, political support, and their determinants. *Tourism Management*, 36, 120-132.
- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M., Cossar, J. A., & Hayes, P. C. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of life research*, 9, 121-124.
- O'Connor, S. J., Trinh, H. Q. & Shewchuk, R. M. (2000). Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health care management review*, 7-23.
- Odabaşı, Y. ve Barış, G. (2015). *Tüketici Davranışı*. İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A. Ş.

- Oliver, R. L., & DeSarbo, W. S. (1988). Response determinants in satisfaction judgments. *Journal of consumer research*, 14(4), 495-507.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*, New York: Mc GrawHill. Peppers D and Rogers, M. 2004. *Managing Customer Relationships*. Hoboken.
- Oliver, R. L., Rust, R. T. & Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of retailing*, 73(3), 311-336.
- Oliver, R. L. (2006). Customer satisfaction research. *The handbook of marketing research: Uses, misuses, and future advances*, 1, 569-587.
- Oliver, R. L., & Swan, J. E. (1989) Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing*, 53 (2), 21-35.
- Oliver, R. L. (1999). Whence consumer loyalty?. *Journal of marketing*, 63(4_suppl1), 33-44.
- Oon, K. P. (2006). *Service quality and travel motivation among health tourists in Island Hospital, Penang* (Doctoral dissertation, Fakulti Perniagaan dan Perakaunan, Universiti Malaya).
- Orçan, F. (2018). Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 9(4), 413-421.
- Orçunus, A. R. (1996). Rekabetçi Yönetim ve TÜSİAD-KALDER Toplam Kalite Modeli. *Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayısı*, 2, 67-82.
- Örs, E. (2020). *Medikal turizm kapsamında sağlık turistlerinin Türkiye'yi tercih etmelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi: Ankara ili örneği*, (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özbek, T. (1991). Dünyada ve Türkiye'deki Termal Turizmin Önemi. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*(18), 15-29.
- Özdemir, S. (2016). Yaşam boyu öğrenme kurslarında yabancı dil olarak Türkçe (Edinburgh Üçüncü Yaş Üniversitesi örnekleme). *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 5(2), 297-311.
- Özdipçiner, N. (2018). *Termal Turizm*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Özer, L. Ş. (1999). Müşteri tatminine yönelik literatürdeki kuramsal tartışmalar. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 159-180.

- Özer, Ö. & Songur, C. (2012). Türkiye'nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.
- Özeren, M. (2019). *Turizm paydaşlarının bakış açılarıyla engelli turizmi: Konya örneği*. (Yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Özgür, Ö. & Ataman, D. (2020). Turizmin yerel halkın yaşam kalitesi üzerine etkisi: Mardin örneği. *Journal of New Tourism Trends*, 1(1), 55-63.
- Özsarı, S. H. & Karatana, Ö. (2013). Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin durumu. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2).
- Öztürk, M. & Bayat, M. (2011). Uluslararası turizm hareketlerinde sağlık turizminin rolü ve kalite çalışmalarının önemi, bir literatür çalışması. *Kahramanmaraş İ.İ.B.F. Dergisi*, 1(2), 135-156.
- Özyer, K. K. (2016). Ölçek geliştirme ve güvenirlik analizleri: Jamovi uygulaması. *Turkish Academic Research Review*, 6(5), 1330-1384.
- Pagan, R. & Horsfall, D. (2020). Medical tourism markets: Models of Sustainability. The case of Spain and the Costa del Sol (Malaga). *Sustainability*, 12(21), 8818.
- Panayiotou, M. (2016). *Development of the revised WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: towards a mediation model on quality of life and post-traumatic stress* (Doctoral dissertation, University of Edinburgh).
- Pancic Kombol, T. (1999). Zdravstveni turizam – stratesko restrukturiranje i perspektive. In: Zbornik radova znanstvenog i strucnog skupa s medjunarodnim sudjelovanjem "Hrvatski turizam na pragu 21. stoljeca" (pp. 141-156), Porec: Institut za poljoprivredu i turizam.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. 1988, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. *Human resource management*, 30(3), 335-364.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of retailing*, 69(1), 140-147.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of marketing*, 58(1), 111-124.
- Paul, P., Giri, S., Mitra, P. & Haque, M. M. (2022). Analysing the Customer Satisfaction Index of E-banking Using Kano (1984) Model Framework. *Global Business Review*, 09721509221093892.
- Pavlenko, I., Polishchuk, E., Pilyavskiy, V., & Ushakov, D. (2018). The strategy of Thai medical services promotion at Russian markets. *Advanced Science Letters*, 24(9), 6343-6346.
- Peter, J. P. (1979). Reliability: A review of psychometric basics and recent marketing practices. *Journal of Marketing Research*, 16 (1), 6-17.
- Peters, C. R. & Sauer, K. M. (2011). A survey of medical tourism service providers. *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5(3), 117-126.
- Polat, G. (2021). *Medikal turistlerin deneyimleme kalite algıları ve tavsiye etme niyeti arasındaki ilişkide müşteri güveni ve müşteri memnuniyetinin aracılık rolü*, (Doktora Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Prentice, T. (2008). Health, history, and hard choices: Funding dilemmas in a fast-changing world. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 37(1_suppl), 63S-75S.
- Qiao, G., Ding, L., Zhang, L. & Yan, H. (2021). Accessible tourism: A bibliometric review (2008–2020). *Tourism Review*, 77(3), 713-730.
- Quintela, J., Costa, C., & Correia, A. G. (2016). Health, wellness and medical tourism: A conceptual approach.
- Rad, N., Som, A. & Zainuddin, Y. (2010). Service quality and patients' satisfaction in medical tourism. *World Applied Sciences Journal*, 10, 24–30.
- Rahman, M. K., Zailani, S. & Musa, G. (2017). Tapping into the emerging Muslim-friendly medical tourism market: Evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing*.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2007). Developing a service quality questionnaire for the hotel industry in Mauritius. *Journal of Vacation Marketing*, 13(1), 19-27.
- Rao, K. R. M. (2009). *Services Marketing*. (2. Basım) Pearson Education: New Delhi.
- Rao, V. & Choudhury, R. (2017). A study of the factors influencing customer satisfaction in medical tourism in India. *International Journal of Business and General Management*, 6(5), 7-22.

- Reimer, A. & Kuehn, R. (2005). The impact of servicescape on quality perception. *European Journal of marketing*, 39(7/8), 785-808.
- Ritchie, J. R. B. & Crouch, G. I. (2003). *The Competitive Destination: A Sustainable Tourism Perspective*. Wallingford: CABI Publishing.
- Rumetshofer, H., & Wöß, W. (2004). Tourism information systems promoting barrier-free tourism for people with disabilities. In *Computers Helping People with Special Needs: 9th International Conference, ICCHP 2004, Paris, France, July 7-9, 2004. Proceedings 9* (pp. 280-286). Springer Berlin Heidelberg.
- Safdari, R. & Meidani, Z. (2006). Health Services Accreditation Standards for information management in Canada, New Zealand and USA: A comparative study. *Journal of Research in Health Sciences*, 6(2), 1-7.
- Sakai, M., Brown, J. & Mak, J. (2000). Population aging and Japanese international travel in the 21st century. *Journal of Travel Research*, 38(3), 212-220.
- Saleh, F. & Ryan, C. (1991). Analysing service quality in the hospitality industry using the SERVQUAL model. *Service Industries Journal*, 11(3), 324-345.
- Sales, O. P., Vieira, A. F. B., Martins, A. M., Garcia, L. G. & Ferreira, R. K. A. (2019). O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*, 6(17), 54-65.
- Sandıkçı, M. (2008). *Termal turizm işletmelerinde sağlık beklentileri ve müşteri memnuniyeti*, (Doktora tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Sapançalı, F. (2009). *Toplumsal açıdan yaşam kalitesi*. İzmir: Altın Nokta.
- Sarıışık, M. (1994). *Türkiye Termal Turizmi ve Sandıklı (Afyon) Bölgesi Örneği*, (Yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Sarıipek, S. (2018). *Helal belgeli otellerde iş görenlerin yetkinlik inançları ve performansları arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*, (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Sartorius, N. and Kuyken, W. (1994). *Translation of health status instruments*. In J. Orley and W. Kuyken (Eds). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag
- SATURK. (2016). Sağlık Turizmi Nedir?: <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/02.pdf> Erişim: 10 Aralık 2021.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R. & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Quality of life Research*, 10, 711-721.

- Sayman, E. (2021). *Yoga turizmi deneyimi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide kişiliğin aracı etkisi*, (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: A primer. *Statistical Methods in Medical Research*, 8(1), 3-15.
- Scrivens, E. (1995). Accreditation: protecting the professional or the consumer?. (*No Title*).
- Scrivens, E. (1997). Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. *BMJ Quality & Safety*, 6(4), 212-218.
- Shao, A. T. (2002). *Marketing Research. An Aid to Decision Making*: Melissa Acuna.
- Sharpley, R. (2014). Host perceptions of tourism: A review of the research. *Tourism Management*, 42, 37-49.
- Shaw, C. D. (2004). Toolkit for accreditation programs. *Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua)*.
- Shayan, N. A., Eser, E., Neyazi, A. & Eser, S. (2020). Reliability and validity of the Dari version of the World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in Afghanistan. *Turkish Journal of Public Health*, 19(3), 263-273.
- Shukla, R., Singh, M. & Saxena, S. (2019). Consumer perception of hospitality services in JCI accredited hospitals at Delhi–NCR: An exploratory research on growth of medical tourism. *Humanities & Social Sciences Reviews eISSN*, 2395-6518.
- Sirgy, M. J. (2001). *Handbook of quality-of-life research*. (Social Indicators Research Series, Vol. 8). Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer.
- Sirgy, M. J. & Lee, D. (2006). Macro Measures of Consumer well-being: A critical Analysis and Research Agenda. *Journal of Macromarketing*, 26(1), 27–44.
- Sirgy, M. J., Widgery, R., Lee, D. & Yu, G. (2010). Developing a Measure of Community Well-Being Based on Perceptions of Impact in Various Life Domains. *Social Indicators Research*, 96(2), 295–31.
- Sirgy, M. J., Kruger, P. S., Lee, D. J. & Yu, G. B. (2011) How does a travel trip affect tourists' life satisfaction? *Journal of Travel Research*, 50 (3), 261–275.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13, 299-310.

- Smith, M. & Puczko, L. (2008). *Health and wellness tourism*. Routledge.
- Smith, M. & Puczko L. (2013). *Health, Tourism and Hospitality: Wellness, Spas and Medical Travel*. London: Routledge
- Smith, M. & Puczko, L. (2010). Taking your life into your own hands? New trends in European health tourism. *Tourism Recreation Research*, 35(2), 161-172.
- Smith, P. C. & Forgione, D. A. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19-30.
- Snoj, B. & Mumel, D. (2002) The measurement of perceived differences in service quality: the case of health spas in Slovenia. *Journal of Vacation Marketing*, 8(4), 362–379.
- Sobani, R. N., Bakar, E. A. & Jusoh, M. C. (2022). The Relationship Between Push and Pull Factors and Intention To Visit Muslim-Friendly Hospitals For Medical Tourism Among Malaysian Muslim Consumers. *Malaysian Journal of Consumer and Family Economics*, 28.
- Spool, J. M. (2011). Understanding the Kano Model–A tool for sophisticated designers.
- Stavroula, G. & Vasiliki, D. (2020). Alternative forms of sustainable development: The case of thermal tourism. *International Journal of Environment and Sustainable Development*, 19(4), 367-377.
- Sun, S., Zhong, L., Law, R., Li, X., Deng, B. & Yang, L. (2022). Health Tourism Evolution: A Review Based on Bibliometric Analysis and the China National Knowledge Infrastructure Database. *Sustainability*, 14(16), 10435.
- Szymanski, D. M., & Henard, D. H. (2001). Customer satisfaction: A meta-analysis of the empirical evidence. *Journal of the academy of marketing science*, 29(1), 16-35.
- Şengül, H. & Bulut, A. (2019). Sağlık turizmi çerçevesinde türkiye'de termal turizm; bir swot analizi çalışması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 55-70.
- Şimşek, Ş. (2008). *Yönetim ve Organizasyon*. Konya: Adım Ofset & Matbaacılık.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, (2013), <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11475/genel-tanimlar.html> Erişim Tarihi: 11.12.2021
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022), Sağlık Turizmi <http://saglikturizmi.gov.tr/TR,181/termsaglik-turizmi-ve-spa-wellness.html> Erişim Tarihi: 05.06.2022
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

- Tabrizi, J. S., Gharibi, F. & Wilson, A. J. (2011). Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health promotion perspectives*, 1(1), 1.
- Taleghani, M. Chirani, E. & Shaabani, A. (2011). Health tourism, tourist satisfaction and motivation. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(4), 546-555.
- TDK. (2019). 4 5, 2019 tarihinde http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca70ec17f3209.36169356 adresinden alındı
- Temes Córdovez, R. R., & Moya Fuero, A. (2016). Method of identifying urban morphologies from cadastral attributes. Evidence from the littoral municipalities of the Valencian community (Spain). *International Journal of Sustainable Development and Planning*, 11(3), 316-324.
- Temizkan, S. P., & Çiçek, D. (2015). *Sağlık Turizmi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Temizkan, S. P., Çiçek, D., & Özdemir, C. (2015). Bibliometric profile of articles published on health tourism. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 394-415.
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. (4. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. & Kahraman, Ö. (2013). *Dünyada ve Türkiye’de medikal turizm*. Tengilimoğlu, D. (Ed.) içinde, Sağlık Turizmi, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (2021). Sağlık turizmi ve devlet teşvikleri. *Journal of Life Economics*, 8(1), 1-10.
- The WHOQOL Group (1996) What quality of life? World Health Organisation Quality of Life Assessment. *Nursing Research*
- Thorpe, B., & Sumner, P. (2004). *Quality management in construction*. Gower Publishing, Ltd.
- Tokmak, C. (2015). *Termal turizm*. Temizkan, S. P. (Ed.) içinde, Sağlık Turizmi, (s. 195–218). Ankara: Detay
- Tontuş, H. Ö. (2017). *Sağlık turizminin tarihçesi*. SATURK Yayınları, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10943,01pdf.pdf>.
- Tosun, N. B. (2017). *Marka yönetimi*. Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Turski, I., Mashika, H., Tkachenko, T., Khmara, M., Komarnitskyi, I., & Oliinyk, M. (2021). Medical tourism: Analysis of the state of international tourism and

- prospects for domestic development. *Universal Journal of Public Health*, 9(2), 27-34.
- Tuna, İ. (2019). *Yerli turistlerin tatil tercihleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki*, (Yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Tunç, A. & Saç, F. (1998). *Genel turizm: gelişimi ve geleceği*. Ankara: Detay yayıncılık.
- Tunç, S. (2016). Termal devremülk pazarlaması yapan çağrı merkezi çalışanlarının örgütsel adalet algısı. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA)*, 1(1), 85-103.
- Tutar, H. (2015). *İşletme yönetimi*. Seçkin Yayıncılık.
- TÜİK. (2020). Hayat Tabloları, 2017-2019 E.T. 1.11.2022
- TÜİK. (2021). İstatistiklerle Yaşlılar, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636#:~:text=N%C3%BCfus%20tahminlerine%20g%C3%B6re%202021%20y%C4%B1%20n%C4%B1,8'ini%20ya%20C5%9F%20n%C3%BCfus%20olu%C5%9Fturdu>. E.T. 1.11.2022
- Ushakov, D. S., Yushkevych, O. O., Ovander, N. L., Tkachuk, H. Y. & Vyhovskyi, V. H. (2019). The strategy of Thai medical services promotion at foreign markets and development of medical tourism. *Geo Journal of Tourism and Geosites*, 27(4), 1429-1438.
- Uysal, B. (2018). *Spa-wellness projelerinin inşaat proje yönetimi süreçlerindeki kritik başarı faktörleri*, (Yüksek lisans tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Uysal, M., Sirgy, M. J., Woo, E. & Kim, H. L. (2016). Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. *Tourism Management*, 53, 244-261.
- Vapur, M. (2021). *Boş zaman katılımının yaşam kalitesine etkisi: boş zaman tatmini ve algılanan stresin aracılık rolü*, (Doktora tezi). Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara.
- Vapur, M. & Yavuz, E. (2022). Boş zaman katılımının yaşam kalitesine etkisi: boş zaman tatmini ve algılanan stresin aracılık rolü, *Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel*, 5(3), 1252-1268.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy: A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social indicators research*, 39, 1-58.
- Veenhoven, R. (2022). Quality of life (QOL), an overview. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 1-4.

- Verschuren, F. (2004) *Spa Health and Wellness Tourism: A New Product Portfolio at the Canadian Tourism Commission*. Vancouver, Canadian Tourism Commission.
- Vystoupil, J., Šauer, M. & Bobková, M. (2017). Spa, spa tourism and wellness tourism in the Czech Republic. *Czech Journal of Tourism*, 6(1), 5-26.
- Wang, L. (2011). Strategies of disabled person's Barrier-free Tourism based on supply-demand relationship. In *2011 2nd International Conference on Artificial Intelligence, Management Science and Electronic Commerce (AIMSEC)* (pp. 4773-4775). IEEE.
- Wang, Y. (2010). Ageing travel market and accessibility requirements. *Accessible tourism: Concepts and issues*, 191-200.
- Ware, J. E. (1993). SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. *The health institute*, 6-1.
- Weiermair, K., Pechlaner, H., & Bieger, T. (Eds.). (2006). *Time Shift, Leisure and Tourism: impacts of time allocation on successful products and services*. Erich Schmidt Verlag GmbH & Co KG.
- Weiss, E. M., Spataro, P. F., Kodner, I. J. & Keune, J. D. (2010). Banding in Bangkok, CABG in Calcutta: the United States physician and the growing field of medical tourism. *Surgery*, 148(3), 597-601.
- WHOQoL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In *Quality of Life Assessment: International Perspectives: Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2-3, 1993* (pp. 41-57). Springer Berlin Heidelberg.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wish, N. B. (1986). Are we really measuring the quality of life? Well-being has subjective dimensions, as well as objective ones. *American journal of economics and sociology*, 45(1), 93-99.
- Wong Ooi Mei, A., Dean, A.M. & White, C.J. (1999). Analysing service quality in the hospitality industry. *Managing Service Quality: An International Journal*, 9:136-143.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. *Journal of clinical epidemiology*, 52(4), 355-363.
- Woodhead, A. (2013). Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth. *International journal of health care quality assurance*, 26(8), 688-702.

- World Health Organization. Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries; GPE Discussion Paper Series; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; Available online: <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf?ua=1> E.T. 03.12.2022
- Xu, X. & Gursoy, D. (2015). Influence of sustainable hospitality supply chain management on customers' attitudes and behaviors. *International journal of hospitality management*, 49, 105-116.
- Yalçın, P. (2006). *Türkiye'de sağlık turizminde alt yapı oluşturma gereği ve sağlık kurumlarına yönelik bir araştırma*, (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yao, G., Chung, C. W., Yu, C. F. & Wang, J. D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 101(5), 342-351.
- Yau, M. K. S., McKercher, B. & Packer, T. L. (2004). Traveling with a disability: More than an access issue. *Annals of tourism research*, 31(4), 946-960.
- Yavuz, M. C. (2018). *Türkiye'de sağlık turizmi hizmetleri algısının hasta ve müşteri memnuniyeti üzerine etkisi: İç Anadolu bölgesi örneği*, (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52).
- Yetim, B. (2018). *Yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesinin belirleyicileri: sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık statüsünün rolü*, (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Yıldırım, S. (1997). üçüncü yaş turizmi ve bunun Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 77-81.
- Yıldız, Y. (2020). *Termal turizmde müşteri memnuniyeti ve yaşam kalitesi algısı: Ankara-Kızılcahamam örneği*, (Yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Yıldız, Z. & Erdoğan, Ş. (2004). Measuring patient satisfaction of the quality of health care: a study of hospitals in Turkey. *Journal of medical systems*, 28, 581-589.
- Yılmaz, E. (2005). *Bilgi Merkezlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara, ALP Yayınları;
- Yılmaz, M. A. (2020). *Mobil bankacılıkta müşteri deneyim kalitesinin müşteri tatmini ve müşteri sadakati üzerine etkisine yönelik bir alan araştırması: Edirne örneği*, (Doktora tezi). Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Yılmazdoğan, O. C. (2015). Engelsiz Turizm. S. P. Temizkan (Ed.) içinde, *Sağlık Turizmi*, (s. 195–218). Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yirik Ş. (2014). *Sağlık turizmi üzerine Antalya destinasyonunda bir araştırma*, (Doktora tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Yirik, Ş., Ekici, R. & Baltacı, F. (2015). *Türkiye ve Dünyada sağlık turizmi (medikal turizm)*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- York, D. (2008). Medical tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 99-102.
- Young, S. (2000). *The effects of customer loyalty on profitability*. UMI.: Published dissertation, Saint Louis University.
- Yüksel, A. & Yüksel, F. (2003). Measurement of tourist satisfaction with restaurant services: A segment-based approach. *Journal of vacation marketing*, 9(1), 52-68.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price quality and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.
- Zeithaml, V. A. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. *Marketing of services*, 9(1), 25-32.
- Zengin, B. ve Saripek, S. (2019). Helal turizm. İçinde S. Karacan (Editör), *Turizm Okumaları*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Zengin, B. & Eker, N. (2016). Sakarya İli Termal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(13), 165-181.
- Zengin, B. & Eryılmaz, B. (2013). Bodrum destinasyonunda engelli turizm pazarının değerlendirilmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (11).

İNTERNET KAYNAKLARI

- Url.1<<http://www.hospitalscout.com/en/MedicalTourism/Destinations/inbound/mexico.html>> erişim tarihi 03.03.2023
- Url.2<<http://www.hospitalscout.com/ru/MedicalTourism/Destinations/inbound/belgium.html>> erişim tarihi 20.11.2022
- Url.3<<https://apps.bea.gov/scb/issues/2023/02-february/0223-travel-tourism-satellite-account.htm#table-b>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.4<<https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life/data>>, erişim tarihi 18.03.2023
- Url.5<<https://hospitalcmq.com/medical-tourism/medical-tourism-mexico/#:~:text=We%20have%20become%20a%20global,California%2C%20Arizona%2C%20and%20Texas>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.6<<https://knowindia.india.gov.in/general-information/>>, erişim tarihi 02.03.2023

- Url.7<<https://mots.go.th/>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.8<<https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data>>, erişim tarihi 02.02.2023
- Url.9<<https://renewbariatrics.com/medical-tourism-mexico/>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.10<<https://shgm.saglik.gov.tr/>>, erişim tarihi 09.10.2022
- Url.11<<https://sozluk.gov.tr/>>, erişim tarihi 10.03.2023
- Url.12<<https://tic.mots.go.th/app/landing>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.13<<https://ticaret.gov.tr/data/5f05ce3613b8761868766d76/Meksika%20%C3%9Clke%20Profili-2022.pdf>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.14<<https://ticaret.gov.tr/data/5f0d8c1313b8769ff0574a81/ABD%20%C3%9Clke%20Profili-2022.pdf>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.15<https://ticaret.gov.tr/data/5f58be6a13b8763344b7b62c/H%C4%B0ND%C4%B0STAN_%C3%9Clke_Profili_Ekim2022.pdf>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.16<<https://ticaret.gov.tr/data/6218964513b876a954a13f84/Tayland%20Pazar%20Bilgileri%20-%202022.pdf>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.17<<https://tourism.gov.in/market-research-and-statistics>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.18<<https://tr.wikipedia.org/wiki/Onsen>>, erişim tarihi 09.11.2022
- Url.19<https://web.archive.org/web/20130117071348/http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>, erişim tarihi 06.03.2023
- Url.20<<https://wtcc.org/research/economic-impact>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.21<<https://www.ushas.com.tr/hakkimizda/>>, erişim tarihi 13.09.2022
- Url.22<<https://www.bangkokpost.com/business/1753349/prayut-zones-vital-for-growth>>, erişim tarihi 04.12.2022
- Url.23<<https://www.bangkokpost.com/thailand/politics/666028/government-moves-to-head-off-tourist-fears>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.24<<https://www.eiu.com/>>, erişim tarihi 12.11.2022
- Url.25<<https://www.ensonhaber.com/dunya/abdli-kadin-kanal-tedavisi-icin-turkiyeye-geldi>>, erişim tarihi 10.03.2023
- Url.26<<https://www.hindustantimes.com/lifestyle/travel/medical-tourism-in-india-top-destinations-scenarios-and-all-you-need-to-know-101668163467932.html>>, erişim tarihi 04.03.2023

- Url.27<<https://www.indiahealthcare.org/>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.28<<https://www.medicaltourism.com/destinations/mexico>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.29<<https://www.mhtc.org.my/statistics/>>, erişim tarihi 05.03.2023
- Url.30<<https://www.mof.gov.my/>>, erişim tarihi 05.03.2023
- Url.31<<https://www.motac.gov.my/en/services/open-data>>, erişim tarihi 05.03.2023
- Url.32<<https://www.nabh.co/introduction.aspx#gsc.tab=0>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.33<<https://www.seyahatsagligi.gov.tr/>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.34<<https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/PTM>>, erişim tarihi 05.03.2023
- Url.35<<https://www.thailandtourismdirectory.go.th/en>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.36<<https://www.turkak.org.tr/akreditasyon/akreditasyon-nedir.html>>, erişim tarihi 10.03.2023
- Url.37<<https://www.unwto.org/archive/global/press-release/2016-09-20/accessible-tourism-theme-world-tourism-day-2016>>, erişim tarihi 04.11.2022
- Url.38<<https://www.ushas.com.tr/hakkimizda/>>, erişim tarihi 13.09.2022
- Url.39<<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>>, erişim tarihi 04.02.2023
- Url.40<<https://www.who.int/news/item/07-02-2000-world-health-organization-assesses-the-world's-health-systems>>, erişim tarihi 29.11.2022
- Url.41<<https://www.who.int/news/item/29-10-2013-new-world-report-shows-more-than-1-billion-people-with-disabilities-face-substantial-barriers-in-their-daily-lives>>, erişim tarihi 02.11.2022
- Url.42<<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>>, erişim tarihi 01.10.2022
- Url.43<<https://www.worlddata.info/america/brazil/tourism.php>>, erişim tarihi 04.12.2022
- Url.44<<https://www.worlddata.info/america/usa/tourism.php>>, erişim tarihi 03.03.2023
- Url.45<<https://www.worlddata.info/asia/india/index.php>>, erişim tarihi 04.03.2023
- Url.46<<https://www.worlddata.info/asia/malaysia/tourism.php>>, erişim tarihi 05.03.2023

Url.47<<https://yigm.ktb.gov.tr/TR-201131/tesis-istatistikleri.html>>, erişim tarihi 17.10.2022

Url.48<<https://www.hurriyetdailynews.com/turkish-airlines-working-to-boost-medical-tourism-with-us-177111>>, erişim tarihi 15.10.2022

Url.49<<https://kaplica.saglik.gov.tr/>>, erişim tarihi 10.05.2023

Url.50<https://brochure_2022_anglais_web.pdf>, erişim tarihi 20.11.2022

Url.51<<https://www.hurriyet.com.tr/dunya/cek-cumhuriyetinin-ismi-artik-resmen-cekya-oldu-40128073>>, erişim tarihi 10.11.2022



EKLER

EK A: Anket Formu (Termal Turizm- Türkçe)

EK B: Anket Formu (Tıbbi Turizm- İngilizce)

EK C: Anket Formu (Tıbbi Turizm- Arapça)

EK D: Sağlık Tesisleri İçin Düzenlenen Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

EK E: Uluslararası Sağlık Turizmi Sağlık Tesisi Yetkinlik Kriterleri

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu sağlık turizmi işletmelerinden hizmet alan bireylerin yaşam kaliteleri, algılanan hizmet kaliteleri ve memnuniyetlerinin belirlenmesini amaçlamaktadır. Yapılan anket çalışması bilimsel amaçlarla gerçekleştirilmekte olup, kişisel bilgileriniz ve vermiş olduğunuz yanıtlar başka kişi veya kuruluşlarla asla paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Burhanettin Zengin
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Turizm Fakültesi, Turizm Rehberliği Bölümü

Öğr. Gör. Semih SARIİPEK
Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi
Erdek MYO – Turizm ve Otel İşletmeciliği

Aşağıdaki ifadelerde seçeceğiniz rakamların karşılıkları şu şekildedir:

“1” En Düşük “5” En Yüksek

1. BÖLÜM: Yaşam Kaliteniz						
1	Yaşam kalitenizi ne ölçüde iyi buluyorsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	Sağlığınızdaki ne ölçüde hoşnutsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12	Günlük uğraşlarınızı yürütmek becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. BÖLÜM: Tesisten Memnuniyet Durumunuz						
1	Kaldığım Tesisten çok memnunum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	Kaldığım Tesisin sunduğu hizmetlerden oldukça keyif aldım.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	Kaldığım Tesis beklentilerimin çok üstünde hizmet sundu.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	Kaldığım Tesisi çevreme tavsiye edeceğim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Bölüm: Sağlık ve Hizmetlerden Beklediğiniz Kalite						
1	Tesis modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	Tesisin fiziksel imkânları (dekor, aydınlatma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	Tesis çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	Tesiste kullanılan malzemeler modern ve kullanışlı olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5	Tesis, bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6	Tesis çalışanları, müşterilerin bir problemi olduğunda bunu çözmek için samimi bir ilgi göstermelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

7	Tesiste müşterilere uygulanan işlemler ilk seferinde ve doğru olarak yapılmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8	Tesis, hizmetlerini söz verdikleri zamanda gerçekleştirmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9	Tesiste müşterilere ait kayıtlar düzenli ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10	Müşterilere, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceği söylenmelidir	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11	Tesis çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelidir	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12	Tesis çalışanları her zaman müşteriye yardım etmeye istekli olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13	Tesis çalışanları meşgul dahi olsalar müşterilerin isteklerine cevap verebilmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14	Tesis çalışanları, davranışlarıyla müşterilere güven vermelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15	Müşteriler, Tesis personeli ile olan ilişkilerinde kendini güvende hissetmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16	Tesis çalışanları müşterilere karşı kibar olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17	Tesis çalışanları, müşterilerin sorularına cevap verebilecek yeterli bilgi seviyesine sahip olmalıdır	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18	Tesiste ihtiyaçları doğrultusunda müşterilere bireysel ilgi gösterilmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19	Tesis çalışanları, müşterilere kendini özel hissettirmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20	Tesis çalışanları, müşterilerin menfaatlerini her şeyin üstünde tutmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21	Tesis, müşterileri için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22	Tesisin çalışma saatleri müşteriler için uygun zaman diliminde olmalıdır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Cinsiyetiniz	Yaşınız	Aylık Ortalama Geliriniz ve (Para Türü)	Eğitim Durumunuz
<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> 18 – 30 Yaş	<input type="checkbox"/> 2.000 – 5.000 [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> İlkokul
<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> 31 – 45 Yaş	<input type="checkbox"/> 5.001 – 7.500 [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> Ortaokul
Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> 46 – 60 Yaş	<input type="checkbox"/> 7.501 – 10.000 [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> Lise
<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> 61 – 75 Yaş	<input type="checkbox"/> 10.001 – 12.500 [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> Üniversite (Önlisans)
<input type="checkbox"/> Bekâr	<input type="checkbox"/> 76 Yaş ve Üzeri	<input type="checkbox"/> 12.501 – 15.000 [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> Üniversite (Lisans)
Uyruğunuz		<input type="checkbox"/> 15.001 – daha fazla [\$] [€] [TL]	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans
<input type="checkbox"/> T.C.			<input type="checkbox"/> Doktora
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz)			
.....			

Dear Participant,

This survey form aims to determine the quality of life, perceived service quality and satisfaction of individuals who receive service from health tourism facilities. The survey study is carried out for scientific purposes, and your personal information and your answers will never be shared with other people or organizations. Thank you for your participation.

For detailed information: ssariipek@bandirma.edu.tr

Prof. Dr. Burhanettin Zengin
Sakarya Applied Sciences University
Turizm Faculty, Tourism Guide Department

Lect. Semih SARIİPEK
Bandırma Onyedi Eylül University
Erdek Vocational High School

***The equivalents of the numbers you choose in the expressions below are as follows:
“1” Lowest “5” Highest***

Chapter 1: Your Quality of Life

1	How good do you think your quality of life is?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	How satisfied are you with your health?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	How much do you think your pain is preventing you from doing what you need to do?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	How much do you need any medical treatment to be able to carry out your daily activities?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5	How much do you enjoy living?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6	How meaningful do you find your life to be?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7	How good are you at concentrating?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8	Do you have enough strength to sustain daily life?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9	Do you accept your physical appearance?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10	What is your bodily mobility (moving around, going places) skills?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11	How satisfied are you with your sleep?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12	How satisfied are you with your ability to carry out your daily activities?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13	How satisfied are you with your work capacity?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14	How satisfied are you with yourself?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15	How often do you experience feelings of sadness, hopelessness and depression?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Chapter 2: Your Satisfaction with the Hospital

1	I am very happy with the hospital where I stayed.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	I enjoyed the services offered by the hospital where I stayed.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	The hospital I stayed in provided service far beyond my expectations.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	I will recommend the hospital I stay at to my friends.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Chapter 3: The Quality You Expect from Health Services

1	The hospital should have modern equipment.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2	The physical facilities of the hospital (decor, lighting, furniture, etc.) should be visually attractive.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3	Hospital staff should be clean and neat-looking.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	The materials used in the hospital should be modern and useful.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5	When the hospital promises to perform a service, it must do so.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

6	Hospital staff should show a sincere interest in resolving when customers have a problem.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7	The procedures applied to the customers in the hospital should be done correctly and at the first time.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8	The hospital must perform its services at the time they promise.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9	In the hospital, records of customers should be kept regularly and completely.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10	Customers should be told exactly when the service will be performed.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11	Hospital staff should provide services as soon as possible.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12	Hospital staff should always be willing to help the client.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13	Hospital staff should be able to respond to customers' requests, even when they are busy.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14	Hospital staff should reassure customers with their behavior.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15	Customers should feel safe in their relationships with hospital staff.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16	Hospital staff should be courteous to customers.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17	Hospital staff should have sufficient knowledge to answer customers' questions.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18	Individual attention should be given to customers in line with their needs in the hospital.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19	Hospital staff should make customers feel special.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20	Hospital staff must put the interests of customers above all else.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21	The hospital should do its best for its customers.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22	The working hours of the hospital should be in the appropriate time zone for the customers.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Gender	Age	Personal Income (monthly)	The Last School You Finished
<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> 18 – 30	<input type="checkbox"/> 2.000 – 5.000 [\$]	<input type="checkbox"/> Primary School
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> 31 – 45	<input type="checkbox"/> 5.001 – 7.500 [\$]	<input type="checkbox"/> Junior High School
Marital Status	<input type="checkbox"/> 46 – 60	<input type="checkbox"/> 7.501 – 10.000 [\$]	<input type="checkbox"/> High School
<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> 61 – 75	<input type="checkbox"/> 10.001 – 12.500 [\$]	<input type="checkbox"/> Vocational High School
<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> 76 and above	<input type="checkbox"/> 12.501 – 15.000 [\$]	<input type="checkbox"/> University
Nationality		<input type="checkbox"/> 15.001 and above [\$]	<input type="checkbox"/> Master Degree
(Please specify)			<input type="checkbox"/> Ph.D.

استمارة استبيان عربي

عزيزي المشارك

تهدف صيغة الاستبيان هذه إلى تحديد نوعية الحياة وجودة الخدمة المتصورة ورضا الأفراد الذين يتلقون الخدمة من شركات السياحة الصحية. يتم إجراء دراسة الاستبيان لأغراض علمية ، ولن تتم مشاركة معلوماتك الشخصية وإجاباتك مع أشخاص أو منظمات أخرى. أشكركم على مشاركتكم.

للتواصل ، يمكنك إرسال بريد إلكتروني إلى info@...

معاني الأرقام التي اخترتها في الأسئلة كما يلي:
١ "أدنى" ٥ "أعلى".

الفصل الأول: جودة الحياة

٥	٤	٣	٢	١	١	كيف تقيم نوعية حياتك
٥	٤	٣	٢	١	٢	ما مدى رضاك عن صحتك
٥	٤	٣	٢	١	٣	إلى أي حد تشعر بأن الألم الجسدي يمنعك من القيام بالأعمال التي تريدها؟
٥	٤	٣	٢	١	٤	إلى أي مدى أنت بحاجة للعلاج الطبي لتتمكن من القيام بأعمالك اليومية؟
٥	٤	٣	٢	١	٥	إلى أي مدى تستمتع بالحياة؟
٥	٤	٣	٢	١	٦	إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات معنى؟
٥	٤	٣	٢	١	٧	إلى أي مدى أنت قادر على التركيز؟
٥	٤	٣	٢	١	٨	هل لديك طاقة كافية لمزاولة الحياة اليومية؟
٥	٤	٣	٢	١	٩	هل أنت قادر على قبول مظهرك الخارجي؟
٥	٤	٣	٢	١	١٠	إلى أي مدى أنت قادر على التنقل بسهولة؟
٥	٤	٣	٢	١	١١	كم أنت راض عن نومك؟
٥	٤	٣	٢	١	١٢	إلى أي مدى أنت راض عن قدرتك على القيام بنشاطاتك اليومية؟
٥	٤	٣	٢	١	١٣	كم أنت راض عن قدراتك على العمل؟
٥	٤	٣	٢	١	١٤	كم أنت راض عن نفسك؟
٥	٤	٣	٢	١	١٥	كم أنت راض عن الدعم أو المساعدة من الأصدقاء؟
الجزء الثاني: مدى رضاك عن المستشفى						
٥	٤	٣	٢	١	١	أنا سعيد جداً بهذا المستشفى الذي تلقي الخدمة منه.
٥	٤	٣	٢	١	٢	لقد استمتعت بالخدمات التي تقدمها هذا المستشفى.
٥	٤	٣	٢	١	٣	لقد خدم هذا المستشفى بما يتجاوز توقعاتي.
٥	٤	٣	٢	١	٤	سأوصي أصدقائي بهذا المستشفى.
الجزء الثالث: الجودة التي تتوقعها من الرعاية الصحية						
٥	٤	٣	٢	١	١	أن يكون بالمستشفى أجهزة ومعدات حديثة.
٥	٤	٣	٢	١	٢	تكون المواد المادية للمستشفى (الديكور والإضاءة والأثاث) جذابة بصرياً.
٥	٤	٣	٢	١	٣	أن يكون طاقم المستشفى نظيفاً وأنيباً.
٥	٤	٣	٢	١	٤	أن تكون المواد المستخدمة في المستشفى مفيدة وحديثة.

٥	٤	٣	٢	١	إذا وعد المستشفى خدمة ، فعليه الوفاء بهذا الوعد.
٥	٤	٣	٢	١	عندما يواجه العملاء مشكلة ، يجب على موظفي المنشأة إظهار اهتمام صادق بحلها.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن تتم الإجراءات المطبقة على العملاء في المستشفى بشكل صحيح وفي المرة الأولى.
٥	٤	٣	٢	١	يجب على المستشفى أداء خدماتهم في الوقت الذي يعدون فيه.
٥	٤	٣	٢	١	في المستشفى ، يجب الاحتفاظ بسجلات العملاء بشكل منظم وكامل.
٥	٤	٣	٢	١	يجب إخبار العملاء بموعد تقديم الخدمة بالضبط.
٥	٤	٣	٢	١	يجب على موظفي المستشفى تقديم الخدمات في أسرع وقت ممكن.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يكون موظفو المستشفى دائماً على استعداد لمساعدة العميل.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يكون موظفو المستشفى قادرين على الاستجابة لطلبات العملاء ، حتى عندما يكونون مشغولين.
٥	٤	٣	٢	١	يجب على موظفي المستشفى طمأننة العملاء بسلوكهم.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يشعر العملاء بالأمان في تعاملاتهم مع موظفي المستشفى.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يكون موظفو المستشفى مهذبين مع العملاء.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يكون لدى موظفي المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة العملاء.
٥	٤	٣	٢	١	يجب إيلاء الاهتمام الفردي للعملاء بما يتماشى مع احتياجاتهم في المستشفى.
٥	٤	٣	٢	١	يجب على موظفي المستشفى جعل العملاء يشعرون بأنهم مميزون.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن يضع طاقم المستشفى مصلحة المريض فوق كل اعتبار.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن تبذل المستشفى قصارى جهدها لعملائها.
٥	٤	٣	٢	١	يجب أن تكون ساعات العمل بالمستشفى في المنطقة الزمنية المناسبة للعملاء.

ما هو جنسك؟	كم عمرك؟	ما هو معدل دخلك الشهري؟	ما هو مستوى تعليمك؟
النساء []	بين 18-30 []	\$ 2.000 – 5.000 []	المدرسة الابتدائية []
ذكر []	بين 31-45 []	\$ 5.001 – 7.500 []	المدرسة المتوسطة []
ما هو وضعك العائلي	بين 46-60 []	\$ 7.501 – 10.000 []	المدرسة الثانوية []
متزوج []	بين 61-75 []	\$ 10.001 – 12.500 []	جامعة []
غير متزوج []	فوق 76 سنة []	\$ 12.501 – 15.000 []	درجة الدكتوراه أو الماجستير []
من اي بلد انت؟		أكثر من 15,001 دولار []	
	اكتب رجاءاً.....		

EK D



SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ YETKİ BELGESİ

.....

Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik kapsamında, Uluslararası Sağlık Turizmi Sağlık Tesisi Yetkinlik Kriterleri'ne ve Yönetmeliğin genel esaslarına uyarak, uluslararası sağlık turizmi faaliyetinde bulunmaya hak kazanmıştır.

Bakan a.
Müsteşar

Belge No :
Belge Tarihi :

EK E

1. Sağlık tesisi, başvuru tarihinden / denetimden önce yapılan son sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden asgari 85 puan almış olmalıdır.

(Sağlıkta kalite standartları ve kalite göstergeleri yayımlanmamış olan sağlık kuruluşları bu kriterden muaftır. Bu sağlık kuruluşları, ilgili standart seti ve rehberlerin yayımlandığı tarihten itibaren altı (6) ay içerisinde bu kriteri sağlamak zorundadır.)

2. Bu Yönetmeliğin 6 ncı maddesindeki şartları haiz uluslararası sağlık turizmi birimi oluşturulmuş olmalıdır.

3. Sağlık tesisinin, uluslararası sağlık turistinin, tedavi göreceği doktorun / doktorların mesleki geçmişi / geçmişleri hakkında sağlık tesisinin internet sitesinden bilgi alabileceği bir alt yapıya sahip olması gerekir.

4. Sağlık tesisi, uluslararası sağlık turistinin sağlık tesisine gelmeden önce, tedavi göreceği doktordan / doktorlardan hastalığıyla ilgili geniş bilgi alabileceği ve tedavi planını öğrenebileceği bir iletişim ve bilgi aktarım sistemine sahip olmalıdır.

5. Uluslararası sağlık turistinin ödemelerini sağlık tesisine ulaşmadan önce depozito olarak hastanenin hesabına yatırabileceği bir alt yapı olmalıdır.

6. Sağlık tesisi otomasyon sistemi üzerinde, uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sunulacak sağlık hizmetleri kapsamında yapılacak tüm işlemleri yabancı hasta modülü üzerinden yapmaları için gerekli alt yapı olmalıdır.

7. Sağlık tesisi, başvuru ile birlikte aşağıdaki hususları yerine getireceğini yazılı olarak taahhüt etmelidir. Bu taahhütlerin yerine getirilip getirilmediği, yapılacak olan tüm denetimlerde dikkate alınacaktır.

a) Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sunulacak sağlık hizmetleri çerçevesinde sunulan tüm faaliyetler hakkında bilgilendirmede bulunacak ve uluslararası sağlık turistinin dilinde oluşturulan onam formu uluslararası sağlık turisti ve sağlık hizmetini sunan doktor tarafından imzalanacaktır.

b) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın teşhisi, seyri, yapılan incelemeler ile tedaviye ve tedavinin sonucuna ilişkin bilgiler, tedavi sonrası hastaya sağlık tesisi tarafından verilen epikriz, taburcu edildikten sonra hastanın yapması

gerekenler, hastanın kendi dilinde hazırlanarak hastaya imza karşılığında teslim edilecektir.

