



T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ İLE İLGİLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE TELE TIP
UYGULAMASININ SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU
AÇISINDAN UYGULANABİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:
BOZYAZI İLÇESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şamil ÇABUK

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Sema AVCI**

**ALANYA
2023**

T.C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ İLE İLGİLİ FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE TELE TIP UYGULAMASININ SAĞLIK
TURİZMİ VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU AÇISINDAN
UYGULANABİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BOZYAZI İLÇESİ
ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şamil ÇABUK

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Sağlık Turizmi

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Sema AVCI

ALANYA

2023

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

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

Şamil ÇABUK

TEŐEKKÖR SAYFASI

Başta yÖksek lisans eğitimimin en baőından en sonuna kadar ilgi, alaka, tecrÖbe ve bilgisini esirgemeyen değerli yol gÖstericim danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sema AVCI olmak Özere, sağlık turizmi alanında akademik farkındalık oluőturan, hoőęÖrÖsÖ ile bize her zaman yardımcı olan değerli bÖlÖm baőkanımız Sayın Doğ. Dr. İőhak Suat ÖVEY'e, anket yapmam için gerekli izinleri sağlayan Mersin İl Sağlık MÖdÖrlÖğÖ ve Bozyazı Devlet Hastanesi'nin yÖneticilerine, gÖnÖllÖ olarak araőtırmamda yer alan Bozyazı Devlet Hastanesi ęalıőanlarına, arkadaőlarıma ve desteklerinden dolayı aileme sonsuz teőekkÖr ederim.



ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK TURİZMİ İLE İLGİLİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE TELE TIP UYGULAMASININ SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU AÇISINDAN UYGULANABİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BOZYAZI İLÇESİ ÖRNEĞİ

Şamil ÇABUK

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Ocak, 2023 (127 Sayfa)

Sağlık turizmi kısaca, bireylerin sağlık hizmeti almak üzere bir yerden başka bir yere gitmesi olarak tanımlanabilir. Tele tıp ise genel olarak, sağlık hizmetlerinin elektronik ortam aracılığı ile uzaktan yürütülmesini sağlayan bir uygulamalar bütünüdür. Dünya genelini etkileyen Covid-19 pandemisi, pek çok alanı olduğu gibi sağlık turizmi faaliyetlerini de etkilemiştir. Sunulan hizmetlerin devamlılığını sağlamak amacıyla çeşitli önlemler alınmakla birlikte, bu dönemde mobil sağlık hizmetleri özellikle hizmet sunumu noktasında daha ön planda olmuştur. Tele tıp uygulamalarının sağlık turizmi faaliyetlerindeki sürdürülebilirliği ve sağlık çalışanlarının sağlık turizmi konusundaki farkındalıkları bu nedenlerle tez araştırmamızın konusu olmuştur. Bu kapsamda Bozyazı ilçe devlet hastanesi uygulanacak anket çalışması için örnek çalışma alanı olarak belirlenmiş ve elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Anket sorularına verilen cevaplar çeşitli değişkenler yönünden analiz edilmiş ve cevaplar istatistiksel anlamlılık açısından yorumlanmıştır.

Araştırma sonuçları sağlık çalışanlarının, “sağlık turizmi” kavramını “tele-tıp” kavramından daha fazla bildiklerini göstermektedir. Ayrıca yapılan çalışma ile sağlık çalışanlarının tele-tıp ile muayene sonrası kontrolleri, ön muayene hizmetlerine göre daha yararlı bulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılar arasında, sağlık turizmi ile ilgili yeterli düzeyde tanıtım yapıldığı konusunda kararsız görüş bildirenler diğer gruplara kıyasla fazladır. Araştırma bulguları sağlık çalışanlarının yabancı dil öğrenimi konusunda yetersiz olduklarını göstermektedir. Ancak tüm bu sonuçlara karşın sağlık çalışanlarının teknolojik aygıt ve uygulamaları iyi düzeyde kullandıkları tespit edilmiştir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının tele tıp teknolojilerine adaptasyonlarının kısa sürede gerçekleşeceği düşünülebilir. Elde edilen veriler, erkek sağlık çalışanlarının sağlık turizmi ile ilgili

farkındalık düzeylerinin kadınlara oranla daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Genel anlamda lisans mezunu sağlık çalışanlarının sağlık turizmi konusundaki farkındalığı, diğer öğrenim durumunda olan sağlık çalışanlarından daha yüksektir. Sağlık alışanlarının yaşı ve tecrübesi arttıķa sağlık turizmi farkındalığı da artmaktadır. Sağlık alışanları tele-tıp uygulamasının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedir. Araştırmanın sonuçları, temel düzeyde bu konuda ileride yapılacak araştırmalara veri sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Turizmi, Mobil Sağlık Hizmetleri, Tele Tıp, Sağlık alışanları, Farkındalık.



ABSTRACT

DEFINITION OF THE HEALTHCARE PROFESSIONALS' LEVELS OF HEALTH TOURISM AWARENESS AND ASSESSMENT OF THE APPLICABILITY OF TELEMEDICINE IN TERMS OF BOTH HEALTH TOURISM AND PROVIDING HEALTH SERVICE: THE EXAMPLE OF BOZYAZI DISTRICT

Şamil ÇABUK

Department of Health Tourism

Alanya Alaaddin Keykubat University, Graduate Education Institute

January, 2023

Health tourism can be briefly defined as individuals going from one place to another to receive health services. In general, telemedicine is a set of applications that enable health services to be carried out remotely via electronic media. The Covid-19 pandemic, which affects the whole world has affected health tourism activities and many areas. While various measures were taken to ensure the continuity of the services offered, mobile health services became more prominent in this period, especially in service delivery. Therefore, the sustainability of telemedicine practices in health professionals about health tourism has been the subject of our thesis research. In this context, Bozyazı district state hospital was determined as a sample study area. The survey to be applied and the results were evaluated statistically. The answers given to the survey questions were analyzed in terms of various variables. The answers given were evaluated in terms of statistical significance.

The research results found that health professionals know the concept of "health tourism" more than "telemedicine." In addition, it is concluded with the study that health workers find post-examination controls more beneficial than pre-examination services. In addition, the participants are undecided about the adequate publicity related to health tourism. Research findings show that healthcare professionals are inadequate in subject foreign language learning. However, despite all these results, it has been determined that healthcare professionals use technological devices and applications at a reasonable level. In this context, it can be thought that the adaptation of healthcare professionals to telemedicine technologies will take place quickly. The data obtained show that the awareness level of male health workers about health tourism is higher than that of females. In general, the awareness of health professionals with a bachelor's degree in

health tourism is higher than that of health workers with other education levels. As the age and experience of healthcare professionals increase, awareness of health tourism increases. Healthcare professionals do not see any inconvenience in using telemedicine applications in health tourism. The results of the research will guide future academic studies.

Keywords: Health tourism, Mobile Health Services, Tele Medicine, Health Workers, Awareness



İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xviii
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	xix
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR	3
2.1. Sağlık.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri	3
2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	4
2.2.1.1. Kişiye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri	4
2.2.1.2. Çevreye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri	4
2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	4
2.2.2.1. Birinci basamak tedavi hizmeti	5
2.2.2.2. İkinci basamak tedavi hizmeti	5
2.2.2.3. Üçüncü basamak tedavi hizmeti	5
2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	5
2.2.3.1. Tıbbi rehabilitasyon.....	6
2.2.3.2. Sosyal (mesleki) rehabilitasyon.....	6
2.3. Dünya’da Sağlık Hizmetleri.....	6
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	8
2.5. Pandeminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Geleceği	9
2.6. Turizm ve Turist.....	11
2.7. Sağlık Turizmi.....	11
2.7.1. Medikal turizm.....	12
2.7.2. Termal turizm.....	12
2.7.3. Engelli ve ileri yaş turizmi	13
2.7.4. SPA&Wellness turizmi	13
2.8. Sağlık Turizminin Tarihi.....	13

2.9. Dünya’da Sağlık Turizmi	14
2.10. Türkiye’de Sağlık Turizmi	14
2.11. Sağlık Turizmi ile İlgili Yasal Düzenlemeler	15
2.12. Sağlık Turizminde Güvenlik ve Kalite	18
2.13. Sağlık Turistlerinin Güveni	18
2.14. Pandemi Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Turizmine Etkisi	19
2.15. Dijitalleşmeye Giriş	20
2.16. Mobil Sağlık Hizmetleri	21
2.17. Tele-Tıp	22
2.17.1. Tele-tıp tarihi	26
2.17.2. Tele-tıbbın olumlu yanları	27
2.17.3. Tele-tıbbın olumsuz yanları	28
2.17.4. Dünya’da tele-tıp	28
2.17.5. Türkiye’de tele-tıp	29
2.17.6. Tele-tıp uygulama alanları	31
2.17.7. Tele-tıbbın ekonomik boyutu	33
2.17.8. Tele-tıp ve pandemi	34
2.17.9. Tele-tıp ve sağlık turizmi	35
3. YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Önemi	36
3.2. Araştırmanın Amacı	36
3.3. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi	37
3.4. Araştırmadaki Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	39
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	39
3.6. Araştırmanın Varsayımları	39
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR	41
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	41
4.2. Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular	44
4.3. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular	59
4.4. Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular	68
4.5. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular	80
4.6. Mesleki Yıl Değişkenine İlişkin Bulgular	94
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	106
6. KAYNAKLAR	113

7. EKLER.....	118
EK 1: ALKÜ Etik Kurul Onayı	118
EK 2: Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	119
EK 3: Anket Formu	121

ÖZGEÇMİŞ



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Cinsiyet.....	41
Şekil 4.2 Meslek	42
Şekil 4.3 Yaş.....	43
Şekil 4.4 Mesleki Yıl.....	43
Şekil 4.5 Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak alınan eğitim durumu.....	44
Şekil 4.6 Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerin öncelikli sunumu.....	45
Şekil 4.7 Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapıların sağlık hizmeti sunumuna entegrasyonu	46
Şekil 4.8 Sağlık turizmi kavramını anlama durumu	47
Şekil 4.9 Tele tıp tanımını anlama durumu	48
Şekil 4.10 Hastaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin uzaktan verilmesi durumunun değerlendirilmesi	48
Şekil 4.11 Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. hizmetlerin sağlık turizmi alanında kullanılabilirlik durumu.....	49
Şekil 4.12 Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetlerin yurtdışında tanıtılma durumunun değerlendirilmesi.....	50
Şekil 4.13 Pandemi koşullarında tele tıp uygulamalarının kullanım durumu	51
Şekil 4.14 Mesleki açıdan tele-tıp uygulamalarının uygulanabilirlik durumunun değerlendirilmesi	51
Şekil 4.15 Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim	52
Şekil 4.16 Muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılması durumunun değerlendirilmesi	53
Şekil 4.17 Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanım durumu	54
Şekil 4.18 Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	55
Şekil 4.19 Tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanımının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	55
Şekil 4.20 Sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular.....	57
Şekil 4.21 Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar.....	58
Şekil 4.22 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	59
Şekil 4.23 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	59

Şekil 4.24 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	60
Şekil 4.25 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	60
Şekil 4.26 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	61
Şekil 4.27 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	61
Şekil 4.28 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi.....	62
Şekil 4.29 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi.....	62
Şekil 4.30 Cinsiyet (kadın) değişkeninde ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	63
Şekil 4.31 Cinsiyet (erkek) değişkeninde ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	63
Şekil 4.32 Cinsiyet (kadın) değişkeninde muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	64
Şekil 4.33 Cinsiyet (erkek) değişkeninde muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	64
Şekil 4.34 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	65
Şekil 4.35 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	65
Şekil 4.36 Cinsiyet (kadın) değişkeninde gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	66
Şekil 4.37 Cinsiyet (erkek) değişkeninde gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	66
Şekil 4.38 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	67
Şekil 4.39 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	67
Şekil 4.40 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu	68
Şekil 4.41 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu	68
Şekil 4.42 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu	68
Şekil 4.43 Meslek değişkeninde (hekim) tele tıp tanımının bilinmesi durumu.....	69
Şekil 4.44 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) tele-tıp tanımının bilinmesi durumu	69

Şekil 4.45 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmet sunumu yapan sağlık personeli) tele-tıp tanımının bilinmesi durumu	70
Şekil 4.46 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	70
Şekil 4.47 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	71
Şekil 4.48 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	71
Şekil 4.49 Meslek değişkeninde (hekim) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi	72
Şekil 4.50 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi	72
Şekil 4.51 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi	72
Şekil 4.52 Meslek değişkeninde (hekim) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	73
Şekil 4.53 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	73
Şekil 4.54 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	74
Şekil 4.55 Meslek değişkeninde (hekim) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	74
Şekil 4.56 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	75
Şekil 4.57 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu	75
Şekil 4.58 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi	76
Şekil 4.59 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi	76
Şekil 4.60 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi	76
Şekil 4.61 Meslek değişkeninde (hekim) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	77
Şekil 4.62 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	77

Şekil 4.63 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi.....	78
Şekil 4.64 Meslek değişkeninde (hekim) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi	78
Şekil 4.65 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi.....	79
Şekil 4.66 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi.....	79
Şekil 4.67 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	80
Şekil 4.68 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	80
Şekil 4.69 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	80
Şekil 4.70 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	81
Şekil 4.71 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	81
Şekil 4.72 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	81
Şekil 4.73 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	82
Şekil 4.74 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	82
Şekil 4.75 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	83
Şekil 4.76 Yaş değişkeninde (+50) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	83
Şekil 4.77 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi	84
Şekil 4.78 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi	84
Şekil 4.79 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi	84
Şekil 4.80 Yaş değişkeninde (+50) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi	85
Şekil 4.81 Yaş değişkeninde (20-29) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	85
Şekil 4.82 Yaş değişkeninde (30-39) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	86
Şekil 4.83 Yaş değişkeninde (40-49) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	86
Şekil 4.84 Yaş değişkeninde (+50) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	86

Şekil 4.85 Yaş değişkeninde (20-29) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	87
Şekil 4.86 Yaş değişkeninde (30-39) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	87
Şekil 4.87 Yaş değişkeninde (40-49) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	88
Şekil 4.88 Yaş değişkeninde (+50) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	88
Şekil 4.89 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	89
Şekil 4.90 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	89
Şekil 4.91 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	89
Şekil 4.92 Yaş değişkeninde (+50) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	90
Şekil 4.93 Yaş değişkeninde (20-29) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	90
Şekil 4.94 Yaş değişkeninde (30-39) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	91
Şekil 4.95 Yaş değişkeninde (40-49) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	91
Şekil 4.96 Yaş değişkeninde (+50) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	91
Şekil 4.97 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	92
Şekil 4.98 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	92
Şekil 4.99 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	93
Şekil 4.100 Yaş değişkeninde (+50) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	93
Şekil 4.101 Mesleki yıl değişkeninde (6-10) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	94
Şekil 4.102 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	94
Şekil 4.103 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi	94
Şekil 4.104 Mesleki yıl değişkeninde (6-10) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	95
Şekil 4.105 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	95

Şekil 4.106 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi	96
Şekil 4.107 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	96
Şekil 4.108 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	97
Şekil 4.109 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi	97
Şekil 4.110 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi.....	98
Şekil 4.111 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi.....	98
Şekil 4.112 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi.....	98
Şekil 4.113 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	99
Şekil 4.114 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	99
Şekil 4.115 Mesleki yıl değişkeninde (+16) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	100
Şekil 4.116 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	100
Şekil 4.117 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	101
Şekil 4.118 Mesleki yıl değişkeninde (+16) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu.....	101
Şekil 4.119 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	102
Şekil 4.120 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu.....	102
Şekil 4.121 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu	102
Şekil 4.122 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	103
Şekil 4.123 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	103
Şekil 4.124 Mesleki yıl değişkeninde (+16) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi	104
Şekil 4.125 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	104
Şekil 4.126 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi	105

Şekil 4.127 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi 105



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1 Cinsiyet	41
Tablo 4.2 Meslek.....	42
Tablo 4.3 Yaş	42
Tablo 4.4 Mesleki Yıl	43
Tablo 4.5 Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak aşağıda yer alan konulardan hangilerine ait eğitimleri aldınız?	44
Tablo 4.6 Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerden hangileri size göre öncelikli olarak planlanması gereken hizmetlerdendir?	45
Tablo 4.7 Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapılar aşağıda sıralanan hangi işlemler için sağlık hizmeti sunumuna entegre edilebilir?	46
Tablo 4.8 Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?	47
Tablo 4.9 Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?	47
Tablo 4.10 Pandemi nedeni ile hastaya yönelik danışmanlık hizmetleri çeşitli elektronik uygulamalar kullanılarak uzaktan verilebilir	48
Tablo 4.11 Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. görüntülemelerinin sağlanması hizmetleri sağlık turizmi alanında kullanılabilir.....	49
Tablo 4.12 Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor	50
Tablo 4.13 Pandemi koşullarında tele-tıp uygulamalarının kullanımı faydalı olabilir ..	50
Tablo 4.14 Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.....	51
Tablo 4.15 Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim	52
Tablo 4.16 Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim	53
Tablo 4.17 Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.....	53
Tablo 4.18 Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın önemli bir yeri olacaktır.....	54
Tablo 4.19 Tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır	55
Tablo 4.20 Size göre sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular nelerdir?.....	56
Tablo 4.21 Size göre tele tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar nelerdir?	57

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler

n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Derecesi
t	t değeri (Bağımsız Örneklem t-Testi İçin)
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ALKÜ	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
BAE	Birleşik Arap Emirlikleri
BİTAM	Bilim Teknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi
EKG	Elektrokardiyografi
GSYH	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HKU1	Human Coronavirus
IMF	International Monetary Fund
JCI	Joint Commission International
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MÖ	Milattan Önce
NHS	National Health Service

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖSYM	Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi
RAFT	Reseau en Afrique Francophone pour la Telemedicine
SATURK	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPA	Selus Per Aqua
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TTB	Türk Tabipler Birliği
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSKA	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
VPN	Virtual Private Network
WHO	World Health Organization
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

1. GİRİŞ

Bireyler, fiziksel ve mental bakımdan iyileşmek adına çeşitli tedavi arayışları içerisinde. Bu arayışlar bireyleri sağlık turizmine yönlendirmektedir. Sağlık turizmi kavramı; termal, yaşlı bakım ve medikal tedavileri içermektedir ve gün geçtikçe daha çok birey tarafından tercih edilmektedir. Sağlık turizmi yalnızca 2005-2009 aralığında yaklaşık yüzde yüz büyümüştür (Aydın 2011). Türkiye'nin bu alanda elde ettiği gelir 2018 yılında 25,7 milyar dolardır. OECD verilerine göre Dünya'da 14. sıradadır. Turist sayısı bakımından ise 46,7 milyon ile 8. sıradadır (Bağcı, 2020). Tedavi amaçlı gelen turistlerin kaldıkları gün ve harcadıkları para bakımından ülke ekonomisine getirileri göz ardı edilemeyecek düzeydedir.

Sağlık turizmindeki personel tutumu, turist beklentileri gibi ölçütler sağlık tesisinin genel imajına etki etmektedir. Sağlık turizmi kapsamındaki tesislerin ilgili bakanlıklarca gerekli belgeleri tamamlamış olması gerekmektedir. Bazı tesislerde bu durum, yerel yönetimlerden alınan belgelerle sınırlı kalmıştır. Sağlık turizmi kapsamında faaliyetlerde bulunan tesisler ilgili belgelerle beraber gerekli sigorta güvencelerini de sağlamakla yükümlüdür (Aydın, 2011). Uluslararası bir belge olan JCI belgesine ülkemizde 51 sağlık tesisi sahiptir. Bu sayı tüm Dünya'daki dağılımın 1/10'una eşittir. Sağlık hizmet sunumu bakımından ülkemizde 442 nitelikli tesis bulunmaktadır. İçerisindeki 79 tesis, sağlık turizmini temel alan hizmetler sunmaktadır. Ülkemiz yaklaşık 16000 yatak kapasitesi ile sunulan hizmetin kaliteli ve fiyat bakımından daha kabul edilebilir olarak değerlendirilmesine bağlı olarak sağlık turizmi yönünden tercih edilmektedir.

Bazı olaylar, sağlık turizminde o yılın verilerine direkt etki edebilmektedir. Güvenlik, afet, kriz, salgınlar bunlardan birkaçıdır. Covid-19 gibi salgınlarda, sağlık turizmi açısından krizin faydaya çevrilebilmesinin ancak krizin doğru şekilde yönetilmesi ve sağlık turistlerinin güvenini kazanmakla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bağcı, 2020).

Dijitalleşmeyle beraber ekran içerisine pek çok uygulama sığdırılabilmektedir (Dilbaz, 2020). Tele tıp uygulamaları salgın dönemi ve öncesinde sağlık hizmetine ulaşamayan bireylere sağlık hizmetini sunmak amacı ile zaman zaman kullanılmıştır (Bücük, 2021). Doğrudan muayene ya da görüşmenin gerekmediği sağlık hizmetlerinin sunumunda hastanın hekimlerle sanal ortamda ön görüşme gerçekleştirebilmesi ve neticesinde tedavi planlamasının yapılması, maliyet hesapları da dikkate alındığında

sağlık turizminde sanal uygulamaların kullanımının akılcı olabileceğini göstermektedir (Doğramacı, 2020).



2. LİTERATÜR

2.1. Sağlık

“Sağlık” kelimesinin birçok tanımı bulunmakla birlikte WHO, 1979 yılında sağlığı; bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam iyilik hali olarak açıklamıştır. Kişinin sakatlık veya hastalığının bulunmamasının yanı sıra çevresel faktörlerin de değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (İstek, 2016).

Sağlığın dilimizdeki karşılığına baktığımızda ise “esenlik, sıhhat” ifadeleri ile ilişkilendirildiğini hatta “ölü olmayan” terimi ile yakın ilişkili olduğunu görürüz (Sargutan, 2005).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri insanlığın başlangıcından itibaren var olmuştur. Sağlık hizmetleri, toplumun hastalıklardan korunması ve hastalığa yakalanmış kişilerin tedavi edilmesi amacıyla yürütülen hizmetlerin bütünüdür. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, sağlığın sürdürülebilmesi için gerekli tüm imkanlardan faydalanır. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet çeşitlerinden ayrılan yönleri bulunmaktadır. Bu farklılıklar;

1. Belirli bir zaman kavramının olmaması,
2. Nerede, ne şekilde, nasıl hizmet verileceğinin her zaman tahmin edilememesi,
3. Mali boyutun genellikle tartışılmaması,
4. Yerine geçen bir hizmet çeşidi bulunmamasıdır (İstek, 2016).

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri;

- Birey ve toplumun sağlığının korunması,
- Hasta fertlerin iyileştirilmesine yönelik hizmetlerin planlanması.
- Ruhsal ya da fiziki yönüyle bakıma ihtiyaç duyan bireylerin diğer fertlerin yardımı olmaksızın yaşamlarını sürdürebilmelerine yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Bireylerin sağlık kapasitelerinin arttırılmasına yönelik faaliyetleri kapsar (Atlı, 2018).

Kısaca, ülke genelinde sağlık eğitimi verme, sağlık hizmeti sunumuna engel teşkil eden unsurları azaltma ve iyileştirici faaliyetleri arttırma gibi hedeflere sahiptir (Garreault, 2019). Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır (İstek, 2016).

2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

WHO'ya göre koruyucu sağlık hizmetleri sunumu; bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini  nleme, bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri faaliyetleri içerir. Diğer bir ifadeyle toplum sağlığının daha iyiye götürülmesi maksadıyla tüm imkanların kullanılmasıdır. Sağlık hizmetinin sunumunda sağlığın korunmasına yönelik hizmetler öncelikli olarak planlanmalıdır (Altay, 2007). Bu hizmetler 2 başlık altında incelenir. Bunlar;  evreye ve kişiye yönelik hizmetlerdir.

2.2.1.1. Kişiye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, en sade tanımıyla bireyleri çeşitli hastalıklardan korumayı amaçlar. Hastalıklara karşı bireylere bağışıklık kazandırma bu hizmetlerin bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerin kapsamında, çeşitli hastalıklara karşı toplumu bilinçlendirme faaliyetleri de bulunmaktadır ( elikay & Gümüş, 2010).

2.2.1.2. Çevreye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri

Çevrenin korunmasına yönelik olan sağlık hizmetleri, gündelik hayatın akışını bozan fiziksel, biyolojik ve kimyasal maddelerin zararsızlaştırılmasını veya ortadan kaldırılmasını amaçlar. Bu sağlık hizmeti kapsamında, filtresiz fabrika bacaları ve bataklıklar gibi kirlilik yayan alanlarda denetim faaliyetleri sürdürülmektedir. Bu faaliyetler maddelerin ve gıda kaynaklarının gerekli kontrollerinin yapılması, mevcut kaynakların daha kullanışlı hale getirilmesi ve bireylerin aydınlatılması gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ( elikay & Gümüş, 2010).

2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığa yakalanmış olan bireyin tedavi edilmesini amaçlayan bir sağlık hizmeti çeşididir. Hastalığa yakalanmış bireyler, yataklı tedavi kurumlarında tedavi edilmekte veya ayaktan poliklinik hizmeti almaktadır. Bu hizmet alınırken gerekli ilaç ve bakım hizmetleri de verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri 3 basamaktan oluşmaktadır. İlk basamak olarak aile-toplum sağlığı merkezleri karşımıza çıkmaktadır. İkinci basamakta ise devlet ve özel hastaneler yer almaktadır.    nc  basamak en üst basamaktır. Kanseri tarama merkezleri,  niversite ve branş hastaneleri bu gruba dahildir. Bu basamak en gelişmiş sağlık hizmetlerinin sunulduğu merkezlerdir (Dökme, 2016).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla daha fazla maliyet ve organizasyon içeren hizmetleri kapsar. Bu alan; yetişmiş insan gücü, gelişmiş fiziki imkanlar, organize yönetim biçimi ve finansman gibi önemli faktörlerle yakından ilişkilidir. Bu hizmetlerin doğru şekilde planlanarak hizmete dönüşümü, toplumun yararlanımı ile doğru orantılı olmalıdır (Altay, 2007).

2.2.2.1. Birinci basamak tedavi hizmeti

Birinci basamak tedavi hizmetlerinin temeli, bireylerin hastalığa yakalanmaması için gerekli önlemlerin alınmasına ve ayaktan tedavi hizmetlerine dayanır. Herhangi bir ücret talep edilmeyen bu sağlık hizmeti en yaygın bulunan tedavi hizmetidir. Nüfus sayısı baz alınarak açılan aile sağlığı merkezleri, evde sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bu merkezler, bireylerin kolaylıkla ulaşabileceği şekilde teşkilatlandırılmıştır (Alp, 2021).

2.2.2.2. İkinci basamak tedavi hizmeti

İkinci basamak sağlık hizmetleri temelde yataklı tedavi hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Devlet hastaneleri ve özel hastaneler bu hizmetler kapsamında sağlık hizmeti vermektedir. Bu basamakta hastalıkların tedavisi için daha nitelikli tıbbi ekipmanlar kullanılmaktadır (Alp, 2021).

2.2.2.3. Üçüncü basamak tedavi hizmeti

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, en kapsamlı tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık hizmetidir. Bu hizmetler, uzman personel ve tıbbi cihaz bakımından birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinden daha gelişmiştir. Bu basamakta komplike hastalıklara karşı en gelişmiş tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Dolayısıyla en maliyetli tedavi hizmetlerini sunan sağlık hizmet çeşidi üçüncü basamak tedavi hizmetidir. Eğitim araştırma hastaneleri, dal hastaneleri ve üniversiteler bu kapsamda hizmet sunmaktadır (Alp, 2021).

2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Rehabilite eden sağlık hizmetleri, çeşitli nedenlerden dolayı fiziki veya mental bakımdan fonksiyon kaybına uğramış olan bireylerin eski haline kavuşturularak topluma kazandırılması faaliyetlerini içermektedir. Bu sağlık hizmeti, bireylerin eski haline kavuşturulması amacıyla çeşitli mesleki ve sosyal eğitimler sunmakla birlikte

rehabilitasyon ile ilişkili sağlık hizmetlerini; tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayırabiliriz (Özbay, 2019).

2.2.3.1. Tıbbi rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, fiziki sakatlıkların düzeltilmesini amacıyla verilen sağlık hizmetidir. Bu sağlık hizmet çeşidinde vücudun çeşitli bölgelerinde oluşan duyuusal kayıp ve ekstremitte bozukluklarının tedavi edilmesi veya kusurun hafifletilmesi amaçlanmaktadır (Özbay, 2019).

2.2.3.2. Sosyal (mesleki) rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, çeşitli nedenlerden dolayı fiziksel ve sosyal yönden kayıp yaşamış olan bireylere yönelik verilen rehabilitasyon hizmetidir. Bu hizmet kapsamında sağlık hizmetlerinde istihdam edilecek bireylere çeşitli iş oryantasyonları sağlanır ve iş öğretilir. Kişinin işe adaptasyon süresinin kısaltılması da bu hizmet kapsamında değerlendirilmektedir (Özbay, 2019).

2.3. Dünya’da Sağlık Hizmetleri

Küreselleşen Dünya’da bilgi iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve toplumun sağlık hizmetlerinden beklentisinin de artmasıyla, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve verimliliğini etkileyen birçok değişken karşımıza çıkmaktadır (Topkaya, 2016). Bu değişkenler performans ile ilgili yapısal göstergeler olmakla birlikte organizasyon yapısının temel dinamiklerini öne çıkaran bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaklaşımda hastanelerin büyüklüğü, kâr amacının bulunup bulunmadığı, teknolojik yeterliliği gibi etkenlere dikkat edilmektedir (Çınaroğlu, 2016). Yakın gelecekte ülkelerin sağlık ve eğitim harcamalarındaki artışa rağmen Dünya’da sağlık hedeflerine tam olarak ulaşılması bu değişkenler bağlamında pek mümkün görünmemektedir. Pek çok ülke, sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla rutin değerlendirme çalışmalarını devam ettirmekte ve gerekli reform çalışmalarını sürdürmektedir (İstanbuluoğlu, 2021). Tüm bu araştırma ve geliştirme çalışmaları sürdürülürken sağlık hizmetlerine ilişkin yasal çerçeve, çeşitli sağlık politikaları ve uygulamaları ile farklı hastalıklarla mücadele edilmesi konusunda çalışmalar yürüten küresel kuruluş WHO olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolaylı olarak etkisi olan kuruluşlar arasında ise IMF ve Dünya Bankası’nı sayabiliriz (Topkaya, 2016).

İnsanoğlunun kolektif bilinç ile hareket etmeye başladığı günden bugüne dek Dünya genelinde sağlık hizmetleri her dönem var olmuştur. Daha önce hemşire ve doktor odaklı sürdürülen sağlık hizmetleri, 20. Yüzyıl sonunda değişime uğrayarak çeşitli alanlarda işbirliğini zorunlu hale getirmiştir (İstanbuluoğlu, 2021). Gelişmiş ülkelerin sağlık politikalarında salgın hastalıklara karşı nüfus sayımları ve bu sayımlarla ilişkili istatistik heyetlerinin oluşturulması rastlanılan ilk sağlık hizmet faaliyetlerindendir. Modern çağın başlarında yapılan nüfus sayım çalışmaları her ne kadar başka amaçlar doğrultusunda gelişse de kamu sağlığı tanımının gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Küresel sağlık politikaları 3 ayrı döneme ayrılmaktadır. Bu dönemler; 1900 öncesi, 1900-1948 arası ve 1948 sonrası sağlık politikalarıdır (Topkaya, 2016).

Birçok ülke uyguladığı sağlık programlarında farklı politikalar izlemektedir. ABD gibi ülkelerde özel sağlık sistemi yaygın olarak uygulanmaktadır. 1929'dan sonra faaliyete geçen Blue Cross Blue Shield (BCBS) şirketi, kendi üyelerine sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. 1965 yılından sonra ABD'de Medicare ve Medicaid sigorta fonları yasalaşmıştır. Bu sigorta fonları kamusal fonlardan finans kaynağı sağlamaktadır. Medicare ve Medicaid hizmetleri bir dönem sağlık sektörünün zirvesi haline gelmiştir. Artan sağlık hizmetlerinin maliyetini kontrol altına almak amacıyla 1970'lerden sonra Sağlık Bakım Organizasyonları (HMO), Tercihli Hizmet Organizasyonları (PPO) ve Hekim Hastane Organizasyonları (PHO) gibi sağlık yönetim sistemleri faaliyet göstermeye başlamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuklar, erişkinlerden daha fazla sigorta olanaklarından yararlanmaktadır. Bu durumun en önemli sebebi özel sigorta şirketleri olmasına karşın ikincil sebep Medicaid'in bulunmasıdır. ABD toplumunda en az pay ise sigortasızlara aittir. 2018 senesi istatistiklerine göre çocukların %54,7'si özel sigorta, %36'sı medicaid, %5,2'si sigortasız gruptadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kamu sektörü yoğun olarak karşımıza çıkmakta iken ABD'de ise yerini özel sektöre bırakmaktadır (Uğurlu, 2020). Günümüzde, ABD'de gördüğümüz bu model Avustralya ve İsviçre'de de yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya'nın birçok ülkesinde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergi gelirlerinden sağlanmaktadır. Günümüzde 29 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) üyesi ülkenin 13'ü sağlık hizmetlerinin finansmanını vergilerden sağlamaktadır. Bu vergilerin, sağlık finans sistemlerinin temelini oluşturması 1920'lere dayanmaktadır. Bu uygulamaya ön ayak olan ilk Batı Avrupa ülkesi İngiltere'dir (1948). Bu ülkeleri, İskandinav ülkeleri, Japonya ve Kanada izlemiştir.

Sovyetler Birliği, kamu finansman şeklini 1938 senesine kadar önemli ölçüde bütün nüfusa yaymıştır (İstanbuluoğlu, 2021).

Ülkelerin sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sağlaması genel toplum sağlığına önemli ölçüde katkı sunmaktadır. Çeşitli istatistiki veriler, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi hakkında ölçüt olarak değerlendirilmektedir (Uğurlu, 2020). Bu veriler; ekonomik kalkınma, yoksulluk ve gelir dağılımı ile ilişkilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adaletli dağıtılması için bireyler arasındaki eşitsizlikleri gideren sosyal politikaların oluşturulması gerekmektedir (Topkaya, 2016).

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin bireylerin taleplerini karşılayabilmesi amacıyla 2003 yılından başlayarak farklı iyileştirme çalışmaları uygulanmıştır. Bu reformlar, sağlık sistemine yeni bir içgörü kazandırmıştır. Bu doğrultuda hastaların yüksek standartları olan hizmet sunumu taleplerinin karşılanabilmesi için sağlık hizmet sunucusu birimlerde bazı yenilikleri uygulamaya geçirmiştir. Bu bağlamda uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nın içeriğinde “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon’un sağlanması” şeklinde bir ifade yer almaktadır (Avcı, 2018). SDP reformu; planlayıcı-denetleyici hizmetleri, genel sağlık sigortasını, kolay ulaşılabilir sağlık hizmetini, sağlık çalışanının arttırılmış bilgi ve deneyimini, destekleyici eğitim kurumlarını, kalite ve akreditasyonu, kurumsal yapılanma ve bilgiye erişim gibi faaliyetleri içermektedir (Çavmak, 2020).

Sağlık hizmet sunumunun kalite standartlarına uygunluğunu ölçülebilir olmalıdır. Buradan yola çıkarak 26 Kasım 2014 tarih ve 29187 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 6569 sayılı kanun ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur. TÜSKA’nın görevleri arasında Sağlık Bakanlığı’na bilimsel katkı sağlama ve uluslararası seviyede sağlık kuruluşlarını akredite etme bulunmaktadır. Bu enstitüde, sağlık kuruluşlarından başlayan kalite standartları için farkındalık oluşturma ve sağlık tesislerinin bilgi seviyelerine katkı sağlama hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda TÜSKA sağlık kuruluşlarında kalite ve iyileştirme projelerini başlatmıştır ve bilimsel kriterler çerçevesinde uluslararası sürdürülebilir sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Sürdürülen kalite hizmetlerinin multidisipliner bir doğası bulunmakla birlikte çoklu meslek gruplarını da içerisinde barındırmaktadır. Çalışan bireylerin sorunlarının

kaynağını bulma ve bu sorunların çözülmesi, bilgi-kültür seviyelerinin artırılması ile kalite standartları yükselmektedir (Avcı, 2018).

Ülkelerin toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)'ya oranları Almanya'da %10,1; Fransa'da %11,1; İspanya'da %8,2 ve Türkiye'de %6,3 şeklindedir. Bu ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamaları Almanya'da 3 bin 499, Fransa'da 3 bin 800, İspanya'da 2 bin 700 dolar iken Türkiye'de 880 dolar civarındadır. Türkiye'de 2009 yılı verilerine göre mali bütçenin %5,2'si sağlık giderleri için ayrılmıştır. Sosyal yardım hizmetleri eklendiğinde bu pay ortalama %24'lere çıkmaktadır. Bu veriler, ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan payın Avrupa Birliği üye ülkeleri ile kıyaslandığında daha az olduğu görülmektedir (Aytekin, 2010).

2.5. Pandeminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Geleceği

“Pandemi” kelimesi “Dünya genelinde ya da büyük bir alanda ortaya çıkan, kıtasal sınırları aşan ve fazla sayıda insana etki eden bir salgın” şeklinde ifade edilmektedir (Kelly, 2011). Pandemi kısaca; kıtalararası geniş bir alana yayılan salgın olarak tanımlanabilir (Piret, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2019 Aralık ayı sonunda Çin'in Wuhan kentinde SARS-CoV-2 isimli yeni tip bir koronavirüs bulunduğu açıklandı. Bu virüs 2002 ve 2012 yılları arasında görülen “Orta Doğu Solunum Sendromu” (-CoV (MERS-CoV)) ve “Şiddetli Akut Solunumu” (-CoV (SARS-CoV)) salgınlarından sonra en ciddi halk sağlığı problemine dönüşen bir çeşit RNA virüs formudur. WHO verilerine göre 29.10.2020 tarihinde Dünya genelinde SARS-CoV-2'nin yüksek bulaşıcılığından dolayı 45.678.440 adet doğrulanan vaka ve 1,17 milyonu aşan ölüm, kayıtlara geçmiştir (Mohamadian, 2021).

Bütün Dünya'yı etkisi altına alan Covid-19 salgını Dünya'da hemen hemen her alanda birçok dönüşüm meydana getirmiştir. Bu dönüşümleri değerlendirirken özellikle ekonomi, eğitim, teknoloji, yönetim, sağlık sistemleri vb. gibi alanlar üzerindeki etkisini belirlemek oldukça önemlidir. Özellikle bu dönemde sağlık alanında birtakım yeni gelişmeler ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerin temelinde Covid-19 gibi küresel bir salgında kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek ve hizmet talebine cevap verebilmek bulunmaktadır. Sosyal yaşamda meydana gelen bu gelişmeler insan hayatına dijitalleşmeyi yerleştirmiştir (Ateş, 2021).

Pek çok ülke, pandemiyi kontrol altına alabilmek için “kilitleme” stratejisi uygulamıştır. Bu yaklaşımda insanlar uzun süre evlerinde kalmış, aile fertleri ve arkadaş çevresiyle olan mevcut sosyal ilişkilerine sınır getirilmiştir. İnsanların uzun süre evde kalmaları sonucunda bireylerde farklı sağlık sorunları ortaya çıkmıştır. Bu sorunların çözümü ve Covid-19 salgını ile başa çıkabilmek için birçok sağlık personeli görevlendirilmiştir. Personel yetersizliği bulunan pek çok ülke bu sebeple diğer rutin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini azaltmış ya da ertelemek zorunda kalmıştır. Bu süreçte devam eden birtakım sağlık hizmetleri ve acil olmayan cerrahi müdahaleler ikinci planda değerlendirilmeye başlanmıştır. Sonuç olarak bu durumun Covid-19’lu olmayan milyonlarca yaşı birey için fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamaması adına risk barındırdığı bildirilmektedir. Yaşı bireylerde olduğu gibi diğer bireylerde de izolasyon ve karantina süreçlerinin ardından pandeminin dolaylı neticelerinin olabileceği düşünölmüştür. Bu durum rehabilitasyon hizmetlerine yönelik bastırılmış talebi artıracaktır. Rehabilitasyon stratejilerinin bu çağrıya etkin yanıt verebilmesi ise yetişmiş sağlık personeli sayısı ve donanımlı sağlık tesislerinin bulunması ile yakından ilişkilidir (De Biase, 2020).

Dünya genelinde birçok ülke pandemi döneminde farklı önlemler almıştır. Norveç’te birinci basamak sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı alanında hayata geçirilen video görüşmeleriyle sosyal rehabilitasyon hizmeti devam ettirilmeye çalışılmıştır. Norveç hükümeti, hastalığın seyrini izlemek üzere geliştirilen bir uygulama yayımlayarak pandemi sırasında ve sonrasında e-sağlık uygulamalarının kullanımının yaygınlaşmasını teşvik etmiştir (Wynn, 2020). Öte yandan Amerika Obstetrik Jinekoloji Birliği (ACOG) hastanelerde dezenfeksiyon ve temizlik hizmetlerinin kullanımını artırmıştır. İki hasta randevusu arasındaki zaman aralıkları uzatılmıştır. Birlik, hamile kadınlar için sosyal mesafenin önemine dikkat çekmiş, düşük riskli hastalar için tele-tıp aracılığıyla birtakım hizmetler yürütmüştür. Covid-19 salgını, Dünya’daki sağlık departmanları üzerinde muazzam bir baskı oluşturmıştır. ABD, İngiltere, İspanya, Fransa ve İtalya dahil olmak üzere Dünya’da birçok gelişmiş ülkede artan Covid-19 vakaları tedavi edilememiştir. Pakistan’daki sağlık sektörü, yıllardır süregelen yetersiz yatırımın sonucu ile yüzleşmiş, Pakistan Hükümeti Covid-19 salgınının üstesinden gelmek maksadıyla katı önlemler almasına rağmen istediği sonuçları alamamıştır. lke içinde anne-ocuk sağlığı sorunları had safhaya ulaşmış ve bu sorunlara yönelik herhangi bir çaba gösterilememiştir. Yetkililer, Pakistan gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde de Covid-19 pandemisi nedeniyle anne-ocuk sağlığı alanında ortaya çıkan krizin aşılması için yeni planlamalar

yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Diğer yandan İngiltere’de Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi tarafından sağlık çalışanları ve anne sağlığı için ülke çapında bilinçlendirme kampanyaları başlatılmıştır. Aynı zamanda Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü ve Kraliyet Obstrüktif ve Jinekoloji Koleji’nin yönergelerine her şartta uyulması zorunlu ve doğum sonrası tele tıp konsültasyonu zorunluluk haline getirilmiştir. National Healty Service (NHS), aile planlaması hizmetleri kapsamında kadınlara kürtaj kitleri dağıtmıştır. Tele-tıp ve çevrimiçi video eğitimleri aracılığıyla bireylere gerekli talimatlar aktarılmıştır. İngiltere, kritik vakaların taranması ve numunelerin incelenmesine yardımcı olunması amacıyla mobil birimler oluşturmuştur. Hastaların birtakım sağlık sorunlarıyla mücadele etmesi için tele sistemler kullanılmıştır (Sarwer, 2020).

2.6. Turizm ve Turist

Bireylerin, yaşadıkları bölgeden farklı bir yere olan seyahatlerine ve bu esnada yaptıkları alışveriş, dinlenme ve hizmet alımlarını kapsayan faaliyetlere turizm denilmektedir. Bu faaliyetleri gerçekleştiren veya eşlik eden katılımcılara turist adı verilmektedir (Saruhan, 2019).

2.7. Sağlık Turizmi

Sağlık Bakanlığı, sağlık turizmini “hastalığın tedavisi için planlanmış seyahat” olarak ifade etmektedir. Normal seyahat eden bireylerin bu esnada sağlık hizmetinden faydalanması sağlık turizmi kapsamında olmamakla beraber turistin sağlığı kapsamındadır. İnsanların sağlık turizmi gerçekleştirmesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden birkaçı sağlık hizmet maliyeti, kalite beklentisi, zaman, inançlar ve tatil yapma isteğidir (Acar, 2016). Ancak, bu tür seyahatlerin asıl amacı çoğunlukla sağlık hizmeti sunan birimlerden yararlanmaktır (Aydın, 2015). Sağlık turizmi yalnızca bozulmuş sağlığı düzeltmez aynı zamanda temel tıbbi bakımın yanında destek tedavileri de sunmaktadır. Bu destek tedavileri; sağlığın sürdürülmesi adına rekreasyon ve rehabilitasyon faaliyetleri, diyet, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerini içermektedir (Tütüncü, 2011).

Sağlık turizmi hizmetleri belirli standartlar içermelidir ve bu alanda kaliteli hizmet sunumunun sağlanması bu standartlar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Joint Commission International (JCI), uluslararası sertifika ve akreditasyon hizmeti veren uluslararası bir kuruluştur. Temelleri 1999’a dayanmaktadır. Bu kuruluş çeşitli eğitim ve

danışmalık hizmetlerini yürütmektedir. JCI, kalite standartlarına uygun tesislere ilgili sertifikaları vermektedirler. Türkiye'nin de aralarında yer aldığı 30'dan fazla devlet uluslararası düzeyde sağlık turizmi hizmeti vermektedir. Ortadoğu ülkeleri, Tayland, Brezilya gibi ülkelerde de JCI standartlarına uygun tesisler yer almaktadır. Araştırma verilerine göre sağlık turizmi kapsamında 2015 itibariyle ülkemizde yaklaşık JCI belgesine sahip 50 tesis bulunmaktadır. Sunulan sağlık turizmi hizmeti 4'e ayrılmaktadır. Bunlar; termal, medikal, spa & wellness ve yaşlı-engelli turizmidir (Dökme, 2016).

2.7.1. Medikal turizm

Bireylerin bir yerden başka bir yere sağlık hizmeti almak için yaptığı kalıcı olmayan yer değişikliğine sağlık/medikal turizm adı verilmektedir. Bu sağlık turizm çeşidi hızla Dünya genelinde yaygınlaşmaktadır. Medikal turizm gerçekleştiren sağlık turistleri aynı zamanda tatil ihtiyaçlarını gidermektedir. Normal tatiller için daha çok gelişmiş ülkeler tercih edilirken sağlık turizmi için genellikle gelişmekte olan ülkeler tercih edilmektedir. Sağlık turizmindeki bu gelişmenin nedeni gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetinin daha düşük maliyetli olmasından kaynaklanmaktadır. Medikal sağlık turistlerinin tesis seçiminde birçok faktör bulunmaktadır. En fazla dikkate alınan unsur, bireyin ülkesi ve etnik kökenidir. Bu bakımdan birey, kendisine yakın hissettiği ülkeleri öncelikli tercih etmektedir. Ardından gelen diğer önemli unsurlar, ulaşım mesafesi ve alacağı sağlık hizmetinin bedelidir (Doğru, 2022).

2.7.2. Termal turizm

Termal turizm, termal sular kullanılarak gerçekleştirilen alternatif bir sağlık turizm çeşididir. Kısaca sudan gelen yarar olarak ifade edilmektedir. Bu turizm çeşidi kaplıca turizmi olarak da bilinmektedir. Termal turizmin kökeni antik çağlara kadar dayanmakla birlikte çeşitli dini kaynaklarda, antik çağda şifalı sulardan dini amaçlı faydalandığı yer almaktadır. Avrupa'da ise 1700'lü yıllardan sonra simya benzeri uygulamaların yerini termal turizm almıştır.

Şifalı sularda gerçekleştirilen termal turizmde aynı zamanda güneş, çamur ve havadan faydalanılabilmektedir. Bireylerin termal turizm yapmalarının amaçları arasında bireylerin stresinin azaltılması, iş verimini artırma gibi sebepler yer almaktadır. Ayrıca bireyler termal turizmi dinlenme ve eğlence aracı olarak görmüşlerdir. Termal turizmin bu ölçüde talep görmesinin nedenleri arasında 7/24 faydalanabilme, tesis sayısının fazla olması ve ulaşım imkanlarının gelişmesi yer almaktadır (Doğru, 2022).

Termal turizmin bazı çeşitleri şu şekildedir;

- Termomineral
- Su banyosu
- İçme
- İnhalasyon
- Çamur banyosu (Özkartal, 2022).

2.7.3. Engelli ve ileri yaş turizmi

İlerlemiş yaşta bulunan veya çalışamayacak durumda olan kişilerin farklı bölgelere yaptıkları seyahatlere ileri yaş ve engelli turizmi adı verilmektedir. Bu sağlık turizm çeşidinin bazı çekici yanları bulunmaktadır. Bunlar; seyahat edilen bölgenin iklimi, tedavi olanakları, ulaşımı ve yaşam kalitesidir. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin artması yaşam süresini arttırmış, böylece yaşlı ve engelli nüfusun arttığı görülmüştür. BM raporlarına göre yeryüzünde yarım milyardan fazla engelli insan bulunmaktadır. Ülkemizde bu sayı yaklaşık 9 milyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bireyler için çeşitli otel, bakımevleri ve huzurevleri sağlık hizmeti vermekte ve ilgili sağlık tesislerinin birçoğunun hem yaşlı hem engelli bireylerin kullanabileceği şekilde tasarlanması bu turizm çeşidinin önemli bir potansiyel sunduğunu göstermektedir (Gülmez, 2012).

2.7.4. SPA&Wellness turizmi

Günümüzde yaygın şekilde sunulan SPA-Wellness hizmetleri “sudan gelen sağlık” anlamında olduğu bilinmektedir. Bu sağlık hizmeti, uzman kişiler tarafından su ve çeşitli karışımların kullanılarak hastaya uygulanması ve vücudun dinlendirilmesi esasına dayanmaktadır. Thalasso terapi en bilinen SPA uygulamasıdır. Bu terapide deniz suyu vücut yüzeyine temas ettirilmektedir (Gülmez, 2012).

2.8. Sağlık Turizminin Tarihi

Yukarıda sağlık turizminin insanların kolektif olarak bir arada yaşadığı dönemlerde ortaya çıktığı belirtilmiştir. Örneklerine ilk uygarlıklar döneminde rastlanan sağlık turizmine, milat öncesi devirlerde sıcak suyun Sümerler tarafından sağlık amacıyla kullanılması örnek gösterilebilir. Asklepion tapınakları tarihin ilk medikal turizm noktası olarak kabul edilmektedir. Tunç devrinde ise bugünkü İsviçre dolaylarında demir içeriği yoğun su kaynakları bulunmuştur. Türk Dünyası’ndaki örnekler incelendiğinde

kullanılan hamamlar medikal turizm faaliyetlerine örnek gösterilmektedir. Osmanlı döneminde Anadolu’da birçok hamam inşa edilmiştir. Ardından Japonya, Mısır, Avrupa ve daha sonrasında Amerika gibi Dünya’nın birçok yerinde benzer yapıların izlerine rastlanmıştır. Cumhuriyet dönemiyle beraber ülkemizde termal turizme rehberlik edebilecek Hidro-Klimatoloji Kürsüsü açılmıştır. İlerleyen yıllarda bir anabilim dalına dönüşen bu kürsü kaplıca hekimi de yetiştirmiştir. Daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan Dünya genelindeki ekonomik bunalım 1900’lü yılların sonlarında Asya ülkelerini yeni arayışlara yönlendirmiştir. Bu arayışlar Güney Asya ülkelerini önemli bir sağlık turizm merkezi haline dönüştürmüştür (Dökme, 2016).

2.9. Dünya’da Sağlık Turizmi

Dünya’da birçok devlet, sağlık turizmini önemli bir sektör görüp gerekli yatırımlara başlamıştır. Bu yatırımların en önemli sebepleri arasında ekonomik getiriler, devletlerarası ilişkiler, ulaşım ağının gelişmesi bulunmaktadır. Bu gelişmelerin yanında devletlerarası karşılıklı vize koşullarının esnetilmesi, sağlık turizmine oldukça katkı sağlamıştır.

Sağlık turizminde, yalnızca turist ithal eden değil aynı zamanda turist ihraç eden ülkeler de bulunmaktadır. Bu ülkeler genellikle 3 grupta incelenir. Bunlardan ilki yeterli sağlık hizmeti ve uygulayacak profesyonellerinin bulunmadığı Afrika ve gelişmemiş Asya ülkeleridir. İkinci grup sağlık hizmetlerin yüksek maliyetli olduğu Avrupa ülkeleridir. Son grup ise ileri yaş nüfusunun fazla ve bakım maliyetlerinin yüksek olduğu ülkelerdir (Dökme, 2016).

2.10. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Türkiye, jeopolitik konumu itibariyle üç kıtanın kesişme noktasında yer almaktadır. Transit geçiş noktasında bir kavşak ülke olarak nitelendirilen Türkiye, sahip olduğu yeraltı ve yerüstü kaynaklarıyla sağlık turizmi sektöründe her geçen gün potansiyelini arttırmaktadır. Ülkemizi tercih eden sağlık turistlerinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenlerin başında sunulan sağlık hizmetlerinin ücretlerinin uygun olması ile sağlık hizmetinde kullanılan tıbbi ekipman ve uzman kalitesi yer almaktadır. Ülkemize sağlık turisti gönderen ülkeler 5 farklı gruba ayrılmaktadır;

I. Grup: İçerisinde yoğun Türk nüfusu bulunduran Almanya, Fransa ve Hollanda gibi ülkeler

II.Grup: Uzman personel ve sağlık alt yapısının yetersiz olduğu Orta Asya'daki Türk Devletleri

III. Grup: Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigorta kapsamı dışındaki sağlık hizmetleri için ölkemizi tercih eden ABD, İngiltere ve Almanya gibi ölkeler

IV. Grup: Sağlık hizmeti arzının talebi karşılayamadığı İngiltere, Kanada ve Hollanda gibi ölkeler

V. Grup: Türkiye ile ikili anlaşmalar imzalamış olan Sudan, Afganistan ve Yemen gibi ölkelerdir (Özkartal, 2022).

Ölkemize gelen sağlık turistlerinin özel sektörü, kamu sektöründen daha fazla tercih ettiği görölmüştür. Kesitsel bir çalışmadan alınan verilere göre ölkemize gelen sağlık turistleri, sağlık hizmeti alabilmek için %91 oranında özel sektörü tercih etmektedir. Ölkemize sağlık hizmeti almak için gelmeyen ancak çeşitli nedenlerden ötürü geldikten sonra sağlık hizmeti almaya mecbur kalan turistler, turistin sağlığı kapsamında hizmet almaktadır. Turistin sağlığı kapsamında değerlendirilen turistler yine ağırlıklı olarak özel sektörü tercih etmektedirler (%62). Ölkemize gelen sağlık turistlerinin en fazla tercih ettiği şehir İstanbul'dur. İstanbul'u Kocaeli, Ankara ve Antalya şehirleri takip etmektedir. Bu turistler Türkiye'de en çok göz, estetik cerrahi, kalp ve diş ameliyatları hizmetlerini almayı tercih etmektedir. Avrupa Birliği üye ölkelerinin vatandaşları, sağlık turizmi kapsamında en çok tercih ettiği ölkeler arasında Türkiye yer almaktadır. Almanya, bu birliğin içerisinde Türkiye'ye en fazla turist gönderen ölkedir (Deniz, 2016).

Türkiye; Tayland ve Hindistan'dan sonra sağlık turizminde ön planda yer alan ölkeler sıralamasında 5. olarak yer almaktadır. Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi'ne göre Türkiye 2016 yılında medikal işlemlerden (%90) ve kozmetik ile ilişkili uygulamalardan (%10) olmak üzere altı milyar dolara yakın gelir sağlamıştır. Türkiye'de sağlık turizmi faaliyetlerine başlanması, bu yönde olumlu politikalar üretilmesinin bir sonucudur. Özellikle 2010 yılı sonrası kamu destekli politikalarda sürece dahil olmuştur ve 2013-2017 yıllarını kapsayan stratejik plan bu alanda pek çok iyileştirmeyi içermektedir (Yıldırım, 2021).

2.11. Sağlık Turizmi ile İlgili Yasal Düzenlemeler

2015'te Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) kurulmuştur. SATURK'un başkanı, bakanlık müsteşarıdır. Kurulun üye sayısı 12'dir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Bu başkanlığın bazı görevleri arasında;

- Sektör ile ilgili planlama, belgelendirme ve izin faaliyetleri yürütmek,
- Diğer kurumlarla iş yeri denetlemeleri yapmak,
- Turistler için kabul şartlarını belirlemek,
- Yabancı hastaların öneri ve şikayetlerini incelemek,
- Reklam, tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde bulunmak,
- Sağlık bölgelerini ve altyapılarını oluşturmak,
- İkili anlaşmalar kapsamında olan ülke vatandaşlarına ilgili mevzuatı uygulamak yer almaktadır.

Bu sektörle ilgili önemli yasal mevzuatlar bulunmaktadır. Bunlar;

- a) Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik'te Türkiye'ye gelen bireyler için turistin sağlığı kapsamında yabancı hasta kayıt sistemi oluşturulmuştur. Bu sistemdeki veriler sağlık turizmi takip sistemine aktarılmaktadır. Sistemdeki veriler ışığında çeşitli istatistikler ortaya konmaktadır. Bakanlık, dış ülkeden gelen bireylere kesintisiz tercümanlık hizmeti vermektedir. Bu hizmetler telefon ve telekonferans şeklinde verilmektedir.
- b) Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge'de hedef; Türkiye'ye gelen bireylere sağlık tesislerinde verilecek olan hizmet koşullarının sağlanmasıdır.
- c) Sağlık Turizmi Bölge Koordinatörlüğü Sistemi Genelgesi kapsamında ülkemiz 8 farklı sağlık turizmi bölgesine ayrılmış ve bu bölgelerde koordinatörlükler kurulmuştur. Amaç, bölgesel kuruluşların taleplerine cevap vermektir.
- d) Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik, bu hizmetleri sunan tesisleri ve bireyleri ilgilendirmektedir.
- e) Turizm Teşvik Kanunu ile uygun özellikteki yerler "Sağlık Turizmi Merkezi" olarak açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde, zaman ve kalite oldukça önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tele tıp sistemleri ile beraber birçok birimde kolaylık sağlanmıştır. Ortaya çıkan verilerin sistemde depolanması ve gerektiğinde hemen ulaşılabilmesi önemli görülmektedir. Bu gelişmeler yaşanırken web tabanlı uygulamaların kullanımı sırasında elde edilen bilgilerin güvenliği ve bunlarla ilişkili etik konular tartışılmaktadır. Sanal ortamda verileri paylaşan personelin mahremiyet ve geribildirim gibi konularda uyması gereken sınırlar net olarak çizilmelidir.

Bireyin verilerinin kullanımı için izin gerekliliği belirlenmelidir. Bu bağlamda tıbbi deontoloji tüzüğü bulunmaktadır. Tüzüğe göre hekim, hastayı doğrudan muayene etmelidir. Ancak tele tıp kapsamında radyoloji, patoloji gibi sistemlerde tüzüğe aykırı bir durumun söz konusu olmadığı belirtilmiştir. Tele tıp sistemlerini kullanırken yurtdışı ile iletişimlerde gerçekleştirilecek hukuki bir sorunda hangi devletin hukuk kurallarının işleyeceği belirsizdir. Tele tıbbın sigortasının olup olmadığı ve sistemden faydalananlardan alınacak hizmet ücreti de belirsizdir. Yetkililer, bu konulara kalıcı çözümler için yasal düzenleme talep etmektedir (Gürgen, 2021).

Sağlık Bakanlığı, verilen sağlık hizmetlerindeki kalite standartlarının belirtilmesi, faaliyetlerde bulunmak isteyen tesislerin belgelendirilmesi ve tesislerin belirli aralıklarla denetlenmesi amacı ile Sağlık Turizmi Daire Başkanlığını oluşturmuştur.

Başkanlık, ikili anlaşmalar haricinde Türkiye'ye gelen sağlık turistlerini ve başka amaçla Türkiye'ye gelip sonradan sağlık hizmeti alma mecburiyetinde kalanları da kapsamaktadır. Bu bildiri kapsamında olmayanlar;

- Afet durumlarında sağlık hizmeti alma amacıyla Türkiye'ye getirilen bireyler,
- Ülkemizdeki ilgili bakanlık veya kuruluşlarca Balkanlardan veya Türk devletlerinden getirilen hastalar,
- TİKA tarafından getirilen hastalar,
- Anlaşma kapsamında SGK yardımıyla gelen yabancı hastalar,
- T.C. vatandaşları,
- Eğitim amaçlı Türkiye'ye gelen bireyler ve yükümlü oldukları bireyler,
- Geçici gelenler, mülteciler ve
- Adli vaka durumunda kolluk kuvvetlerince getirilen yabancılardır.

Hizmet kapsamında olmayan bireyler istek doğrultusunda ücret ödeyerek sağlık turizminden faydalanabilmektedir. Yetkilendirilmiş sağlık tesisinde, turistlerin işlemleri için uluslararası sağlık turizmi birimi kurulması zorunludur. Bu birimde bir hekim sorumlu olarak görev yapar. Yoğunluğa göre sağlık personeli olan bir yardımcı bulundurulur. Bu görevlilerin bazı şartları yerine getirmesi gerekir. Bunlardan bazıları;

- İlgili meslek diploması,
- Asgari 5 yıl meslek tecrübesi,
- Lisans mütercim, tercümanlık mezunu olmak ve
- İngilizce şart olmak üzere yabancı dil bilinmelidir. Bu B2 seviyesi olmalıdır.

Uluslararası veya YÖK, ÖSYM tarafından düzenlenen sınavlarda 65 puan

alınmalıdır. (Uluslararası sınavın karşılığı Türkiye’deki sınavların 65’ine eşit olmalıdır.)

Çeşitli nedenlerden ötürü ülkemizde bulunan yabancılar, turistin sağlığı kapsamında ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabilir. Hastayı kabul etmek mecburidir. Nakil hizmetleri ücretlidir. Ücret, başvuru sağlık kuruluşuna ödenir. Trafik kazalarında hizmet bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan (SGK) karşılanmaktadır.

Belgelendirilmeyen sağlık tesis ve turizm acenteleri tanıtım, reklam faaliyetlerinde bulunamaz. Belgeli tesis ve acentelerin, tanıtımı yabancı dilde yapması zorunludur. İnternet sayfalarının tarih atarak güncellenmesi zorunlu kılınmıştır. Yalnızca izin verilen hizmetlerin reklamı yapılabilmektedir. Ülkemizde 2021 tarihi itibarıyla 1473 sağlık tesisi ve 307 aracı kurum bu alanda yetki belgesi alarak hizmet vermeyi sürdürmektedir (TCSağlıkBakanlığıSağlıkTurizmiDaireBaşkanlığı, 2021).

2.12. Sağlık Turizminde Güvenlik ve Kalite

Sağlık turizminde kaliteyi yükseltme adına birçok çalışma gerçekleştirilmektedir. Turist sağlığını koruma, hizmet kalitesinin artırılması, personel eğitimi gibi faaliyetler, sağlık turizminde kaliteyi arttıran etmenlerden birkaçıdır. Refah seviyesi yüksek olan turistlerin sağlık tesislerinden beklentileri de yüksek olmakla birlikte bu bağlamda kalite ve güvenlik kaygıları ön plana çıkmaktadır. Turistler, eskiden sigorta kapsamında olmayan estetik işlemler için seyahat etmekte iken günümüzde çok daha fazla çeşitli cerrahi işlemler için seyahat gerçekleştirmektedirler. Sağlık turistleri maliyet ve turistik tatil gibi pek çok etmenden ötürü gelişmekte olan ülkeleri daha fazla tercih etmektedir.

Turistlerin, tesis seçiminde güvenlik konusu etkili olmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar, turistlerin kalite ve güvenlik hususunda hassas olduklarını ortaya çıkarmıştır. Turistler için tesis, ulaşım ve konaklama esnasında güvenliğin sağlanması gerekmektedir. Havaalanı, yol ve gıda gibi önemli detayların koordinasyonu aracı kurum ve acenteler tarafından sağlanmaktadır. Yürütülen faaliyetlerde turist sağlığının korunması ve tedavisinin gerçekleştirilmesi adına seyahat boyunca gerekli önlemler alınmaktadır (Tütüncü, 2011).

2.13. Sağlık Turistlerinin Güveni

Sağlık turizmi sektöründe birçok kuruluş ve bu kuruluşlar bünyesinde birçok personel görev yapmaktadır. Bu kuruluşlar sağlık turistlerinin beklentilerine yönelik bazı

alışmalar yürütülmektedir. Bu açıdan sağlık ve turizm alanlarının bir arada sunulması beklentileri karşılama adına önemlidir. Sektörde devam eden uygulamaların yasal altyapısı, sağlık turistlerinin güvenini etkilemektedir. Yasal belgelere dayandırılmamış uygulama ve adımlar tesislerin imajını etkilemektedir (Bayrak, 2020). Günümüzde sağlık turistlerinin genellikle dijital mecra üzerinden sağlık tesisi seçtiği belirlenmiştir. Bu açıdan sağlık tesislerinin, daha etkin tanıtım yapması zorunluluk olarak grlmştir. Radyo, televizyon, gazete gibi araçlar yerini internet ortamına bırakmıştır. Böylece ağımızın önemli bir iletişim aracı olarak görülen çeşitli sosyal medya uygulamaları bu alana yenilikler getirmiş ve ülkemizin sağlık turizmi potansiyeli artmıştır. Bu nedenle sağlık turizmi gelirleri, ulusal gelir içerisinde önemli bir paya sahiptir (Mesci, 2020).

2.14. Pandemi Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Turizmine Etkisi

Pandemi sürecinin, insan hayatına negatif birtakım etkileri mevcuttur. Süreç içerisinde salgın her yere yayılmış olsa da WHO yapılacak seyahatler ile ilgili bazı kısıtlama önerilerinde bulunmuştur. Bu dönemde ülkelerin sağlık sistemleri de böylece test edilmiştir. Strengths (Güçlü Yönler), Weaknesses (Zayıf Yönler), Opportunities (Fırsatlar), Threats (Tehditler) (SWOT) analizleri ile ülkelerin güçlü ve zayıf yönleri ortaya çıkmıştır (ınar, 2020). Salgın döneminde pek çok ülke hastalığın yaygınlığını düşürmek amacı ile sınırlamaları genişletmesi ve hareketliliği azaltması, turizm alanını da etkilemiştir (Atsız, 2021).

Salgınla beraber tüketicilerin turizm tercihleri de etkilenmiştir. Sağlık turistlerinin bu dönemde öncelikli kriterleri hijyen koşulları olmuştur. Tesisin bulunduğu bölge, tesisin yoğunluk durumu, yemeklerin servis şekli, hastane, revir ve tesisin tıbbi hizmetleri gibi hizmetler turistlerin algılarına yön vermektedir. Tesisin doluluk oranının azaltılması, gıda ihtiyaının karşılanması, oda servisi hizmetleri ve açık hava faaliyetleri bu süreçte tüketicilerin algısını etkileyen aktivitelerdendir (Tarakçı, 2021). Bu sonuçlar, turizm işletmelerini, çalışanları ve turizm faaliyetlerini etkilemiştir. Dünya Turizm rgt raporunca bu durumun ekonomide benzersiz sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmektedir. Yetkililer, turistlerin gelecekteki yönelimlerinin değişeceğini ve kırsal alanların daha fazla ön plana çıkacağını ne sürmektedir (Atsız, 2021).

Covid-19 salgınının son dönemde etkili oluşu önümüzdeki dönemlerde sağlık turizmi faaliyetlerini etkileyebilecektir. Dünya nüfusunun yaş ortalamasının artmasına bağlı olarak bireylerde görülen eklem ve kronik hastalık tedavilerine yönelik talep

giderek artmaktadır. Bu talep ayrıca termal ve üçüncü yaş turizmini etkilemektedir (Mesci, 2020).

Ülkeler, pandeminin başında negatif yönde etkilenen medikal turizm faaliyetlerini devam ettirmektedirler. Ülkemizin sağlık sistemi bu dönemde bazı ülkelerle karşılaştırıldığında alınan önlemler ve sunulan hizmetler açısından daha başarılı olarak değerlendirilebilir (Gürleyen, 2021). Bu durum, yurtdışından gelebilecek hastalar kadar ülke içindeki hastaların zihinlerinde de olumlu etkiler oluşturmaktadır. Sektör temsilcileri tarafından iç talep yoğunluğu gelebileceği ifade edilmiştir (Al-Shamsi, 2020). Kişiler, çeşitli çözüm arayışlarına girmiş böylece insanların sağlık sorunlarının çözülmesine yönelik çeşitli fikirlerin ortaya atıldığı bir dönem girilmiştir. Küreselleşmeye paralel olarak gelişen dijital alan bazı yenilikleri ve ihtiyaçlara verilebilecek cevapları da su yüzüne çıkarmıştır (Mesci, 2020).

2.15. Dijitalleşmeye Giriş

Ülkemizde 2015 itibariyle dijitalleşme adına dev bir adım atılmıştır. Çeşitli uygulamalar geliştirilmiş ve bu araçlar sayesinde sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan vatandaşlarla telefon ve internet aracılığıyla uzaktan iletişim kurulmuştur. Bu araçlardan bazıları e-nabız, tele radyoloji ve tele tıp uygulamalarıdır. Salgının yıkıcı etkilerinin azaltılması adına çeşitli öneriler sunulmaktadır. Bunlar arasında en çok kabul göreni dijital ortamın sağlık hizmet sunumuna entegre edilmesidir. Bu uygulamaların sağlık sistemine yarar sağlayabileceği düşünülmektedir (Bayatlı, 2021). Dijital ortama eklenen birçok sağlık hizmeti bulunmakla birlikte bunlar arasında elektronik reçeteler dikkat çekicidir. Bu kapsamda bireylerin geçmişe dönük tanı ve ilaçlar güncel olarak takip edilebilmektedir. Bu dijital ortam, hekimler arası konsültasyon hizmetini kolaylaştırmıştır. Dijital ortam sayesinde tüm veriler tek merkezde toplanabilmektedir. Hastanın yurtiçindeki tüm verileri başka hekimler tarafından görülebilmektedir. Tüm bu gelişmeler hastanın ömür boyu sağlık geçmişinin takibi açısından yarar sağlar (Elbistan, 2002).

Dijital ortamdaki bir diğer uygulama olan e-nabız ile bireyler kendi verilerini takip edebilmektedir. Bu şekilde fertler kendi sağlık verilerine ilişkin daha çok bilgi birikimine sahip olabilmektedir. Sağlık verilerinin tek bir merkez altında birleştirilmesi sağlık hizmet sunumu açısından büyük bir potansiyeldir. Bu platformun işlerliğinin sağlanması için sağlık verilerinin standardizasyonu gerekmektedir. Veriler, e-Nabız

sistemini bireylerin geçmiş sağlık verilerinin görüntülenebilmesi için daha çok kullandığını göstermektedir (Yıldırım, 2021).

Sağlık uygulamalarının pandemi ile birlikte dijital ortama aktarılmasındaki asıl amaç salgın döneminde bulaş riskini azaltmaktır. Bazı ülkelerin sağlık altyapısı, pandemi sürecinde ihtiyacı karşılamakta zorluk çekmiştir. Bu dönemde teşhis ve tedavi aşamasında karşı karşıya kalınan personel ve zaman sıkıntısı, çözüm için yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Hızlı karar verme ve çok insana ulaşma gerekliliği sağlık sistemlerini dijital alanla tanıştırmıştır. Daha önce geliştirilen sağlık uygulamalarının önemi biraz daha anlaşılmıştır. Tele-tıp uygulamaları sayesinde bireyler sağlık verilerine daha kolay ulaşılabilmiş ve daha hızlı karar alma süreci gerçekleşmiştir. Bu bağlamda bireylerin beklentileri daha çabuk karşılanmıştır. Uygulamayı kullanacak olan bireylerin eğitimi ve alışma süreci de adaptasyon süresini etkilemektedir (Bayatlı, 2021).

2.16. Mobil Sağlık Hizmetleri

Mobil sağlık hizmetleri uzaktan yürütülebilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmet, çeşitli bilişim ağları ve özel cihazları içerisinde barındırır. Hastalıkların uzaktan teşhis ve tedavisi, koruyucu sağlık hizmetleri, gezici sağlık araçları ve e-uygulamalar mobil sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Mobil sağlık hizmetlerinin amacı, sunulan sağlık hizmetlerine işlerlik kazandırmaktır. Yeryüzünde artan nüfus ve buna bağlı olarak artan hastalıklarla daha etkin mücadele etmek için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerekli altyapı hazırlanmaktadır. Her ülkede bu uygulamaların amacı farklılık gösterebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bireyleri bilinçlendirmek ve bulaşıcı hastalıklardan korumak temel hedeftir. Gelişmiş ülkelerde ise asıl amaç tedavinin verimliliğini arttırmaktır. Mobil sağlık hizmetlerine;

- Acil sağlık hizmeti
- Bakım hizmetleri
- Ortak Sağlık Güvenlik Birimi hizmetleri
- Mobil sağlık ünitesi hizmetleri
- Mobil sağlık uygulamaları
- Tıbbi danışmanlık
- Tele rehabilitasyon
- Wellness
- Hastalık yönetimi

- Tele tıp

örnek gösterilebilir (Şimşek, 2016). Mobil sağlık hizmetleri birçok alanda yarar sağlamaktadır. Mobil sağlık hizmetlerinin mevcut sağlık sistemlerine entegrasyonundan bu yana maliyetlerde azalma, kalitede artış ve diğer e-sisteme öncülük etme gibi yararları görülmüş ve mevcut potansiyeli ortaya çıkmıştır. Bireylerin bu sistemleri kullanmak için daha donanımlı mobil aygıtlara ihtiyacı bulunmaktadır. Mobil sağlık hizmetleri ile şu hizmetler verilebilmektedir;

- Sağlık çağrı merkezleri/yardım hatları
- Acil ücretsiz telefon hizmetleri
- İlaç uyumu
- Randevu hatırlatıcıları
- Sağlığı geliştirme, bilinçlendirme ve toplum seferberliği
- Mobil tele sağlık
- Acil müdahale ve yönetim
- Sağlık araştırmaları ve gözetim
- Hasta izleme
- Bilgi ve araçlara erişim
- Klinik karar destek sistemleri
- Elektronik hasta bilgisi (Erbayraktar, 2021).

2.17. Tele-Tıp

Mesafe engeline takılmadan bireylerin birbirleriyle dijital veya telekomünikasyon araçlar vasıtasıyla iletişimine olanak sağlayan sağlık hizmeti uygulamasına tele-tıp adı verilmektedir. Bu uygulama, bireylere çeşitli avantajlar sunmaktadır. Mesafelerin kısalması, kalitenin artırılması, maliyetlerin düşürülmesi bu avantajlardandır (Bashshur, 1995). WHO, tele-tıbbı; sağlık personelinin teknoloji yardımıyla hasta veya hastalarla uzaktan iletişime geçerek tedavi aşamasını yürütmesi olarak ifade etmektedir. Avrupa Birliği alt komisyonlarına göre, klasik hasta-doktor iletişiminin teknolojik imkanlarla gerçekleştirildiği sağlık hizmetidir. T.C. Sağlık Bakanlığı'na göre, radyolojik verilere ait bilgilerin günün her saatinde hasta veya hekimler arası konsültasyon aracılığıyla erişilebilmesine fırsat sağlayan hizmettir. WHO'nun 2016 yılı verilerine göre Dünya'da 125 ülkede 375 tele sağlık uygulaması bulunmaktadır ve örnek verecek olunursa Amerika Birleşik Devletleri'nde 37 bölge bu hizmetlerin birtakım yasal altyapılarını hazırlamıştır.

Bu uygulamalara ait etik kılavuzları da bulunmaktadır (Doğramacı, 2020). Bir nevi teknolojik araçlar vasıtasıyla hasta-hekim veya hekim-hekim iletişimi olarak bilinen tele tıbbın geçmişi oldukça eskiye dayanmaktadır. Bilgi iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle beraber tele tıp zaman içinde gelişme göstermiştir. İnternet kullanımının artmasıyla birçok sağlık hizmet sunumunda tele tıbbın kullanılması yaygınlaşmış, böylelikle bilgiler daha fazla insana ulaşarak güvenli aktarım sağlanmıştır. Birçok devlet bu konuda yapılan çalışmalara katkı sunmaktadır (Bayhan, 2001).

Sunulan hizmet kalitesinin artması hizmet verimliliğine yansımaktadır ve bu durum hizmet süresini kısaltmaktadır. Tele tıp uygulamasının maddi boyutu bir kenara bırakıldığında hasta ve sağlık tesisi maliyetlerinin oldukça azaldığı görülmektedir. Tele-tıp, hastaların herhangi bir sağlık tesisinde verilemeyen bir hizmet için başka bir sağlık tesisine götürülmesine gerek kalmadan uzaktan birçok veri akışı sağlamaktadır. Ancak bilgilerin yorumlanması konusunda hekim-hasta ilişkisi önemlidir. Hastaların tele-tıp uygulamalarına yaklaşımı tedavi sürecinin ne şekilde yürütüleceği konusunda ipucu vermektedir. Tele sistemler hakkında yeterli bilgi düzeyi olmayan hastaların genellikle geleneksel yöntemleri tercih ettiği bilinmektedir. Geçmişten gelen tedavi yöntemleri ile tele-tıp uygulamaları birbirini tamamlamaktadır. Bu uygulamalar üzerine yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının ve hastaların memnuniyet oranlarının arttığı görülmektedir (Erbayraktar, 2021).

Tele tıp, sağlık tesislerine uzak mesafede bulunan hastalara sağlık hizmeti götüren bir teknolojidir. Tele tıp teknolojisinde hastaya doğrudan fiziksel muayene olmadığı için birtakım ekipmanların bu uygulamaya uyarlanması gerekmektedir (Dilbaz, 2020). Uzmanlara göre tele-tıp, hastane yoğunluğunu azaltacaktır. Özellikle sağlık hizmetlerine ulaşmanın zor olduğu bölgelerdeki bireyler için bu uygulama yerinde bulunmaktadır ve uzaktan tedaviyle beraber hastanelerin bireye olan ruhsal etkilerinin azalabileceği ifade edilmektedir. Tele-tıp uygulamalarıyla beraber kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin uzaktan sürekli takibi mümkün olmuştur. Uzaktan tansiyon, şeker ve nabız ölçümlerinin takip edilmesi, hekimlerin ilaç-doza ayarını daha kolay yapmalarına olanak sağlamıştır (Tekin, 2020). Tele-tıp hekimlere daha kolay ulaşabilme imkânı sağlamakta ve hem bireylerin hem de kullanıcı sağlık personelinin işi kolaylaşmaktadır. Maliyetleri düşürmesinin yanı sıra hastalıklarla mücadelede daha donanımlı bir ekip oluşturma potansiyeline sahiptir. Hastalıkların yan etkilerinde azalma ve hastalıkları atlama sürelerinde kısalma görülmektedir (Erbayraktar, 2021). Sağlık alt yapısının yeterli olmadığı yörelerde tele-tıp uygulamalarının sunduğu imkanlardan faydalanılmaktadır.

Böylece hastalar, tele-tıp uygulamalarıyla mesafe engeline takılmadan bazı tedavi ihtiyaçlarını halledebilmektedirler (Bayatlı, 2021).

Tele tıpta esasen üç farklı teknoloji yer almaktadır. Bunlar; sakla ve gönder teknolojisi, gerçek zamanlı teknoloji ve uzaktan kontrol teknolojileridir. Tele-tıbbın farklı çeşitleri bulunmaktadır. Tele tıbbın bazı çeşitleri;

- Tele-radyoloji; istemde bulunan hekimin, radyoloji uzmanı tarafından raporlanmış veriye tele uygulama üzerinden ulaşabilmesidir.
- Tele-patoloji; mikroskop görüntüsünün tele uygulama ile monitöre aktarılmasıdır.
- Tele-elektrokardiografi; kalbe ait verilerin sağlık sisteminde depolanmasıdır. İlerleyen zamanlarda tekrar inceleme fırsatı bulunmaktadır.
- Tele-dermatoloji; sağlık merkezlerine uzakta olan vatandaşların fotoğraf, video ve tele konferans yöntemleriyle tedavi sürecine devam etmesidir.
- Tele-cerrahi; mesafeli ameliyat yardımlarını içermektedir. Bu yardım, kişi veya video olabilir. Robotik cerrahideki görüntüleme ile hızlı kararlar alınabilmektedir.
- Tele-psikiyatri; psikiyatrist ya da psikolog ile bireyler arasında çeşitli iletişim araçları yardımıyla görüşme sağlanmasıdır.
- Tele evde bakım; bilgisayar veya telefon aracılığıyla hastaya ait vital bulguların hekimlere aktarılması ve gerekli önlemlerin alınması amaçlanır (Hoşman, 2018).

Gelişmekte olan bu teknolojiler, sağlık çalışanları ve hastaları sanal bir ortamda buluşturmaktadır. Bu teknolojileri içerisinde barındıran sağlık temalı içeriklere sağlık bilgi sistemleri denir. Bu sistemlerin görevi hastanın tedavi sürecinin hızlandırılması ve hızlı kararlar alınabilmesidir. Yarım yüzyılı aşkın süredir kullanılan bu sistemler, 21. yüzyıldaki internet sağlayıcılarının gelişmesiyle beraber farklı bir boyuta geçmiştir. 21. yüzyılın ilk çeyreğindeki bu atılımlar, hastaların kendi sağlık verilerine kesintisiz ulaşabilmesini sağlarken tele sistemlerin sağlık hizmet sunumuna entegrasyonu isabetli bulunmuştur. Son yıllarda üzerinde durulan yapay zekâ çalışmalarının bu sistemlere katkısı bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalar, ilerleyen yıllarda yapay zekâ uygulamalarının bu sistemlere daha fazla katkı sağlayabileceğini göstermektedir (Yıldırım, 2021).

Hastalar artık yalnızca hastanedeki verilerini görmekle yetinmeyip aynı zamanda kendisinin ağırlık, boy gibi değerleri sisteme ekleyebilmektedir. Gelişme çağlarındaki

bireylerde bu değerlerdeki değişimler takip edilmektedir. Kronik rahatsızlığı bulunan bireylerde tansiyon, kan şekeri gibi değerler eklenebilir hale getirilmiştir. Sağlıkta kişisel verilerin dijitalleşmesiyle beraber hizmet kalitesindeki artışın olağan sonucu olarak sağlık sektöründe birçok yeni kavram ortaya çıkmıştır. Bu kavramlara tele tıp, m-sağlık, e-sağlık örnek verilebilir (Yıldırım, 2021).

Tele sistemlerde paylaşılan verilerin güvenliği ve gizliliği tartışma konusu olmuştur. Böylece tele sistemlerin hukuki boyutları ön plana çıkmaktadır. 3. kişilerin bu verilere izinsiz ulaşamaması için gerekli güvenlik önlemlerinin alınması gerektiği çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir. Hasta tedavilerinde geçmiş sağlık verileri oldukça önemlidir. Bu verilere ulaşmanın her zaman mümkün olmaması tele sistemlerin ortaya çıkışının başlangıcıdır (Yıldırım, 2021).

Tele sağlık, sağlık profesyonelleri ve vatandaş tarafından erişilebilen, sağlık verilerinin sanal erişimli aktarımıdır. Bu uygulama teknolojisi mesaj, video, vb. gibi uygulamaları barındırır. Bu durum radyoloji ve kardiyoloji gibi görüntüleme gerektiren branşlarda büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Burada en önemli bileşenler hizmetin verimliliği ve hasta beklentisinin karşılanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü istatistikleri bu alanda en fazla tele radyoloji sistemlerinin kullanıldığını göstermektedir (Dilbaz, 2020). Ardından en fazla dillendirilen tele sistemler; uzaktan bakım, tele sağlık ve tele kardiyoloji olmuştur. Sağlık alanındaki bu dönüşümün ilk aşamaları tele patoloji ve tele radyolojidir. Tele dermatoloji ve tele psikiyatride maliyet diğer tele sistemlerin maliyetinden düşüktür. Buradaki süreç genellikle video konferans şeklinde ilerlemektedir. Bu yüzden kullanıcıların daha fazla kişisel donanıma sahip olması gerektiğinden söz edilmektedir (Erbayraktar, 2021).

Sanal teknolojilerin kullanımında birtakım sorunlar görülebilir. Bu sorunlara cihazların uyumu, donanımı ve maliyeti örnek verilebilir. Tele-tıp sayesinde bazı hasta gözlemleri uzaktan seyretilenecektir. Bu seyrediş yatak doluluk oranını azaltacaktır. Bu sistemler çeşitli beklentileri de beraberinde getirecektir. Kaydedilen verilerden oluşturulacak istatistikler, ileriki dönemde uygulanacak olan tedavi seçimine yardımcı olacaktır. Bu istatistiki veriler sayesinde gelişebilecek komplikasyonlar önceden tespit edilecektir. Hasta ve hekim açısından zamandan tasarruf sağlanacaktır ve iş kalitesi yükselecektir. Özetle; az sayıda personel ile daha fazla bireye hizmet edilme söz konusudur (Işık, 2010).

Bireyler, tele-tıp sayesinde canlı destek alabilmektedir. Aynı zamanda bu hastalar, kendi sağlık verilerini sağlık profesyonellerine iletebilmektedirler. Bu uygulamalara uyarlanmış çeşitli sensörler vasıtasıyla veriler komutlu bir şekilde de aktarılabilmektedir. Kronik hastalara ait verilerin dijital ortam aracılığıyla sağlık profesyonelleri arasında paylaşılmasının daha hızlı tanı ve tedaviye imkân sağladığı çeşitli çalışmalarda yer almaktadır. Takip aşamasında, verilerdeki anormal seviyeler belirlenip uygun tedavi seçilmektedir. Buradan istenilen sonuç alınamaz ise yataklı tedavi kurumlarına sevk gerçekleştirilmektedir. Tele-tıbbın buradaki en önemli görevi doğru müdahalenin anında yapılabilmesidir. Tele-tıpta bir personele bir hasta düşmez. Bir profesyonel, aynı anda birden fazla hastanın ihtiyaçlarını karşılar (Tekin, 2020).

Tele-tıp, oldukça geniş bir alandır. Saha etkinliği ve maliyetine yönelik araştırmalar devam etmektedir. Tele tıbbın olumlu ve olumsuz özelliklerinin belirlemek için daha detay çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak bu konuda olumlu-olumsuz birçok görüş ve tahminler ortaya atılmaktadır. Erişimin kolaylaşması, hizmet kalitesinin artırılması, bakım maliyetlerinin düşürülmesi olumlu görüşlerdendir. Sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki kopabilen iletişim, organizasyon ve kalite problemleri, verilerin gizliliğinin muhafazasına ilişkin problemler olumsuz olarak yapılan değerlendirmelerdendir (Hjelm, 2005).

2.17.1. Tele-tıp tarihi

Tele tıp uygulamalarının temelinin MÖ 500 civarlarındaki antik çağa dayandığı varsayılmaktadır. Yerleşim yerleri arasında acil durumlar için bilgi taşıyan haberciler bu uygulamanın en ilkel örneğidir. Bugün kullanılan sistemlerin temelini 1800'lerin sonlarına doğru EKG iletilerinin telefon hatlarıyla aktarılması oluşturmaktadır. Sonrasında gerçekleştirilen, psikiyatristler ile pratisyen doktorlar arasındaki karşılıklı televizyon kullanımı da tele tıp alanındaki ilk çalışmalardandır (Doğramacı, 2020). Tele tıbbın klinik olarak ilk deneyimi de psikiyatri alanında gerçekleşmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde ise daha farklı gelişmeler yaşanmıştır. 1920'de hastane ve gemiler arası gerçekleştirilen radyo iletişimi tele tıbbın kullanıldığı farklı alanlardan biri olmuştur. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren havacılık ve uzay çalışmalarındaki gelişmeler, farklı alanlardaki birçok yeni gelişmeyi tetiklemiştir. Bu dönemde uydu sayesinde uzaydaki astronotun vital bulguları incelenmiştir (Arif, 2021).

Tele-tıp; bilişim teknolojileri, iletişim ve daha pek çok uygulamayı içerisinde barındırmaktadır. En fazla kullanılanı interaktif video sistemidir. İlk kapsamlı tele tıp

örneklerine 1960'lı yıllarda rastlanmaktadır. Tele tıp özellikle 1990'lı yıllarda büyük gelişme göstermiştir. Tele tıp uygulaması yaygınlaşsa da bu teknolojinin vatandaşlar tarafından kullanımı henüz yeter düzeyde olmadığı araştırmalarda tespit edilmiştir. Vatandaşlar bu konuda birtakım endişelere sahiptir. Gizlilik, lisans, teminat bu endişelerin başında yer almaktadır (Grigsby, 1998).

Bir dönem kapalı devre televizyonlar aracılığıyla iletişim kurulsa da Dünya'da pek çok ülke tele tıp hizmeti için hat döşemiştir. Tele-tıp uygulamaları ilk olarak patoloji, radyoloji gibi birimlerde kullanılmıştır. Geçmiş yıllarda işin içine maliyet girince bu yatırımlar yavaş ilerlese de teknolojinin ilerlemesiyle alandaki çalışmalar hızlanmıştır. Tele tıpta zamanla çeşitli hastalıklar takip edilmiştir. Diyabetli bireylerde HbA1C'nin azaldığı görülmüştür. Cilt rahatsızlığı bulunan bireylerde hastalığın bulunduğu kısım görsel iletilerle uzman hekime aktarılmıştır. Astım ve KOAH tanılı bireylerin hastane başvurularında azalma görülürken yaşam kalitesinde ise bir farklılık olmadığı görülmüştür (Arif, 2021).

1990'larda özellikle ABD'deki eyalet yönetimleri tele-tıbbi ödenek bakımından desteklemişlerdir (Grigsby, 1998). Amerika'da 1985 yılından sonra gerçek anlamda tele tıp kullanılmaya başlamıştır. İlerleyen yıllarda ise radyoloji başta olmak üzere çeşitli branşlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bireyler ve hekimlerin görüntülü konuşmasıyla önemli bir adım atılmıştır. Fiber altyapıların geliştirilmesi, tele tıbbın gelişimine de katkı sunmuştur. Gelişmiş 7 ülke olarak adlandırılan G7 ülkeleri ortak tele sistemler üzerine çalışmıştır. Acil Tele Tıp Projesi kapsamında Küresel Acil Tele Tıp Sistemi oluşturulmuştur. Daha sonraki dönemlerde tele-tıpta güvenlik kaygılarını önleme adına VPN isimli özel bir sanal ağ oluşturulmuştur. Bu ağ sayesinde yurtdışındaki bütün ağlar dahil olmak üzere bütün ağlarla iletişim kurulabilmektedir. VPN ile bir sistem diğer bir sistemle dijital ortamda güvenli bir bağlantı kurabilmektedir. Ardından veriler şifreleme yöntemiyle aktarılmaktadır (Gürgen, 2021).

2.17.2. Tele-tıbbın olumlu yanları

Tele-tıp ile gelişen teknoloji rahatlıkla yakalanabilmektedir. Rahatsızlıkların teşhis ve tedavisine katkılar sunulmaktadır. Hekimler, tele-tıp ile beraber hasta bireylerin sağlık geçmişine hemen ulaşır ve bu verilerden yola çıkarak daha etkili kararlar alırlar. Sağlık profesyonelleri sistemdeki veriler hakkında bilgi alışverişinde bulunabilir. Sistem sayesinde sağlık profesyonellerinin eğitimleri rahatlıkla sağlanabilmektedir. Tüm bu yapılan işlemlerin yapılma süresi kısalmış olup zamandan tasarruf edilmiştir. Yurtdışında

yapılan bir çalışmada hekimlerin %26,6 oranında tele tıbbı kullandığı ortaya çıkmıştır. Yataklı tedavi kurumlarındaki doluluk ve hasta bakım maliyetleri düşmüştür. Uzaktan tedavi hizmeti alan hastaların refakatçıları ile hekimlerin daha rahat iletişim kurabileceği çeşitli çalışmalarda yer almıştır. Tele tıp, yaşlı ve engelli hastaların bakımı açısından tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde yarar sağlamaktadır. İleri yaş bireylerde yapılan bir ankette katılımcıların yaklaşık dörtte üçü tele tıptan memnun olduğunu ifade etmiştir (Gürgen, 2021).

2.17.3. Tele-tıbbın olumsuz yanları

Uzaktan teşhis ve tedavide gözden kaçabilecek detaylar bulunmaktadır. Dijital ortamlarda sunulan bu hizmetin yüz yüze hizmet kalitesi kadar verimli olup olmayacağı tartışmalıdır. İleri yaş bireylerin duyu organlarının zayıflaması nedeniyle sisteme adapte olmalarında birtakım problemler bulunmaktadır. Tele tıp verilerinin 3. şahıslar tarafından korsan olarak ele geçirilme ihtimali risk teşkil etmektedir. Acil sağlık hizmetlerinde, internet ağında yaşanabilecek sıkıntılar hayati risk oluşturabilir. Tele tıp sistemlerinin görüntüleme ve ağ kalitesi birbirinden farklı olabilmektedir ve iletişimde sorunlar yaratabilmektedir. Her bireyin aynı standartta bu sistemi kullanması mümkün görülmemektedir. Bu yüzden her hastalığın teşhis ve tedavisinde tele tıp kullanımı uygun olmamaktadır. Hasta verilerinin depolanması, bireylerin izninin alınmaması, verilerin gizliliği ve mesafeli sözleşmeler konuları tartışmalıdır (Gürgen, 2021).

2.17.4. Dünya’da tele-tıp

Amerikan Tele Tıp Derneği, tele sağlığı; sanal ziyaretler, sohbete dayalı etkileşimler, uzaktan hasta izleme ve teknoloji destekli modaliteler olarak sınıflandırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde son yıllarda tele tıp kullanımı yüzde elliden daha fazla artmıştır. Hastanelerin yaklaşık dörtte üçü bu sistemleri kullanmaktadır. İçerisinde bulunduğumuz pandemi döneminde bu sistemlere olan ilgi artmıştır. Güney Kore’de tele sağlık uygulamalarının başlangıcı 1988 yılına dayanmaktadır. Bu uygulama birinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri arasında gerçekleşmektedir. Sistem, pilot uygulamalardan başlayarak sağlık sektörüne entegre edilmeye başlamıştır. Brezilya’da Brezilya Ulusal Tele Sağlık Ağları programı oluşturulmuştur. Bu programda eğitim, danışma, teşhis gibi faaliyetler ilgili tesislerde gerçekleştirilmiştir. İskandinav ülkelerinde de benzer çalışmalar bulunmaktadır. Afrika ülkeleri ile Cenevre Üniversitesi arasında RAFT kurulmuştur. RAFT (Reseau en Afrique Francophone pour la Telemedicine) bir

tele tıp çeşididir. İsviçre’de Medgate sistemi bulunmaktadır. Uzun yıllardır bu sistem sayesinde tele konferanslar verilmektedir. Sistemde, 7/24 kesintisiz hizmet verilmektedir ve geri dönüşler oldukça olumludur. İngiltere’de, Florence isimli sistem kullanılmaktadır. Bu tele tıp sistemi birçok sağlık verisinin kaydedilmesini sağlamaktadır (Erbayraktar, 2021).

Pandemi döneminde astım tanılı bireylerin takibinde tele tıp kullanılmıştır. Bu rahatsızlığı bulunan bireylerin tele tıp takibini içeren ilk çalışma Romano ve arkadaşları tarafından yaklaşık 20 yıl önce yapılmıştır. Standart takipler ile tele tıp takibi karşılaştırıldığında benzer bulguların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Daha sonraki yıllarda çocuk ve yetişkinler üzerine yapılan araştırmalarda tele tıbbın en az yüz yüze görüşme kadar etkili olabileceğini ortaya çıkarmıştır (Şimşek, 2021).

Tele-radyolojinin uygulama alanları arasında poliklinikler, görüntüleme merkezleri, bakım merkezleri yer almaktadır. Tele-radyoloji, klinik çalışmalarda fazla kullanılmaktadır. Amerikan Radyoloji Koleji, tele-radyoloji için çeşitli standartlar yayınlamıştır. Kolej, standart filmlerin daha kolay yorumlanabilmesi için 2000*2000 piksel istasyonlarının kurulmasını zorunlu kılmıştır. Işınlara parlaklığı, hasta mahremiyeti, işlevsellik, görüntü kalitesi gibi önemli kriterlere dikkat çekilmektedir. Görüntülerin sıkılaştırılması, aktarılması, yorumlanması için gelişmiş yöntemlere ihtiyaç vardır (Thrall, 1998).

Tele-tıp, coğrafi engelleri aşarak sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmayı sağlayan teknolojidir. Tek bir ortamda hasta ile hekim buluşmasını sağlamaktadır. Bu sistem genellikle gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle tele tıp da gelişmektedir. Orta Doğu’da bazı kültürel nedenlerden ötürü tele-tıp tartışmalıdır. Tartışmalar devam etse de Orta Doğu ülkelerinin birçoğunda tele-tıp kullanılmaktadır. Bunun en somut örnekleri BAE ve Suudi Arabistan’dır. Bu ülkelerde tele-tıbbı karşılayacak bütçenin yeterli olması ve altyapısının sağlam olması bu sistemlerin kullanımını artırmıştır. Ancak Suriye, Ürdün gibi ülkelerde vatandaşların düşünce yapısı ve sağlık sistemlerinin dijitalleşmeye uygun olmaması tele-tıbbı engel teşkil etmektedir (Alajlani, 2013).

2.17.5. Türkiye’de tele-tıp

Türkiye’de tele-tıp alanındaki ilk örnekler arasında Ege Üniversitesi’ndeki BİTAM yer almaktadır. Bilgisayar ve İletişim Teknolojileri Araştırma Uygulama Merkezi (BİTAM), sayısal bir video kütüphanesidir. Gazi Üniversitesi de bu alanda

çeşitli çalışmalar yürütmüştür. Gazi Üniversitesi pediatri kapsamında sağlık ocaklarını, tele konsültasyon aracılığıyla buluşturmuştur. Tele-tıpta birçok pilot uygulama yapılmıştır. Bolu ili aile sağlığı merkezinde bulunan ultrasonografi ile hamilelerin görüntüleri Ankara’da bulunan eğitim ve araştırma hastanesine gönderilmektedir. Eğitim ve araştırma hastanesindeki uzman hekimlerce bu görüntüler yorumlanmaktadır. Bu uygulama daha sonraki yıllarda yurt genelindeki birçok hastaneye entegre edilmiştir. Dicle Üniversitesi’nde bilgisayar destekli üretim faaliyetleri bulunmaktadır (Hoşman, 2018). Dicle Üniversitesi’nde engelleri bireylere uzaktan protez imal edilmiştir. Tele-tıp sürekli gelişen bir alan haline gelmiştir. Tüm Dünya bu alandaki yatırımlarını hızlandırmıştır (Arif, 2021).

Türkiye’nin tele tıp atılımları 21. yüzyılla beraber artmıştır. Tele tıbbın yasal altyapısı tam anlamıyla hazır değildir. Hukuki bir olayda nasıl bir yol izleneceği bilinmemektedir. TTB, tele-tıp hakkındaki etik kurul görüşlerini kamuoyuna açıklamıştır. Standart tedavi sürecini yüzde yüz karşılamasa bile bireylerin zaman ve ulaşım engellerini ortadan kaldırmasından dolayı alternatif bir katkı sunacağı belirtilmiştir. Sağlık hizmetleri içerisinde etik değerlere uygun tele-tıp kullanımının herhangi bir problem yaratmayacağı bildirilmiştir. Ülkemizde tele-patoloji ve tele-dermatoloji sistemleri üzerine yapılan birçok çalışmada tele sistemlerin iyi bir alternatif olacağı görüşü hakimdir. Bu sistemlerin çalışması için uygun internet ağı ve iletişim araçları gerek duyulmaktadır (Şimşek, 2021).

Türkiye’de ilk özel kanser merkezi kuruluşu tarama amaçlı kurulan Amerikan Kanser Merkezi’dir. Bu merkez, bireylerin dış ülkelere gitmesine gerek kalmadan tele tıp uygulaması aracılığıyla hastaların radyolojik, patolojik verilerini hekimlere ileterek uygun teşhis ve tedavi sürecini başlatmıştır. Sağlık Bakanlığı 2006’dan sonra tele-tıp uygulamalarına daha fazla yoğunlaştı. Patoloji, EKG, radyoloji gibi dallarda konsültasyon ve rapor çalışmalarına odaklanıldı. Günümüzde de bu hizmetler ağırlıklı olarak verilmeye devam etmektedir. Bakanlık, bünyesindeki 1961 sağlık tesisine tele-tıp hizmetini entegre etmiştir. Tele-tıp sonrasında hastanelerin doluluk yüzdesi ve hastanın kalış süresini düşmüştür. Tele-tıp hizmeti ile hasta ve hekim arasındaki iletişim kolaylaşmaktadır. Hastanın verilerine daha erken ulaşılabilir ve sağlık personelleri daha hızlı kararlar verebilmektedir. Hastanın gereksinimleri daha çabuk karşılanabilmektedir (Doğramacı, 2020).

Sağlık bilgi sistemlerinin ilk kapsamlı örnekleri hastanelerde laboratuvar ve radyoloji birimlerinde yer almıştır. 20. yüzyılın sonlarında hastane genelini ilgilendiren bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Bakanlık, HBYS yazılımı üzerinde çalışmıştır. 2003'te açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sistemleşmenin ilk adımı atılmıştır. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi ile ulusal standartlar ve sürdürülebilir bilgi sisteminin altyapısı oluşturulmuş olup sistem herkes tarafından kullanılabilir hale getirilmiştir. Sistem içerisinde doğumdan ölüme kadar bütün veriler yer almaktadır. Bu sistemde tıbbi görüntülerin aktarılması da yer almaktadır. Bakanlık, SDP'nin yayımlanmasından 10 yıl sonra bilgi ve iletişim teknolojileri içerikli metin yayımlanmıştır. Bu metinde 2 yıl boyunca sağlık hizmetlerinin dijital ortamda devam ettirilmesi yer almıştır. Böylelikle dijital hastane uygulamasına geçilmiştir. SDP kapsamında pilot dijital hastaneler oluşturulmuş ve bu hastaneler daha sonra bir çatı altında toplanmıştır. Ardından da "Sağlık Bulutu" adlı sanal bir depo oluşturulmuştur (Yıldırım, 2021).

2.17.6. Tele-tıp uygulama alanları

Yaygınlaşan kitle iletişim araçları sayesinde bireyler, tedavileri için Dünya'nın pek çok yerindeki sağlık tesisleri hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Bu iletişim araçları, tesisler için bir avantaj olarak düşünülür. Sağlık turizmi gerçekleştiren sağlık tesisleri, dijitalleşmeye evrilen dönemde çeşitli mobil uygulamalarının kullanımına ağırlık vermiştir. Özellikle ileri yaştaki bireylerde artan sağlık maliyetleri ve tedavi süreleri dikkate alındığında mobil uygulamaların daha fazla kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şekilde hastalığın teşhis, tedavi ve izlenimi daha rahat sağlanmaktadır. Tele tıp, internet kalitesinin yeterli olduğu kırsal-şehir veya şehir-şehir arasında düşük maliyetli bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktadır. Huzurevleri, evde sağlık hizmetleri ve yerel yönetimlerin oluşturduğu bakım hizmetlerinin tele-tıp uygulamasını kullanmaya başlaması hizmet sunumuna yarar sağlamaktadır. Hekimlerin bu uygulama ile ileri yaş bireylerin bütün argümanlarını bir arada görmesi, daha hızlı kararlar alabilmelerini sağlamaktadır (Beştaş, 2016).

Anestezi hekimlerinin ameliyat öncesi uzaktan ön muayene yapabileceği ve fiziki muayeneye gerek kalmadan pre-operatif değerlendirme yapabileceği fikri üzerinde durulmaktadır. Hastanın radyolojik, EKG, kan bulguları gibi değerleri dijital ortamda online değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme sırasında hasta ile görüşme ve anamnezinin alınması planlanmaktadır. Aynı zamanda solunum ve solunum yoluna ilişkin bazı değerler değerlendirilmektedir. Buradaki veriler, operasyon öncesi daha hızlı

kararlar alınması sağlamaktadır. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde bazı poliklinik hizmetleri dijital ortamdan sağlanmaktadır. Aile hekimliği, Gastroenteroloji ve Psikiyatri bu polikliniklerden birkaçıdır (Bücük, 2021).

Fizik tedavi alan bireyler, uzaktan egzersiz programlarından yarar sağlamaktadır. Mobil sistemlerle egzersiz yapan bireyler ile broşürle egzersiz yapan bireyler karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, mobil hizmetler ile çalışan bireylerin daha önce sağlığına kavuştuğunu ortaya koymuştur. Bu grup egzersiz programına daha sadık kalmaktadır ve geri bildirimleri olumlu yöndedir. Uzaktan sağlanan boyun egzersizi programı kronik hastalıklarda yarar sağlayabilmektedir. Bu hizmet sunumu, 6 ayrı başlıkta incelenmektedir. Bunlar;

- I. Yaşam tarzı merkezli uygulamalar,
- II. Hasta merkezli uygulamalar,
- III. Klinisyen merkezli uygulamalar,
- IV. Hastalık yönetim sistemleri,
- V. Geleneksel tele sağlık sistemleri ve
- VI. e-sağlık sistemleridir (Beyaztaş, 2021).

Kırsal bölgelerdeki hamile bireyler için birinci basamak tedavi hizmetlerinde ultrason kullanımının yaygınlaştırılması ve tele-tıp aracılığıyla gerekli verilerin ikinci basamağa aktarılması amaçlanmaktadır. Özellikle gebeliğin son trimesterinde oluşabilecek risklere karşı bu uygulama faaliyete geçirilmek istenmektedir. Coğrafya ve zaman engellerini aşma adına bu yöntem açıklanmıştır. Tele-tıp uygulamaları ile aktarılan verilerde bir risk fark edildiğinde ikinci basamağa sevkler gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Bu yöntemde riskli gebelikler erken tespit edilebilir ve anne-bebek mortalitesi azaltılabilir. Bu planlamalar için birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin eğitilmesi mutlaklıdır (Arif, 2021).

Tele konferans yoluyla öğrenci ve personel eğitimlerinde uzaktan iletişim kurulmaktadır. Çeşitli sağlık araştırmalarında birtakım verilerin incelenmesi maksadıyla üst araştırma merkezlerine bilgi gönderilmesi için tele-tıp uygulamalarından faydalanılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan merkezlerin idari işlerinde de tele-tıptan yararlanılmaktadır. Burada verilerin depolaması ve istatistiklerin çıkarılması söz konusudur. Afet ve beşerî kazalarda coğrafi engeller birtakım hizmetlerin sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Bu açıdan olay yerine yakın yerlere mobil iletişim araçlarının yerleştirilmesi ve kapsamlı bir hastane ile iletişim kurulması planlanmaktadır. Buradaki amaç; kırsaldaki kazazedelere ilk müdahalelerin yapılmasıdır (Gürgen, 2021).

2.17.7. Tele-tıbbın ekonomik boyutu

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin maliyetleri inceleyen ve tavsiyeler sunan araştırma alanıdır. Tele-tıp ve bilişim altyapısının ekonomik boyutu bulunmaktadır. Kullanılmakta olan tele tıp uygulamalarının maliyet boyutunun önemi giderek artmaktadır. Geliştirilen dijital uygulamaların, sağlık hizmeti verimliliğini arttırdığı görülmüştür. Sanal ortama aktarılan veriler sayesinde 3 boyutlu gereçlerin kullanımının azalmasına bağlı olarak maliyetler azalmıştır.

Tele-tıp uygulamalarıyla zaman, yer, ulaşım, uzman ihtiyacı bakımından maliyetler azalmıştır. Dünya genelinde bunun pek çok örneği vardır. Yurtdışında tele-onkolojinin kullanıldığı bir kanser tedavi merkezinde yapılan bir araştırmada maliyetler önemli ölçüde düşmüştür. 4 yılı incelenen ve tele-tıp kullanan bu merkezin kurulum, altyapı, personel gibi maliyetler toplamı, standart hizmet verilen dönem maliyetinin yaklaşık yüzde 58'ine denk gelmiştir. İtalya'da tele-tıp kullanılan bir çocuk kardiyoloji merkezinde ortaya çıkan maliyetler değerlendirilmiştir. Ayaktan ve gereksiz olduğu anlaşılan acil vakalar değerlendirmeye alınmıştır. Gerekli olmayan konsültasyonların tele-tıp sistemi ile çözüme kavuşturulabileceği anlaşılmıştır. Tüm hizmet maliyetleri alt alta toplanmış ve maliyetlerin yaklaşık üçte iki oranında düştüğü ortaya çıkmıştır. ABD'de tele-tıpla beraber acil servis yoğunluğu azalmıştır. Bir yılda 2 milyondan fazla insanın bu birimler arası transferinden kaynaklı yoğunluk oluşturduğu tespit edilmiştir. Tele-tıp sayesinde bu sayının yaklaşık 850 bininin ihtiyacı karşılanmış ve toplam maliyet yüzde 39 civarlarına düşmüştür. ABD'de ileri yaş ve alzheimer tedavilerinin gerçekleştiği yerlerde bazı hastalar, yıl içerisinde birçok kez acil servislere sevk edilir. Tele-tıpla beraber 2,7 milyon bireyden 387 bini uzaktan tedavi edilir duruma gelmiştir. Buradan 327 milyon \$ tasarruf edilmiştir. Bu sonuçların ardından askeri alanlarda da bu teknoloji kullanılmaya başlanmış ve önemli ölçüde kaynak ayrılmıştır. Tele-radyolojiyle beraber adalardan gelen sevklerin bir kısmı azalmış ve ulaşım maliyetleri düşürülmüştür. Tele-tıbbın kullanıldığı hapishanelerden gelen sevklerin azalması da maliyetlere yansımıştır.

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda tele tıbbın maliyet boyutunun kesin olmadığına dair görüşler de mevcuttur. Konunun uzmanları, maliyet hesapları yapılırken diğer yandan hastaların tedavi süreçlerinin nasıl seyrettiğine dair yeni araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir (Paksoy, 2017).

2.17.8. Tele-tıp ve pandemi

İçerisinde bulunduğumuz pandemi döneminde birçok yenilik hayatımıza girmiştir. Sağlık sektörü, sanal dünyanın içerisine daha fazla entegre olmaya başlamıştır. Gerek kurulan filyasyon ekipleri gerek toplanan verilerin bilgisayar ortamında paylaşılması çeşitli uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Bu uygulamalar; aşı bilgileri, HES uygulaması, güncel salgın istatistikleridir. Karantina ve izolasyon süreçlerinde evdeki hastalarla çeşitli tele uygulamalar üzerinden iletişim kurulmuştur. İsteyen hastalar tele poliklinik hizmetlerinden yararlanmıştır. Özellikle yaşlı, gebe, kronik rahatsızlığı olanlar ve kanser hastaları için tele tıp uygulamalarının önemi artmıştır. Doktorların cerrahi işlemlerinde de tele tıptan faydalanılmaktadır. Bu uygulama işlem öncesi ve sonrası değerleri barındıran iyi bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Sektör, tüm bunlara bütünsel baktığında bu alanda yapılan yatırımların artacağını beklemektedir (Dilbaz, 2020).

ABD’de elliye aşkın sağlık biriminde tele tıp yer almaktadır. Evde bulunan hasta ile sağlık profesyonelleri tele sağlık aracılığıyla iletişime geçmektedir. Jefferson Health, Mount Sinai, Kaiser Permanente, Cleveland Clinic ve Province sistemleri iletişimde tele uygulamaları kullanmaktadır. Bu sistemlere alternatif olarak personel destekli sistemlerden yardım sağlanmıştır. İçerisinde bulunduğumuz salgın döneminde tele medikal testlerin koordinesi oldukça zordur. Nedeni test evreninin oldukça genişlemesidir. Uygun test alanlarının oluşturulması ve tele tıp uygulamasına uyarlanması zorunlu görülmektedir. Durumu kritik olan hastalar, mevcut sağlık hizmetlerine sevk edilirken durumu ciddi olmayan hastaların dijital hastane hizmetlerinden faydalandırılması planlanmaktadır. Bireyleri, muayene veya test sonuçlarına göre izole bir odaya yerleştirip sterilizasyonu sağlanmış tablet bilgisayarlarla iletişim kurulması planlanmaktadır. Böylece hem sağlık personeli hem ziyaretçiler tele sağlık aracılığıyla iletişim kurabilmektedir (Hollander, 2020).

Dijital gelişmelerle beraber insanlar birçok sanal uygulamalara erişebilmektedir. Tele sistemler, bünyesinde çeşitli uygulamaları barındırır. Bunlardan ikisi web tabanlı uygulamalar ve video konferanslardır. Bireyler bu sistemler sayesinde kişisel sağlık verilerini takip edip sağlık personelleri ile iletişime geçebilmektedirler. Bu şekilde sağlık tesislerine sevk edilmesi gereken hastalar belirlenmektedir. Tele-tıp sistemleri salgın döneminde çeşitli riskleri azaltmıştır. Tele-tıp sistemlerinin bazı branşlarda daha fazla geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Cerrahi operasyonlarının daha hızlı yapılmasına

yönelik gereksinim devam etmektedir. Salgında cerrahi işlemlerin bir kısmı ertelenmiştir. Bu süreçlerin hızlanması adına gerekli çalışmalar yürütülmektedir. Bu hastalara işlem öncesinde tele sistemler ile gerekli bilgilendirme sağlanacaktır. Böylece bulaş riskinin azaltılabilecektir (Bücük, 2021).

2.17.9. Tele-tıp ve sağlık turizmi

Sağlık hizmetleri içerisinde kullanışlı bir hale gelen tele tıp uygulamaları, sağlık turizminde de yer almaya başlamıştır. Pandemi sürecinde birçok kişi ve kurum tele-tıp uygulamaları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu uygulamalar, sunulan sağlık hizmetleri kapsamında insan sağlığına fiziksel ve ruhsal açıdan katkı sunmaktadır. Dünya'nın birçok yerinde e-hastaneler açılmaktadır. Bu hizmetler tele-tıp uygulamalarını barındırmaktadır. Tanıtım, tele-tıp ve sözleşmeler dijital ortamda yapılmaktadır. Sağlık turizminde tele uygulamaların kullanılmasının amacı mesafe, maliyet, salgın gibi engellerdir. Tele-tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılması için uygun alt yapı gerekmektedir. Tele-tıp teknolojisinin sağlık turizmi kapsamındaki tesislere entegrasyonunda uygulanacak sistemlerin sürekliliği, geçerliliği ve verimliliği test edilmektedir. Diğer yandan hizmeti sunacak personelin kişisel donanımı, tele tıp uygulamalarına bakış açısı uygulamanın işlerliğini test etmektedir (Doğramacı, 2020).

Tele-tıpta bazı temel unsurların aksatılması zararlı sonuçlar doğurmaktadır. Bunlardan bazıları; bilgi kalitesi ve memnuniyet, erişim, etkililik ve bilgi güvenliğidir. Aktarılan verilerin işe yarar olup olmadığı, verilerin gizliliği, gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı konuları tartışmalıdır. Tele-tıp uygulamalarının erişilebilirliği ve uygun alt yapının oluşturulması uzun sürebilmektedir. Tele-tıp uygulamaları üzerine yapılan çalışmalar, sağlık profesyonelleri ve hastalar üzerinde istenilen etkinin oluşup oluşmadığının tespit edilmesi gerektiğini aktarmaktadır (Korkmaz, 2018).

Endüstri 4.0 ile sağlık ve turizm alanlarında dijitalleşme başlamıştır. Sağlık turizminin kendi iç dinamikleri bu yeniliğe kapılarını açmaya başlamıştır. Ülkemizde, dijital teknolojiler sayesinde başta medikal turizm olmak üzere birçok sağlık turizmi çeşidinde bu imkanlardan sonuna kadar faydalanılacaktır (Yıldırım, 2021).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Önemi

Sağlık turizmi son yılların gelişen sektörlerinden biri haline gelmiştir. Sağlık turizmi; bireylere koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Sağlık turizmi, bireylerin sağlığına kavuşma maksatlı yaşadıkları ülkeden başka bir ülkeye ziyaretleridir. Günümüzde sanayileşme ve kentleşmenin etkisiyle meydana gelen sorunlar insan ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Sağlıksız toplumlarda işgücü ve üretim kapasitesi azalmaktadır. İnsan sağlığını korumak, işgücü verimini ve üretimi arttırmak için çeşitli doğal kaynaklardan (temiz hava, güneş, şifalı termal sular, iklim) faydalanılmaktadır. Sağlık turizmi, uluslararası hareketlilik potansiyeli ile sağlık kuruluşlarının büyümesine imkân veren bir sektördür. Globalleşen Dünya’da, ülkeler arası iş birliğinin, seyahat özgürlüklerinin ve imkanlarının artması, ulaşımda kolaylıklar sağlanması, sağlık hizmeti finansmanındaki bireysel ve ulusal gelişmeler Dünya’da sağlık turizmi kavramının önemini arttırmıştır (Tontus, 2019).

Pandemi, pek çok alanda olduğu gibi sağlık turizmi hizmet sunumunda da bazı yapısal değişim ve yeniliklerin planlamasını zorunlu kılmıştır (Bağcı, 2020). Sağlık turizminde kullanılabilecek farklı uygulamalara ait bilimsel çalışmalar daha sonra yapılacak olan bilimsel çalışmalar için yol gösterici olacaktır (Elbistan, 2002). Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi ve tele-tıp uygulamaları konusundaki görüşlerinin belirlenmesi sağlık yatırımlarını etkilemektedir. Bu tür sistemlere entegre olabilecek sağlık kuruluşlarının gerekli onay ve sertifikalarla desteklenmesi hasta güvenliği ve tanıtım açısından önemli olduğu değerlendirilmektedir (Mesci, 2020).

Bu bağlamda sağlık çalışanlarında sağlık turizmi ile ilgili farkındalık oluşturulması ve tele tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegre edilmesinin sağlık çalışanları perspektifinden değerlendirilmesi bu alanda yapılacak olan planlamalara yol gösterir. Daha önce ileri yaş turizmindeki mobil hizmetler üzerine yoğunlaşan akademik çalışmalar, tele-tıp uygulamasının sağlık turizmine entegrasyonuna dair fikirler sunacaktır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Tezin amacı; sağlık turizmi hizmet sunumundaki kalitenin artırılması ve yenilikçi uygulamalarının daha işler hale getirilebilmesi amacıyla “hekim ile sağlık çalışanlarının sağlık turizmi ve tele-tıp uygulamaları konusundaki bilgi ve tutumlarının

değerlendirilmesi ile tele-tıp uygulamalarının sağlık turizmine nasıl uyarlanabileceğinin belirlenebilmesidir”. Bu amaç doğrultusunda sağlık turizmine tele-tıp uygulamalarının entegrasyonu hakkında sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması sürecin daha sağlıklı yürütülebilmesi ve daha doğru hizmet planlamalarının yapılabilmesi açısından önemlidir.

Tele-tıp uygulamalarının kullanılmaya başlanmasıyla birlikte bu alandaki sağlık hizmetlerinden yararlananların bilgi kalitesi, memnuniyeti, erişimi, etkililiği ve güveni adı altında pek çok araştırma yapılmıştır (Korkmaz, 2018). Tele-tıp alanında yapılan çalışmaların verileri, hizmet sunumuna ulaşımı kolaylaştırdığı ve bu nedenle tele-tıptan farklı alanlarda da yararlanılabileceği göstermektedir. Dijitalleşmenin yaygınlaşmasıyla beraber tele-tıbbın geniş uygulama alanı oluşturabileceği ifade edilmektedir. Ancak günümüzde tele-tıp alanında daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Işık, 2010).

Sağlık hizmetlerinde başlayan tele-tıp entegrasyonu devamında sağlık turizminde karşımıza çıkmıştır ve tele-tıp aracılı iletişimde gerekli altyapının hazırlanması gerekmektedir (Hjelm, 2005). Elektronik alt yapıların kullanımı zaman, kişi ve maddi yönden tasarruf sağlamaktadır. Ancak bu geçiş sürecinde altyapı için sağlık harcamaları gerekmektedir. Uygun bir bütçe sağlanması zorunlu kabul edilmiştir (Paksoy, 2017). Multi faktöriyel dinamiklere sahip olan bu sektörün tüm yönleri ile incelenmesi gereklidir. Sisteme adaptasyon aşamasında çeşitli tartışmaların bulunması sistemin tanınırlığı açısından pozitif bir katkı sağlayabilir (Hoşman, 2018). Sağlık turizmi hizmet sunumunda sağlık çalışanları önemli bir paydaştır (Çavuşoğlu, 2018). Yalnızca bu uygulamadan yararlanacak bireylerin değil aynı zamanda bu hizmeti verecek olan sağlık profesyonellerinin de donanımı merak konusu olmuştur. Uygulanacak anket çalışması, sağlık turizmi ve tele-tıp uygulamaları hakkındaki farkındalık düzeyi ve tele-tıp uygulamasına yönelik hekim ve sağlık çalışanlarının tutum ve düşüncelerin değerlendirmesine yönelik soruları içermektedir. Çalışma evreni içerisinde seçilen farklı demografik özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu örneklem içerisinde, belirlenen gruplar tarafından bildirilen farklı görüşler arasında anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmeye çalışılacaktır.

3.3. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

Çalışma evreni Mersin Bozyazı İlçe Devlet Hastanesi bünyesinde görev yapmakta olan hekim ve sağlık çalışanlarıdır. Gönüllülük esasına uygun seçilen 108 kişi örnekleme alınmıştır. Araştırmada demografik bilgi, kavramsal içerik, sağlık turizmi ve tele-tıp

hakkındaki sağlık personellerinin tutumlarını içeren 21 soruluk anket hazırlanmıştır. Anket, açık ve kapalı uçlu soru çeşitlerini barındırmaktadır. Sağlık çalışanlarına bırak-topla yöntemi ile anket uygulanmıştır.

Evren büyüklüğü (N) 150'dir. %95 güven aralığında ve $\alpha=0,05$ hata payı göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü 108 olarak hesaplanmıştır.

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma olarak simgelenmiştir.

Sayısı belli olan evrenden hareketle;

$$n = \frac{N t^2 p}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{150 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (150-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = \frac{144}{1.33} = 108 \quad (3.1)$$

Bireylerin seçilimin de tabakalı rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir meslek grubundan belirlenen oranda katılımcı örnekleme çıkarılmıştır. Evrenin alt tabakaları örneklem (f: n/N): 108/150: 0,72 katsayıyla çarpılarak evrendeki tabakalara uygun örneklem seçilmiştir. Evrende örnekleme çıkarılacak birey sayıları aşağıdaki gibidir;

- | | | |
|----------------------------------|---------------|------------------|
| • 16 hekim(uzman-pratisyen-diş) | 16*0,72=11,52 | yaklaşık 12 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |
| • 3 sağlık personeli(lise) | 3*0,72=2,16 | yaklaşık 2 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |
| • 4 sağlık personeli(önlisans) | 4*0.72=2,88 | yaklaşık 3 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |
| • 87 sağlık personeli(lisans) | 87*0.72=62,64 | yaklaşık 63 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |
| • 2 sağlık personeli(lisansüstü) | 2*0,72=1,44 | yaklaşık 1 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |
| • 38 diğer sağlık personeli | 38*0,72=27,36 | yaklaşık 27 kişi |
| örnekleme çıkarılacak. | | |

3.4. Araştırmadaki Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Anket soruları sağlık turizmi ve tele-tıp konusunda daha önce sunulmuş akademik veriler ve literatürde yer alan bilimsel çalışmalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Hazırlanan anket sorularının uygulanabilmesi için Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi yerel etik kurulu ve Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan açık rıza beyanı alındıktan sonra ankete konu çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak anket uygulamasına geçilmiştir. Anketin; 1-4. soruları demografik bilgileri, 5-9. soruları kişisel donanım ve kavramsal bilgi düzeylerini, 10-19. 5'li likert soruları ifadelerin uygunluğunu, 20-21. soruları kişisel görüşleri ölçmektedir. Ankette ortaya çıkan veriler "Graphpad Prism 9" istatistik programı ile analiz edilmiştir. Gruplar arasındaki fark One Way Anova ile analiz edilmiş ve "Sidak's multiple comparisons test" ile incelenmiştir. Fark, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Çalışmaya katılan sağlık personellerinin sorulara verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2: Cinsiyet değişkenine göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3: Meslek değişkenine göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4: Yaş değişkenine göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5: Mesleki yıl değişkenine göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

3.6. Araştırmanın Varsayımları

- 1- Çalışmaya rıza beyanı esas alınarak katılan sağlık personellerinin anket sorularına içten ve tarafsız yanıt verdiği,
- 2- Sağlık personellerinin, sağlık turizmi ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve tele-tıp uygulamasının sağlık turizmine yerleştirilmesine dair tutum ve görüşlerini belirlemek amacıyla hazırlanan anket ve analizlerinin çalışmanın özüne uygun olduğu,

3- Katılımcıların araştırma konusu hakkında temel düzeyde fikir sahibi oldukları varsayılmaktadır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma yalnızca Mersin Bozyazı Devlet Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Bu nedenle ulusal ve evrensel boyuttaki sonuçları temsil etme gücü sınırlıdır.
- Araştırma 2022 yılı Ağustos ayı ve 108 gönüllü katılımcı ile kısıtlıdır.
- Araştırmaya katılan lisans ya da lisansüstü meslek grupları Mersin Bozyazı Devlet Hastanesi'ni kapsadığından eksik branşlara ilişkin bireyleri temsil gücü sınırlıdır.
- Araştırma sadece ankette sorulan soru çerçevesi ile sınırlı olup alana ilişkin tüm soruları ve cevaplarını kapsamamaktadır.

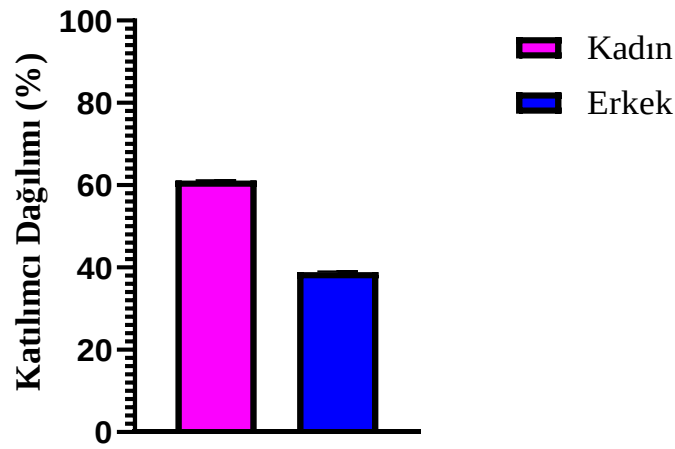
4. BULGULAR

“Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi: Bozyazı İlçesi Örneği” adlı tez çalışması kapsamında katılımcılara demografik, kapalı ve açık uçlu sorular barındıran 21 soruluk anket yöneltilmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar aşağıda grafiklerle ifade edilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 4.1 Cinsiyet

	Kadın	Erkek
n	66	42
%	61,1	38,9

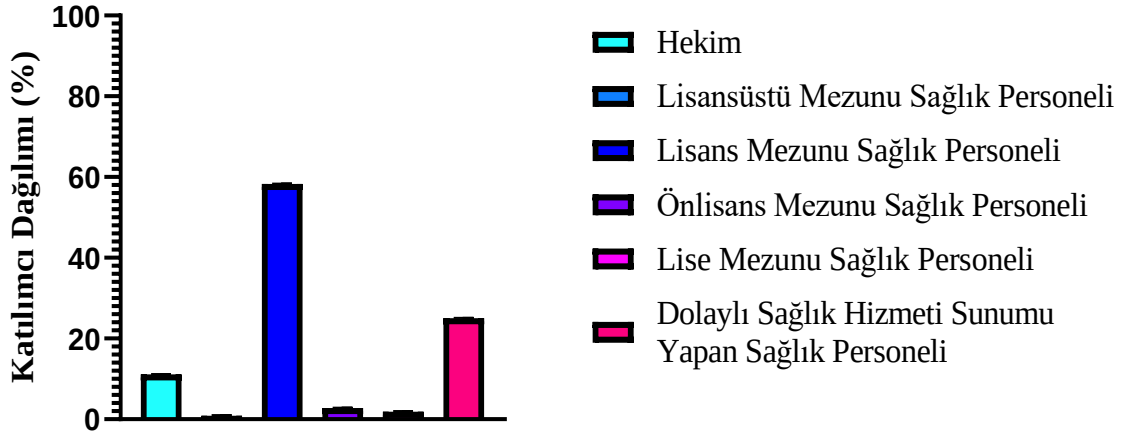


Şekil 4.1 Cinsiyet

Cinsiyet olgusunun belirtildiği soruda, katılımcıların %61,1'i “Kadın” (n=66), %38,9’u “Erkek” (n=42) seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 4.2 Meslek

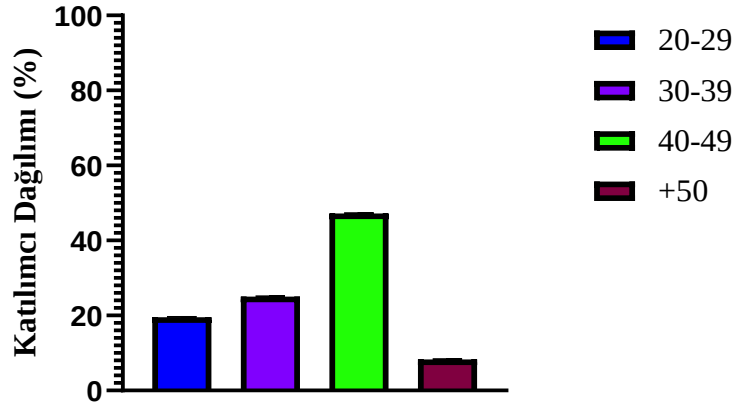
	Hekim	Lisansüstü	Lisans	Önlisans	Lise	Dolaylı
n	12	1	63	3	2	27
%	11,1	0,9	58,3	2,8	1,9	25

**Şekil 4.2 Meslek**

Meslek olgusunun belirtildiği soruda, katılımcıların %11,1'i "Hekim" (n=12), %0,9'u "Lisansüstü mezunu sağlık personeli" (n=1), %58,3'ü "Lisans mezunu sağlık personeli" (n=63), %2,8'i "Önlisans mezunu sağlık personeli" (n=3), %1,9'u "Lise mezunu sağlık personeli" (n=2), %25'i "Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli" (n=27) seçeneğini işaretlemiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.3 Yaş

	20-29	30-39	40-49	+50
n	21	27	51	9
%	19,5	25	47,2	8,3

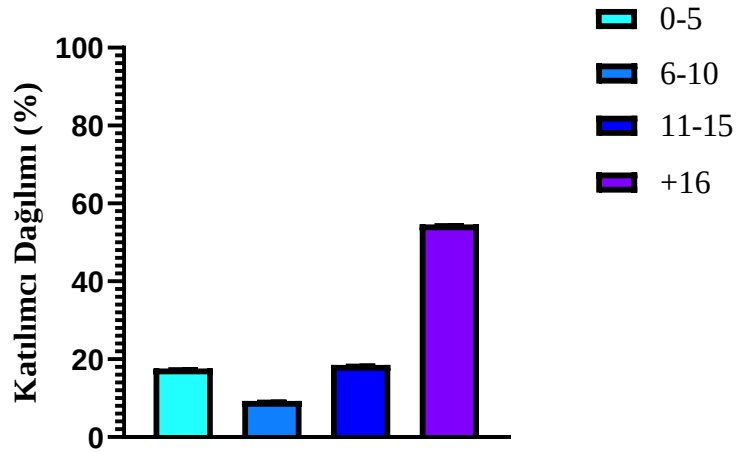


Şekil 4.3 Yaş

Yaş olgusunun belirtildiği soruda, katılımcıların %19,5'i "20-29" yaş (n=21), %25'i "30-39" yaş (n=27), %47,2'si "40-49" yaş (n=51), %8,3'ü "+50" yaş (n=9) seçeneğini işaretlemiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p < 0,0001$).

Tablo 4.4 Mesleki Yıl

	0-5	6-10	11-15	+16
n	19	10	20	59
%	17,6	9,3	18,5	54,6



Şekil 4.4 Mesleki Yıl

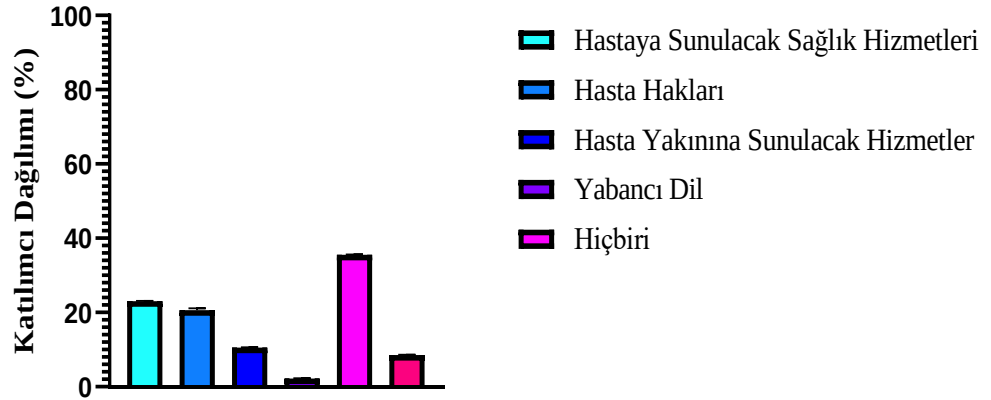
Mesleki yıl olgusunun belirtildiği soruda, katılımcıların %17,6'sı "0-5" mesleki yıl (n=19), %9,3'ü "6-10" mesleki yıl (n=10), %18,5'i "11-15" mesleki yıl (n=20),

%54,6'sı “+16” mesleki yıl (n=59) seçeneğini işaretlemiştir. “0-5 ve 11-15” grupları arasındaki fark anlamlıdır(p=0,0005). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

4.2. Sorulara Verilen Yanıtlar Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Tablo 4.5 Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak aşağıda yer alan konulardan hangilerine ait eğitimleri aldınız?

	Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmetleri	Hasta Hakları	Hasta Yakınına Sunulacak Hizmetler	Yabancı Dil	Hiçbiri	Diğer
n	33	30	15	3	51	12
%	22,9	20,8	10,4	2,1	35,4	8,4



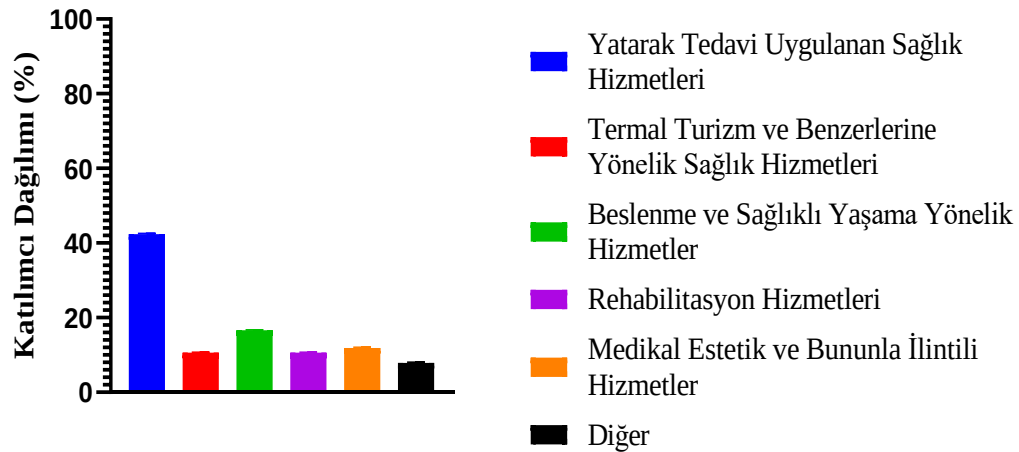
Şekil 4.5 Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak alınan eğitim durumu

“Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak aşağıda yer alan konulardan hangilerine ait eğitimleri aldınız?” sorusuna verilen yanıtların %22,9’u “Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri” (n=33), %20,8’i “Hasta hakları” (n=30), %10,4’ü “Hasta yakınına sunulacak hizmetler” (n=15), %2,1’i “Yabancı dil” (n=3), %35,4’ü “Hiçbiri” (n=51), %8,4’ü “Diğer” (n=12) seçeneğidir. “Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri” ile “Hasta hakları” grupları arasındaki fark anlamlı değildir(p=0,2061). “Hasta hakları” ile “Hasta yakınına sunulacak hizmetler” grupları arasındaki fark anlamlıdır(p<0,0131). “Hasta hakları” ile “Yabancı dil” grupları arasındaki fark anlamlıdır(p<0,040). “Hasta hakları” ile “Hiçbiri” grupları arasındaki fark anlamlıdır

(0,0061). “Hasta hakları” ile “Diğer” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0092$). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.6 Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerden hangileri size göre öncelikli olarak planlanması gereken hizmetlerdendir?

	Yatarak Tedavi Uygulanan Sağlık Hizmetleri	Termal Turizm ve Benzerlerine Yönelik Sağlık Hizmetleri	Beslenme ve Sağlıklı Yaşama Yönelik Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri	Medikal Estetik ve Bununla İlintili Hizmetler	Diğer
N	64	16	25	16	18	12
%	42,4	10,6	16,6	10,6	11,9	7,9



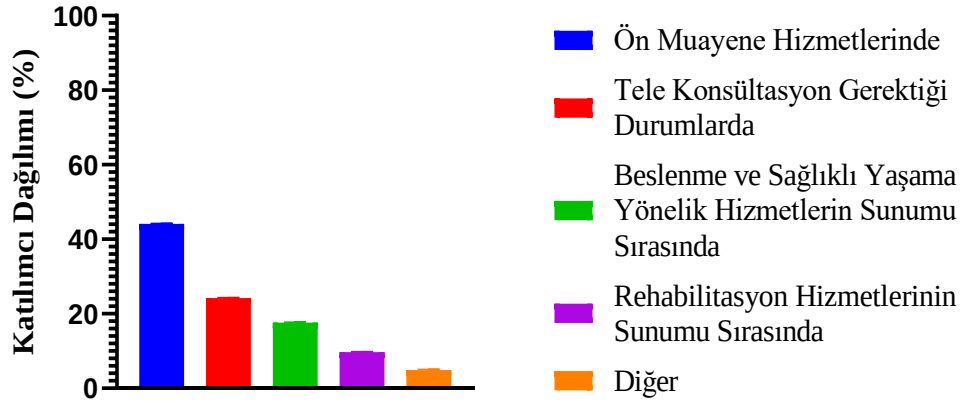
Şekil 4.6 Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerin öncelikli sunumu

“Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerden hangileri size göre öncelikli olarak planlanması gereken hizmetlerdendir?” sorusuna verilen yanıtların %42,4’ü “Yatarak tedavi uygulanan sağlık hizmetleri” (n=64), %10,6’sı “Termal turizm ve benzerlerine yönelik sağlık hizmetleri” (n=16), %16,6’sı “Beslenme ve sağlıklı yaşama yönelik hizmetler” (n=25), %10,6’sı “Rehabilitasyon hizmetleri” (n=16), %11,9’u “Medikal estetik ve bununla ilintili hizmetler” (n=18), %7,9’u “Diğer” (n=12) seçeneğidir. “Termal turizm ve benzerlerine yönelik sağlık

hizmetleri” ile “Rehabilitasyon hizmetleri” grupları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,9999$). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p=0,0001$).

Tablo 4.7 Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapılar aşağıda sıralanan hangi işlemler için sağlık hizmeti sunumuna entegre edilebilir?

	Ön Muayene Hizmetlerinde	Tele Konsültasyon Gerektiği Durumlarda	Beslenme ve Sağlıklı Yaşama Yönelik Hizmetlerin Sunumu Sırasında	Rehabilitasyon Hizmetlerinin Sunumu Sırasında	Diğer
n	73	40	29	16	8
%	44	24,1	17,5	9,6	4,8

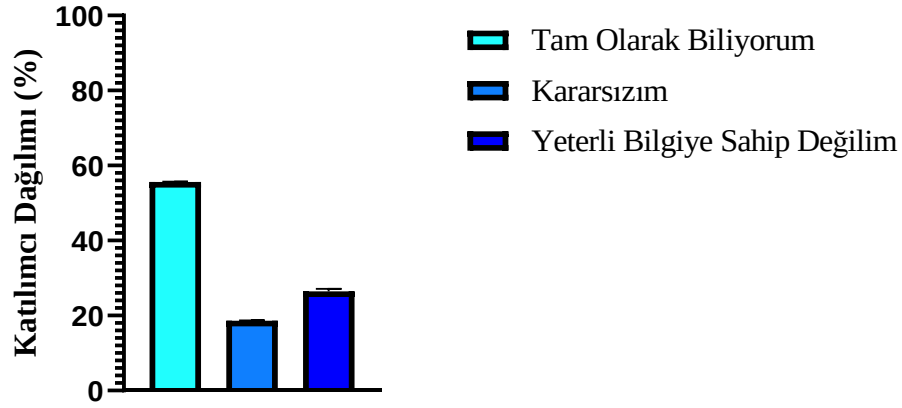


Şekil 4.7 Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapıların sağlık hizmeti sunumuna entegrasyonu

“Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapılar aşağıda sıralanan hangi işlemler için sağlık hizmeti sunumuna entegre edilebilir?” sorusuna verilen yanıtların %44’ü “Ön muayene hizmetlerinde” ($n=73$), %24,1’i “Tele konsültasyon gerektiği durumlarda” ($n=40$), %17,5’i “Beslenme ve sağlıklı yaşama yönelik hizmetlerin sunumu sırasında” ($n=29$), %9,6’sı “Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumu sırasında” ($n=16$), %4,8’i “Diğer” ($n=8$) seçeneğidir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.8 Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?

	Tam Olarak Biliyorum	Kararsızım	Yeterli Bilgiye Sahip Değilim
n	60	20	28
%	55,5	18,5	26

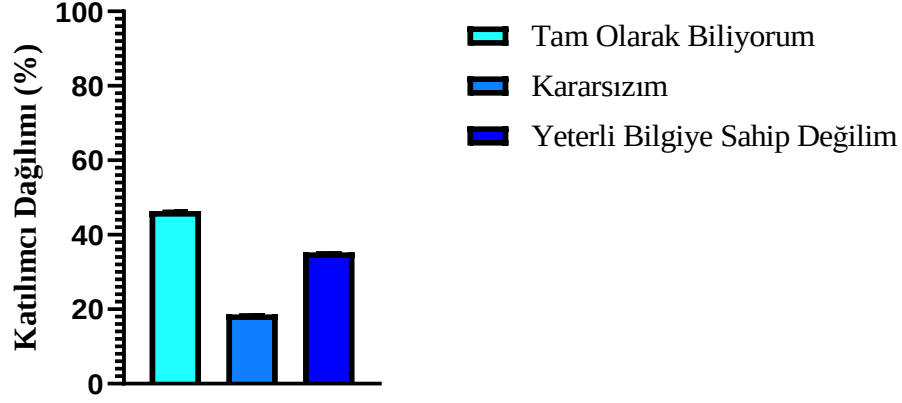


Şekil 4.8 Sağlık turizmi kavramını anlama durumu

“Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %55,5’i “Tam olarak biliyorum” (n=60), %18,5’i “Kararsızım” (n=20), %26’sı “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=28) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.9 Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?

	Tam Olarak Biliyorum	Kararsızım	Yeterli Bilgiye Sahip Değilim
n	50	20	38
%	46,3	18,5	35,2

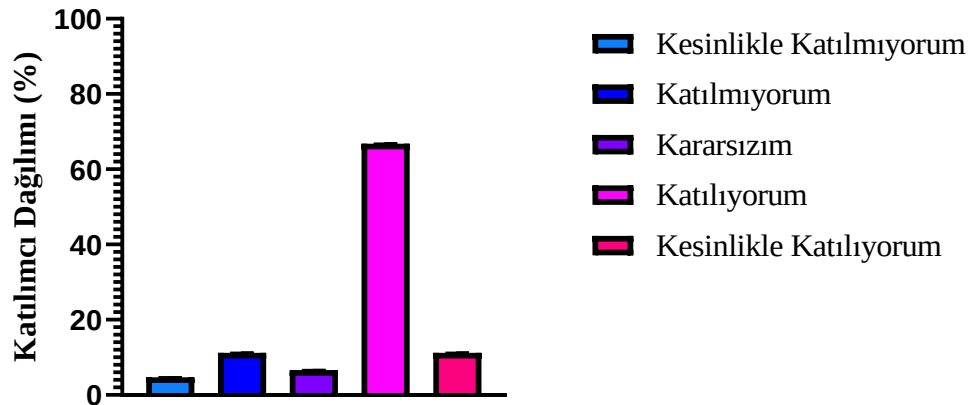


Şekil 4.9 Tele tıp tanımını anlama durumu

“Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %46,3’ü “Tam olarak biliyorum” (n=50), %18,5’i “Kararsızım” (n=20), %35,2’si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=38) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.10 Pandemi nedeni ile hastaya yönelik danışmanlık hizmetleri çeşitli elektronik uygulamalar kullanılarak uzaktan verilebilir

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	5	12	7	72	12
%	4,6	11,1	6,5	66,7	11,1



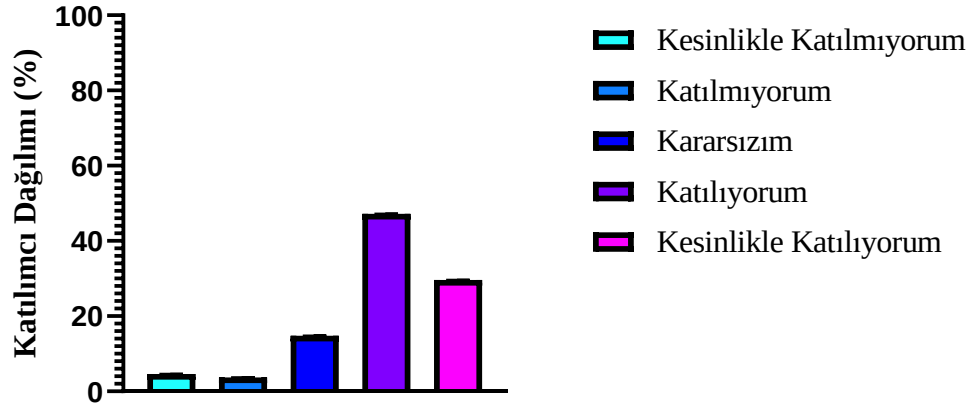
Şekil 4.10 Hastaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin uzaktan verilmesi durumunun değerlendirilmesi

“Pandemi nedeni ile hastaya yönelik danışmanlık hizmetleri çeşitli elektronik uygulamalar kullanılarak uzaktan verilebilir.” ifadesine katılımcıların %4,6’sı

“Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %11,1’i “Katılmıyorum” (n=12), %6,5’i “Kararsızım” (n=7), %66,7’si “Katılıyorum” (n=72), %11,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=12) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,9999$). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.11 Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. görüntülemelerinin sağlanması hizmetleri sağlık turizmi alanında kullanılabilir

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	5	4	16	51	32
%	4,6	3,7	14,8	47,2	29,7

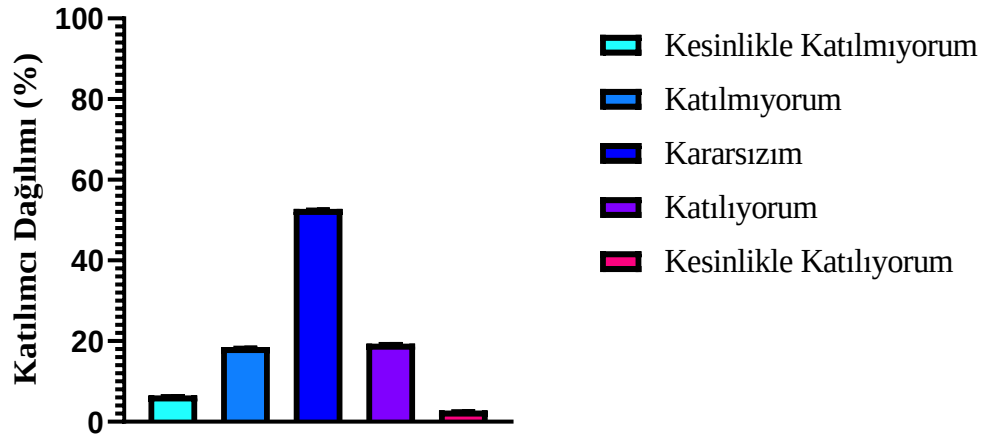


Şekil 4.11 Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. hizmetlerin sağlık turizmi alanında kullanılabilirlik durumu

“Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. görüntülemelerinin sağlanması hizmetleri sağlık turizmi alanında kullanılabilir.” ifadesine katılımcıların %4,6’sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %3,7’si “Katılmıyorum” (n=4), %14,8’i “Kararsızım” (n=16), %47,2’si “Katılıyorum” (n=51), %29,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=32) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.12 Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	7	20	57	21	3
%	6,5	18,5	52,8	19,4	2,8

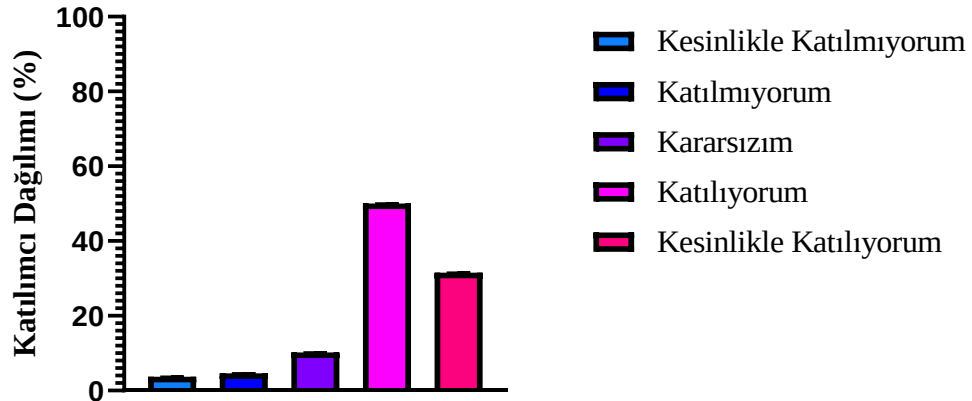


Şekil 4.12 Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetlerin yurtdışında tanıtılma durumunun değerlendirilmesi

“Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.” ifadesine katılımcıların %6,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=7), %18,5’i “Katılmıyorum” (n=20), %52,8’i “Kararsızım” (n=57), %19,4’ü “Katılıyorum” (n=21), %2,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ile “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0488). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.13 Pandemi koşullarında tele-tıp uygulamalarının kullanımı faydalı olabilir

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	4	5	11	54	34
%	3,7	4,6	10,2	50	31,5

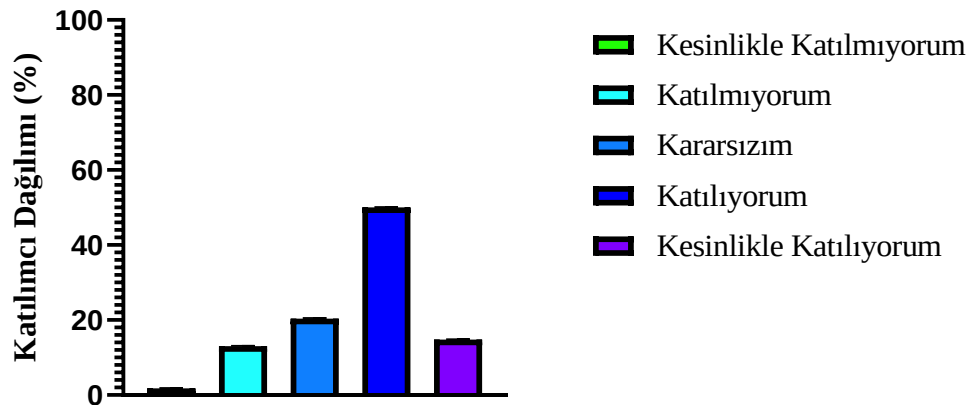


Şekil 4.13 Pandemi koşullarında tele tıp uygulamalarının kullanım durumu

“Pandemi koşullarında tele tıp uygulamalarının kullanımı faydalı olabilir” ifadesine katılımcıların %3,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=4), %4,6’sı “Katılmıyorum” (n=5), %10,2’si “Kararsızım” (n=11), %50’si “Katılıyorum” (n=54), %31,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=34) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.14 Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	2	14	22	54	16
%	1,8	13	20,4	50	14,8



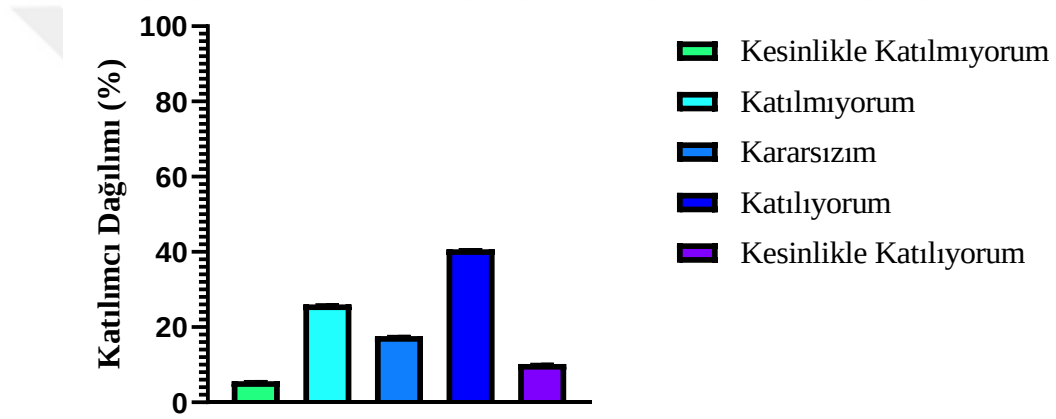
Şekil 4.14 Mesleki açıdan tele-tıp uygulamalarının uygulanabilirlik durumunun değerlendirilmesi

“Mesleğim açısından değerlendirildiğinde tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.” ifadesine katılımcıların %1,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %13’ü “Katılmıyorum”

(n=14), %20,4'ü “Kararsızım” (n=22), %50’si “Katılıyorum” (n=54), %14,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=16) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır(p=0,0128). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.15 Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	6	28	19	44	11
%	5,5	26	17,6	40,7	10,2

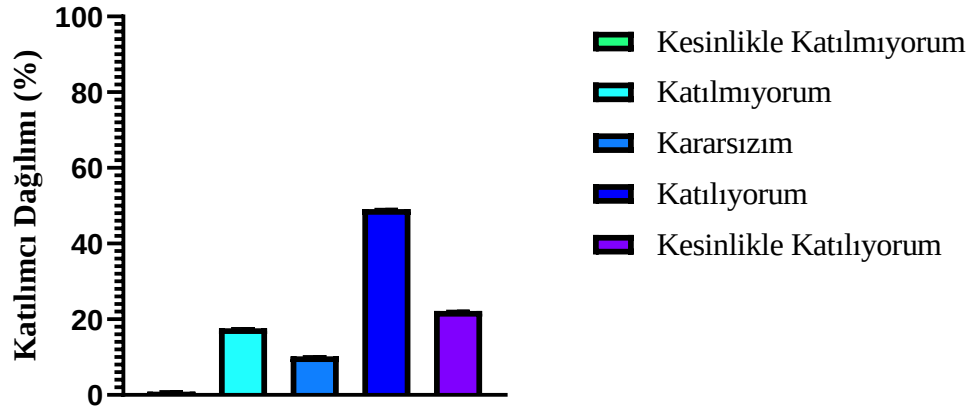


Şekil 4.15 Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim

“Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim.” ifadesine katılımcıların %5,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=6), %26’sı “Katılmıyorum” (n=28), %17,6’sı “Kararsızım” (n=19), %40,7’si “Katılıyorum” (n=44), %10,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=11) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.16 Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	1	19	11	53	24
%	0,9	17,6	10,2	49,1	22,2

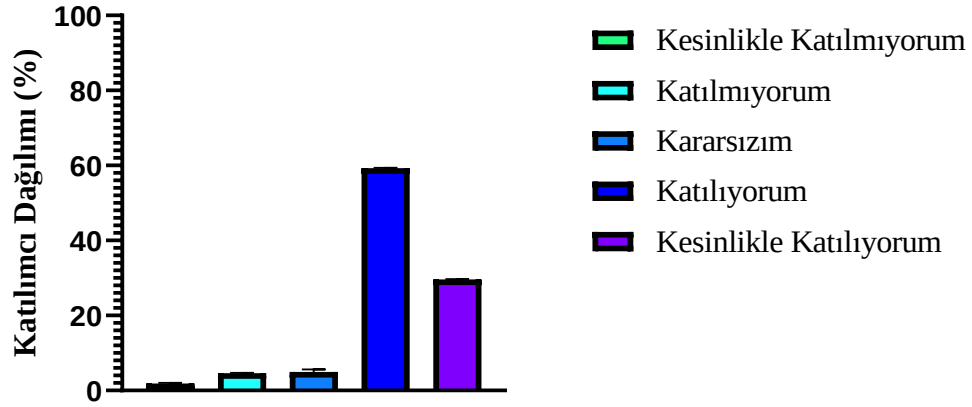


Şekil 4.16 Muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılması durumunun değerlendirilmesi

“Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.” ifadesine katılımcıların %0,9’u “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %17,6’sı “Katılmıyorum” (n=19), %10,2’si “Kararsızım” (n=11), %49,1’i “Katılıyorum” (n=53), %22,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=24) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0004). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.17 Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	2	5	5	64	32
%	1,9	4,6	4,6	59,3	29,6

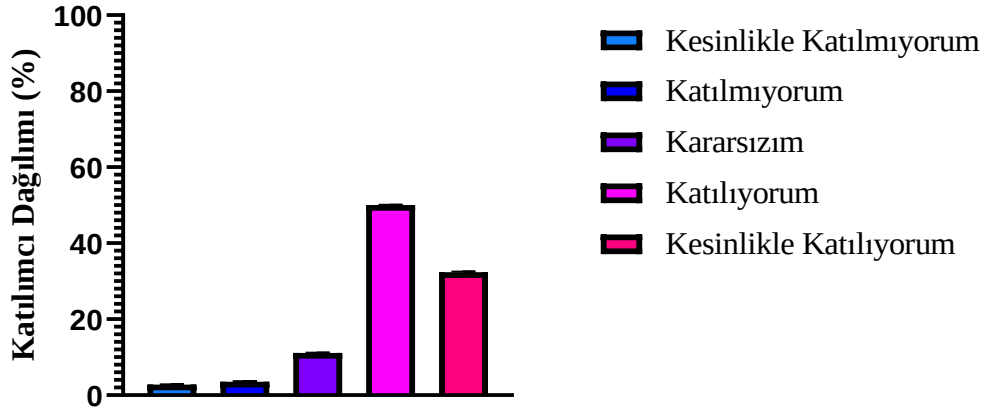


Şekil 4.17 Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanım durumu

“Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.” ifadesine katılımcıların %1,9’u “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %4,6’sı “Katılmıyorum” (n=5), %4,6’sı “Kararsızım” (n=5), %59,3’ü “Katılıyorum” (n=64), %29,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=32) yanıtını vermiştir. “Kesinlikle katılmıyorum” ile “Kararsızım” grupları arasındaki fark anlamlı değildir (p=0,1125). “Katılmıyorum” ile “Kararsızım” grupları arasındaki fark anlamlı değildir (p=0,9959). “Kararsızım” ile “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0006). “Kararsızım” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0018). “Katılıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0002). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.18 Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın önemli bir yeri olacaktır

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	3	4	12	54	35
%	2,8	3,7	11,1	50	32,4

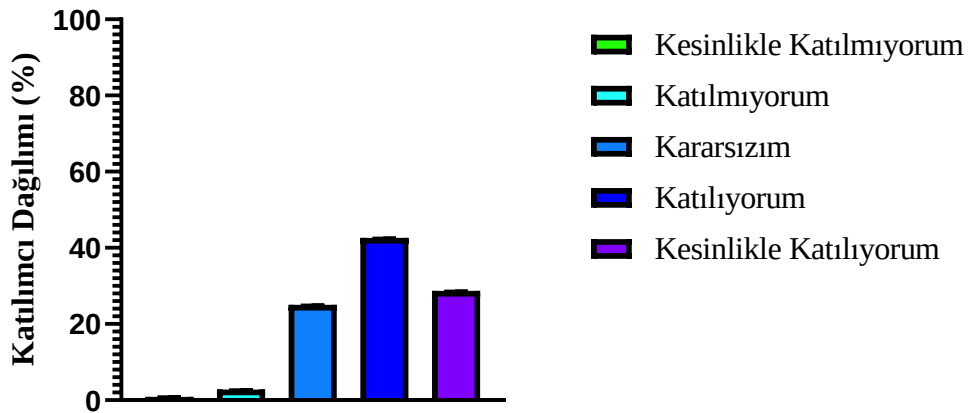


Şekil 4.18 Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

“Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.” ifadesine katılımcıların %2,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %3,7’si “Katılmıyorum” (n=4), %11,1’i “Kararsızım” (n=12), %50’si “Katılıyorum” (n=54), %32,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=35) yanıtı vermiştir. “Kesinlikle katılmıyorum” ile “Katılmıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,0395). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.19 Tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
n	1	3	27	46	31
%	0,9	2,8	25	42,6	28,7

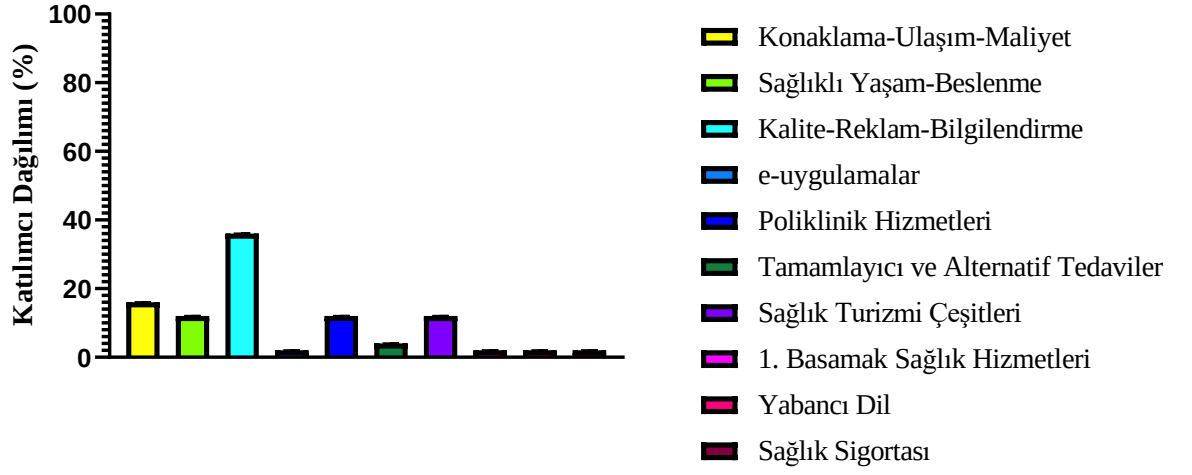


Şekil 4.19 Tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanımının sakıncası yönünden değerlendirilmesi

“Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanilmasinda bir sakınca bulunmamaktadır.” ifadesine katilimcilarin %0,9’u “Kesinlikle katilmıyorum” (n=1), %2,8’i “Katilmıyorum” (n=3), %25’i “Kararsızım” (n=27), %42,6’sı “Katılıyorum” (n=46), %28,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=31) yanıtını vermiştir. “Kararsızım” ile “Kesinlikle katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlı değildir. Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır (p<0,0001).

Tablo 4.20 Size göre sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular nelerdir?

	n	%
Konaklama-Ulaşım-Maliyet	8	16
Sağlıklı Yaşam-Beslenme	6	12
Kalite-Reklam-Bilgilendirme	18	36
e-uygulamalar	1	2
Poliklinik Hizmetleri	6	12
Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	2	4
Sağlık Turizmi Çeşitleri	6	12
1.Basamak Sağlık Hizmetleri	1	2
Yabancı Dil	1	2
Sağlık Sigortası	1	2



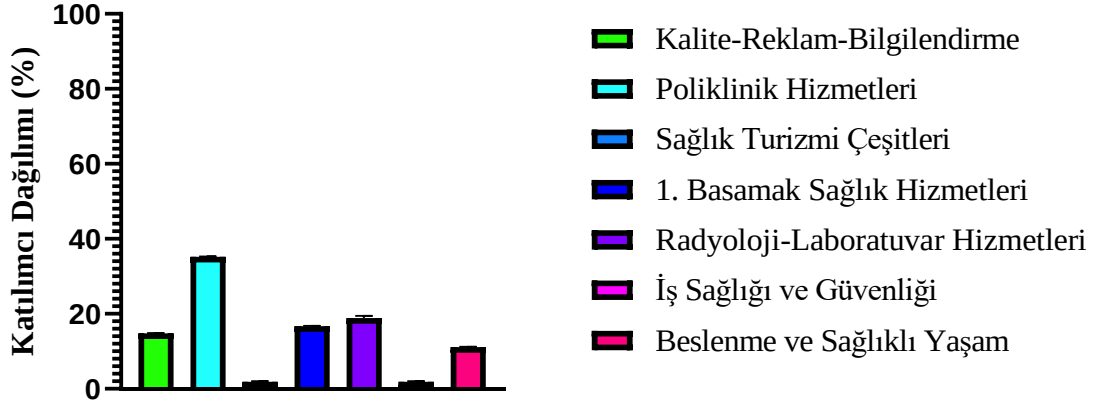
Şekil 4.20 Sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular

“Size göre sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular nelerdir?” açık uçlu sorusuna verilen yanıtların %16’sı “Konaklama-ulaşım-maliyet” (n=8), %12’si “Sağlıklı yaşam-beslenme” (n=6), %36’sı “Kalite-reklam-bilgilendirme” (n=18), %2’si “e-uygulamalar” (n=1), %12’si “Poliklinik hizmetleri” (n=6), %4’ü “Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler” (n=2), %12’si “Sağlık turizmi çeşitleri” (n=6), %2’si “1. Basamak sağlık hizmetleri” (n=1), %2’si “Yabancı dil” (n=1), %2’si “Sağlık sigortası” (n=1) olmuştur. “Sağlıklı yaşam-beslenme” ile “Poliklinik hizmetleri”, “Sağlıklı yaşam-beslenme” ile “Sağlık turizmi çeşitleri”, “e-uygulamalar” ile “1. Basamak sağlık hizmetleri”, “e-uygulamalar” ile “Yabancı dil”, “e-uygulamalar” ile “Sağlık sigortası”, “Poliklinik hizmetleri” ile “Sağlık turizmi çeşitleri”, “1. Basamak sağlık hizmetleri” ile “Yabancı dil”, “1. Basamak sağlık hizmetleri” ile “Sağlık sigortası”, “Yabancı dil” ile “Sağlık sigortası” grupları arasındaki farklar anlamlı değildir ($p>0,9999$). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

Tablo 4.21 Size göre tele tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar nelerdir?

	n	%
Kalite-Reklam-Bilgilendirme	8	14,8
Poliklinik Hizmetleri	19	35,2
Sağlık Turizmi Çeşitleri	1	1,9
1.Basamak Sağlık Hizmetleri	9	16,6

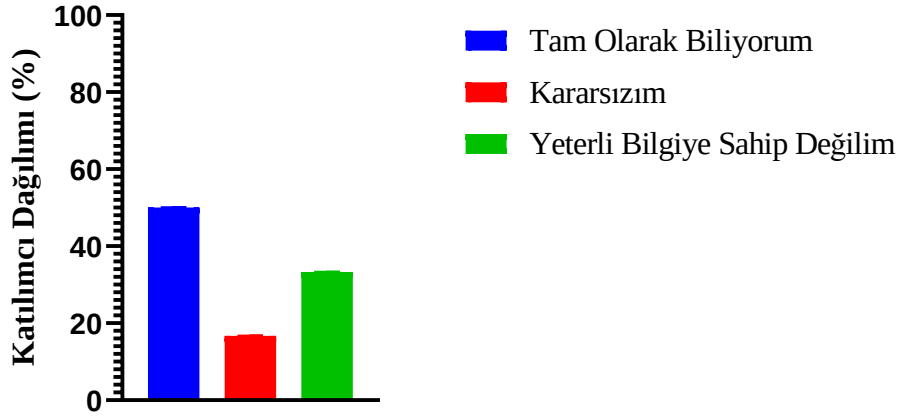
Radyoloji- Laboratuvar Hizmetleri	10	18,5
İş Sağlığı ve Güvenliği	1	1,9
Beslenme ve Sağlıklı Yaşam	6	11,1



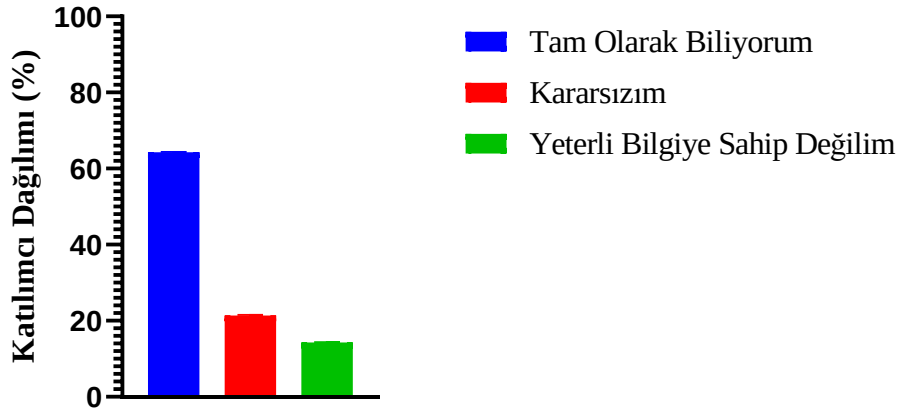
Şekil 4.21 Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar

“Size göre tele tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar nelerdir?” açık uçlu sorusuna verilen yanıtların %14,8’i “Kalite-reklam-bilgilendirme” (n=8), %35,2’si “Poliklinik hizmetleri” (n=19), %1,9’u “Sağlık turizmi çeşitleri” (n=1), %16,6’sı “1. Basamak sağlık hizmetleri” (n=9), %18,5’i “Radyoloji-laboratuvar hizmetleri” (n=10), %1,9’u “İş sağlığı ve güvenliği” (n=1), %11,1’i “Beslenme ve sağlıklı yaşam” (n=6) olmuştur. “Sağlık turizmi çeşitleri” ile “İş sağlığı ve güvenliği” grupları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,9999$). Diğer gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

4.3. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular

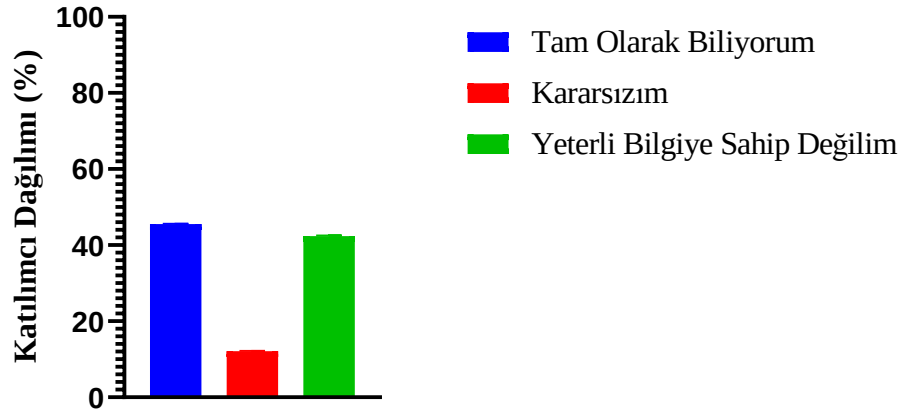


Şekil 4.22 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi

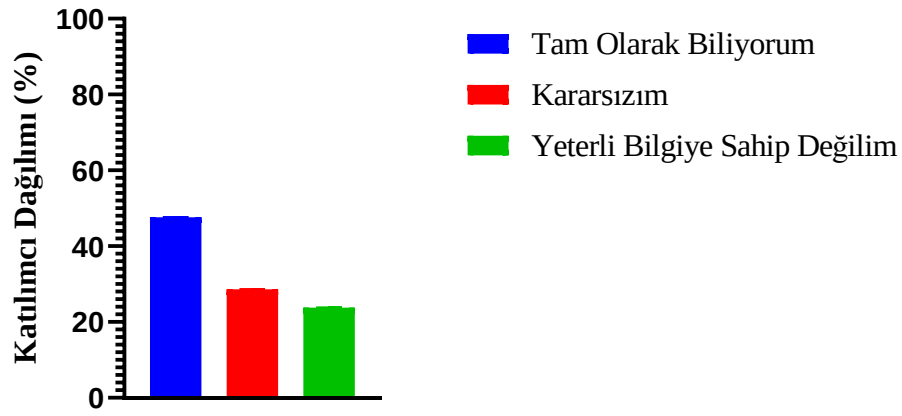


Şekil 4.23 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi

“Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna kadın katılımcıların %50’si “Tam olarak biliyorum” (n=33), %16,7’si “Kararsızım” (n=11), %33,3’ü “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=22) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %64,3’ü “Tam olarak biliyorum” (n=27), %21,4’ü “Kararsızım” (n=9), %14,3’ü “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=6) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

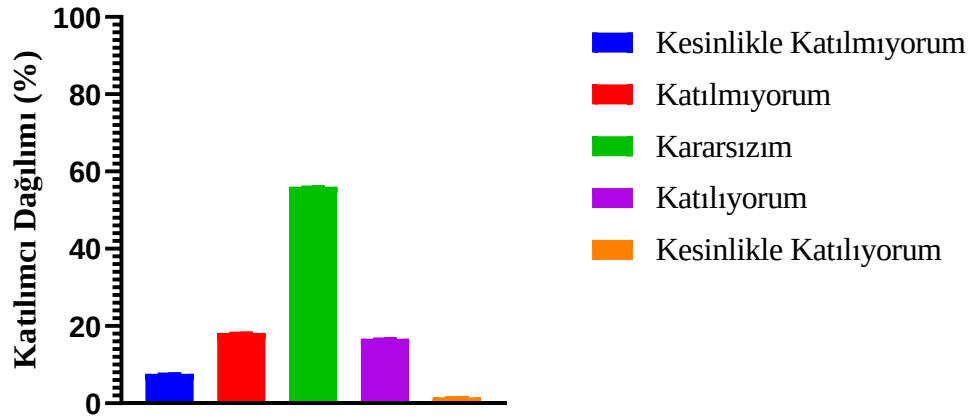


Şekil 4.24 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

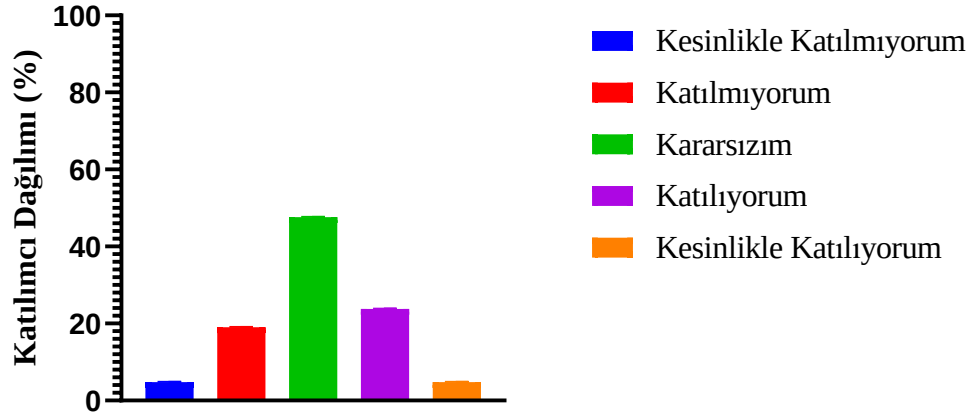


Şekil 4.25 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

“Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna kadın katılımcıların %45,5’i “Tam olarak biliyorum” (n=30), %12,1’i “Kararsızım” (n=8), %42,4’ü “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=28) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %47,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=20), %28,6’sı “Kararsızım” (n=12), %23,8’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=10) yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki bütün farklar anlamlıdır ($p<0,0001$).

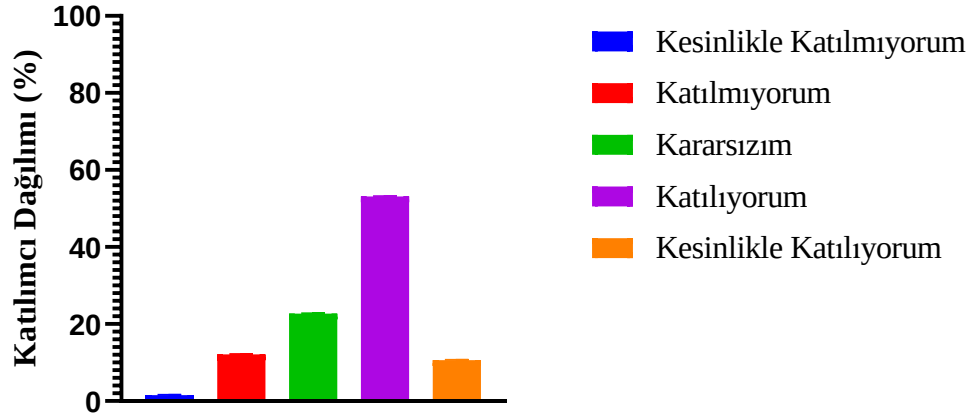


Şekil 4.26 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

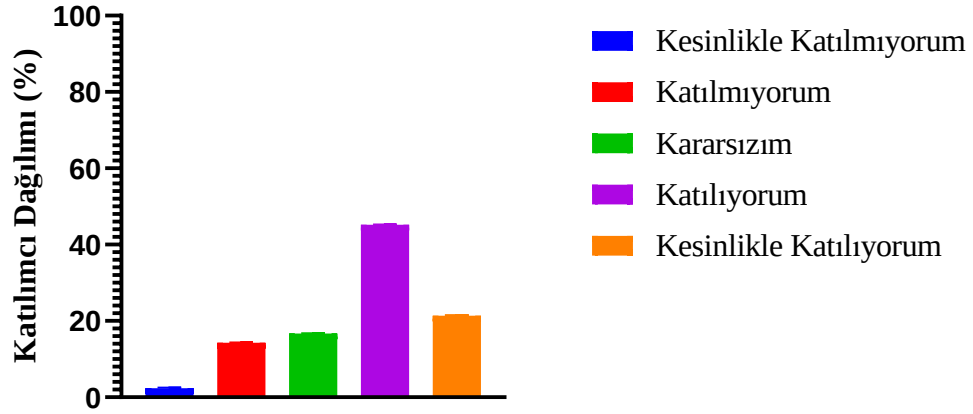


Şekil 4.27 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

“Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.” ifadesine kadın katılımcıların %7,6’sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %18,2’i “Katılmıyorum” (n=12), %56’sı “Kararsızım” (n=37), %16,7’si “Katılıyorum” (n=11), %1,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %4,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %19’u “Katılmıyorum” (n=8), %47,6’sı “Kararsızım” (n=20), %23,8’i “Katılıyorum” (n=10), %4,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).

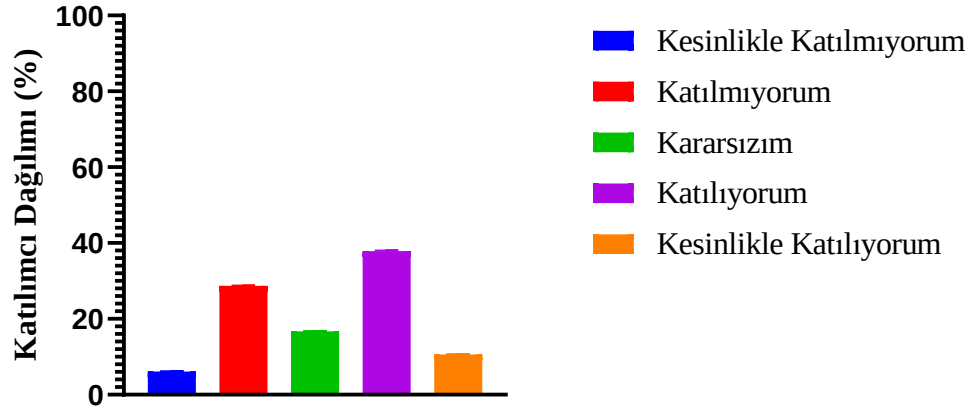


Şekil 4.28 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

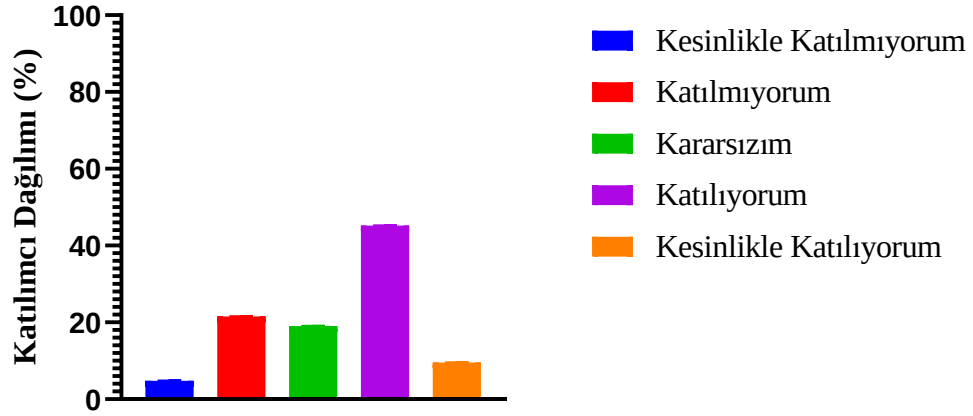


Şekil 4.29 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

“Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.” ifadesine kadın katılımcıların %1,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %12,1’i “Katılmıyorum” (n=8), %22,7’si “Kararsızım” (n=15), %53,1’i “Katılıyorum” (n=35), %10,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %2,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %14,3’ü “Katılmıyorum” (n=6), %16,7’si “Kararsızım” (n=7), %45,2’si “Katılıyorum” (n=19), %21,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=9) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).

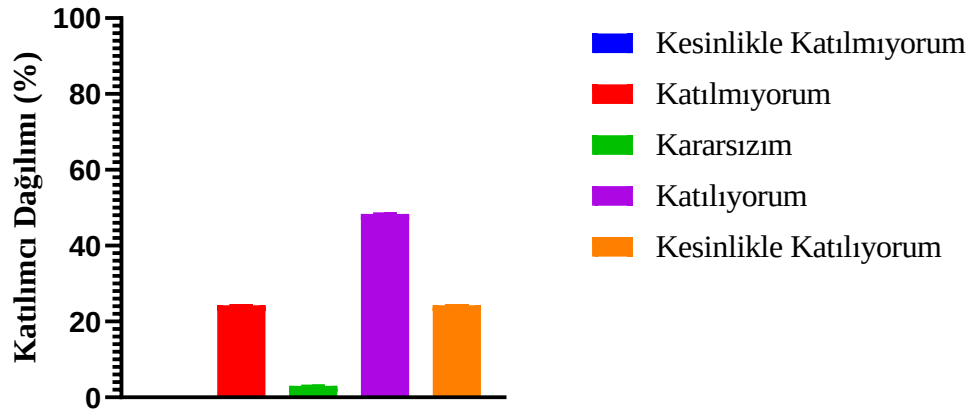


Şekil 4.30 Cinsiyet (kadın) değişkeninde ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

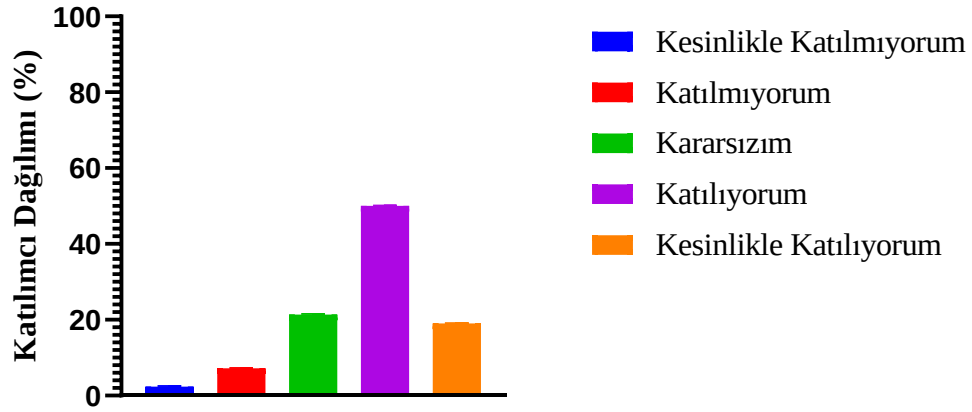


Şekil 4.31 Cinsiyet (erkek) değişkeninde ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

“Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim.” ifadesine kadın katılımcıların %6,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=4), %28,7’si “Katılmıyorum” (n=19), %16,7’si “Kararsızım” (n=11), %37,9’u “Katılıyorum” (n=25), %10,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %4,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %21,5’i “Katılmıyorum” (n=9), %19’u “Kararsızım” (n=8), %45,2’si “Katılıyorum” (n=19), %9,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=4) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).

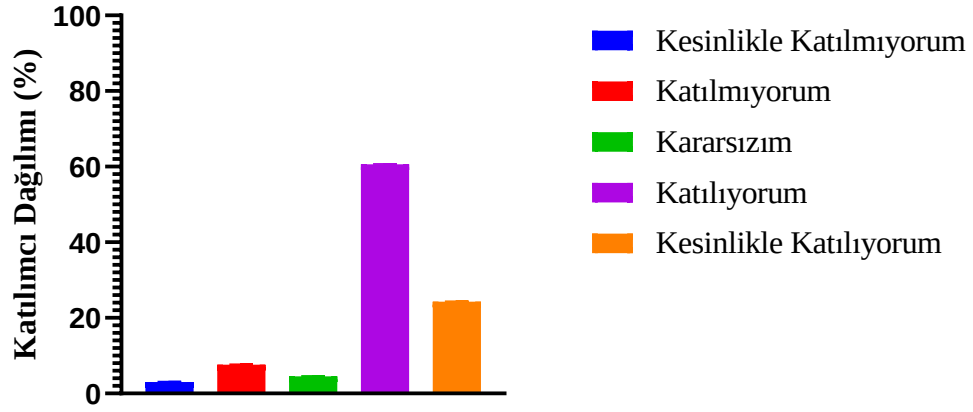


Şekil 4.32 Cinsiyet (kadın) değişkeninde muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

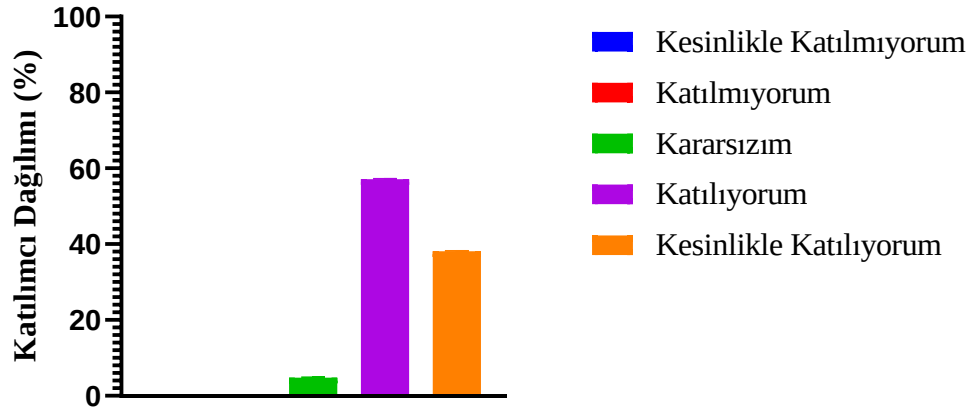


Şekil 4.33 Cinsiyet (erkek) değişkeninde muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

“Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.” ifadesine kadın katılımcıların %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %24,3’ü “Katılmıyorum” (n=16), %3’ü “Kararsızım” (n=2), %48,4’ü “Katılıyorum” (n=32), %24,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=16) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %2,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %7,2’si “Katılmıyorum” (n=3), %21,4’ü “Kararsızım” (n=9), %50’si “Katılıyorum” (n=21), %19’u “Kesinlikle katılıyorum” (n=8) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).

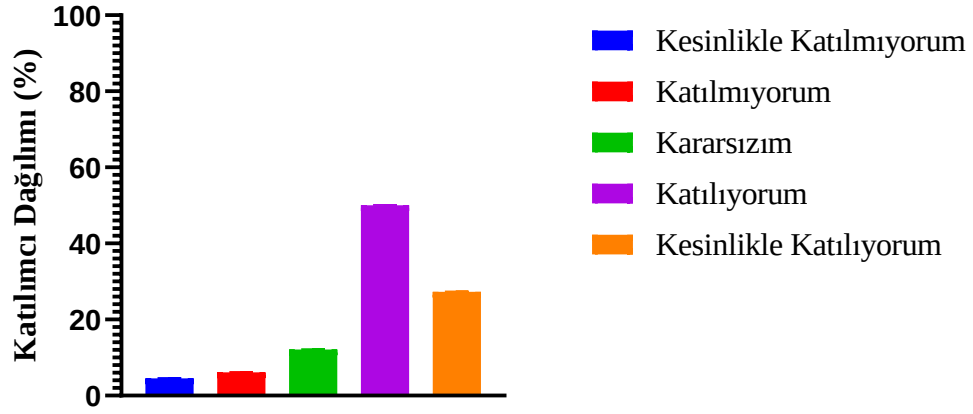


Şekil 4.34 Cinsiyet (kadın) değişkeninde sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

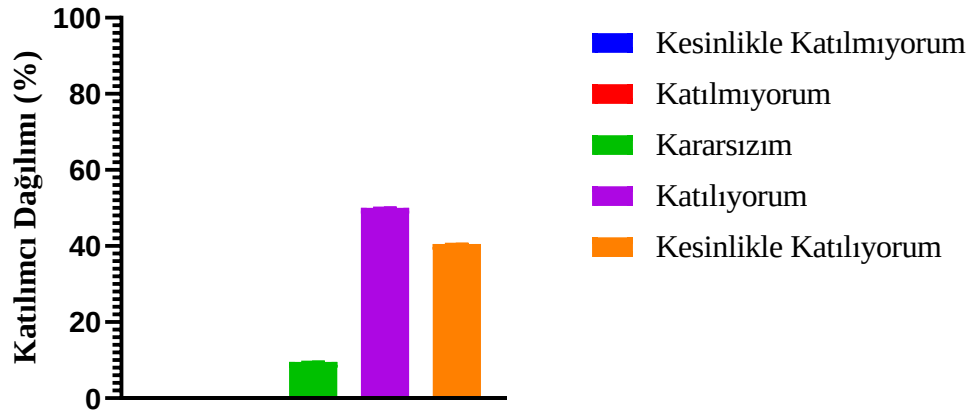


Şekil 4.35 Cinsiyet (erkek) değişkeninde sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

“Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.” ifadesine kadın katılımcıların %3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %7,6’sı “Katılmıyorum” (n=5), %4,5’i “Kararsızım” (n=3), %60,6’sı “Katılıyorum” (n=40), %24,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=16) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %4,8’i “Kararsızım” (n=2), %57,1’i “Katılıyorum” (n=24), %38,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=16) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).

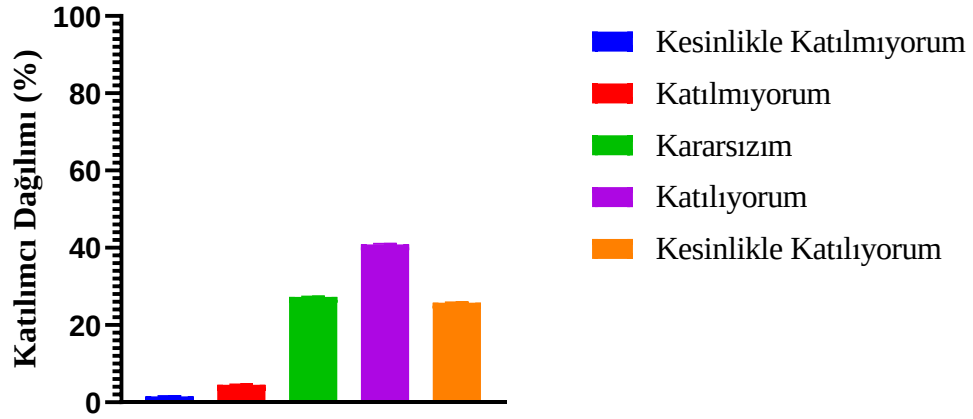


Şekil 4.36 Cinsiyet (kadın) değişkeninde gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

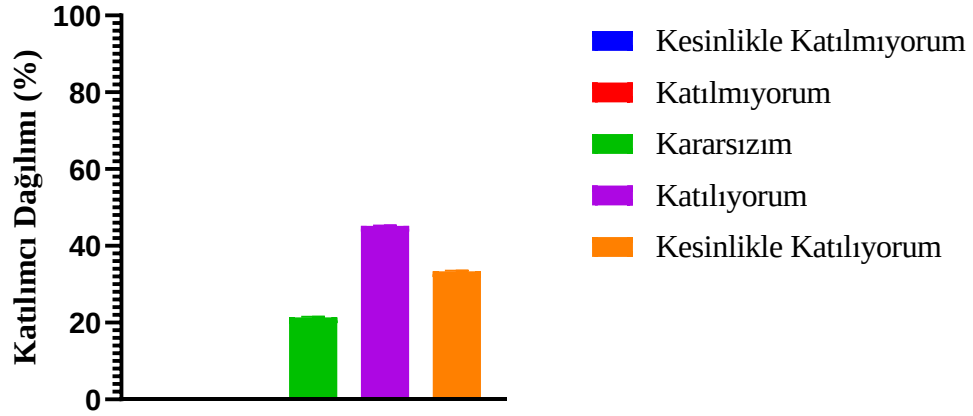


Şekil 4.37 Cinsiyet (erkek) değişkeninde gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

“Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.” ifadesine katılımcıların %4,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %6,1’i “Katılmıyorum” (n=4), %12,1’i “Kararsızım” (n=8), %50’si “Katılıyorum” (n=33), %27,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=18) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %9,5’i “Kararsızım” (n=4), %50’si “Katılıyorum” (n=21), %40,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=17) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



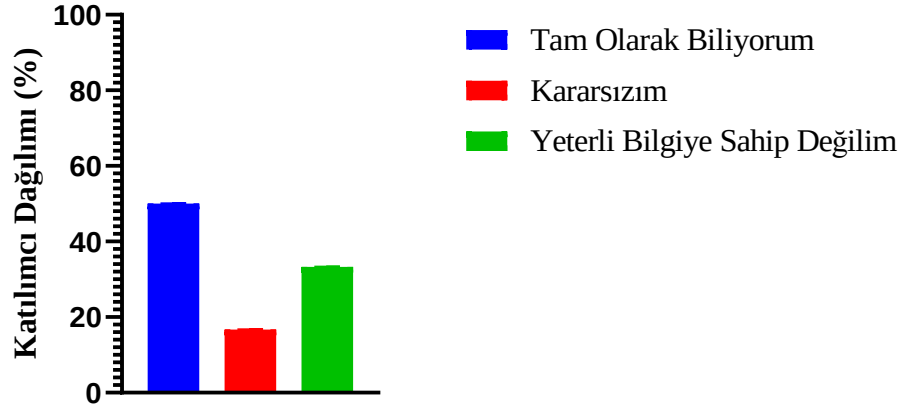
Şekil 4.38 Cinsiyet (kadın) değişkeninde tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



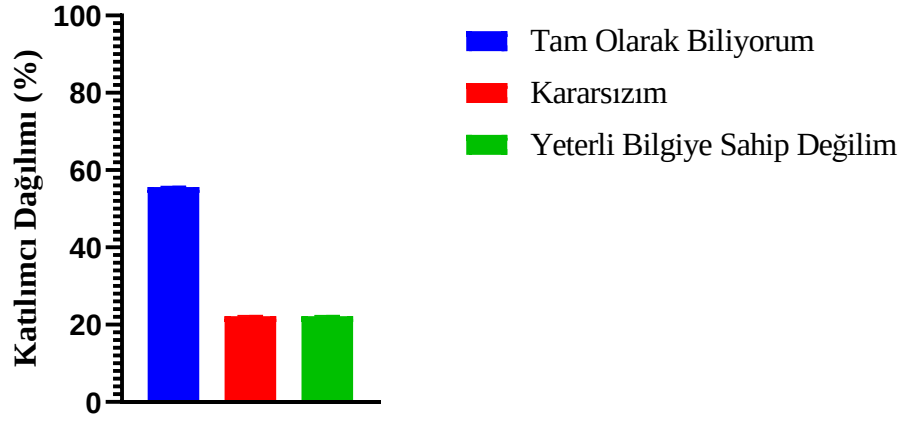
Şekil 4.39 Cinsiyet (erkek) değişkeninde tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi

“Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.” ifadesine kadın katılımcıların %1,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %4,5’i “Katılmıyorum” (n=3), %27,3’ü “Kararsızım” (n=18), %40,9’u “Katılıyorum” (n=27), %25,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=17) yanıtını vermiştir. Erkek katılımcıların %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %21,4’ü “Kararsızım” (n=9), %45,2’si “Katılıyorum” (n=19), %33,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=14) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum”, “Kararsızım” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).

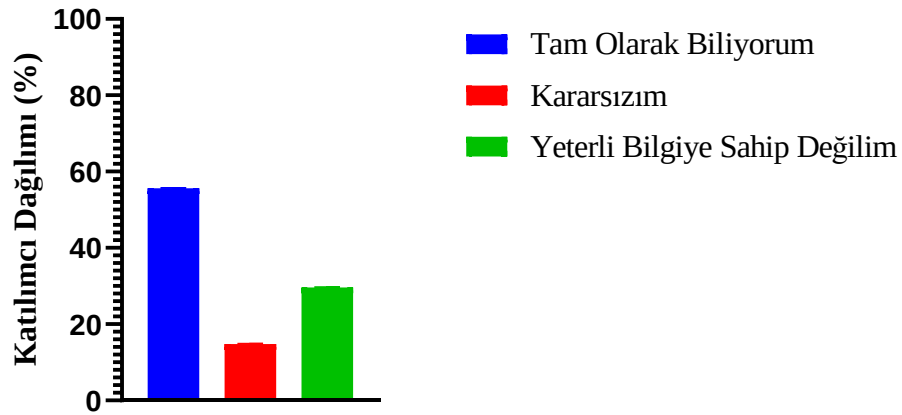
4.4. Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular



Şekil 4.40 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu

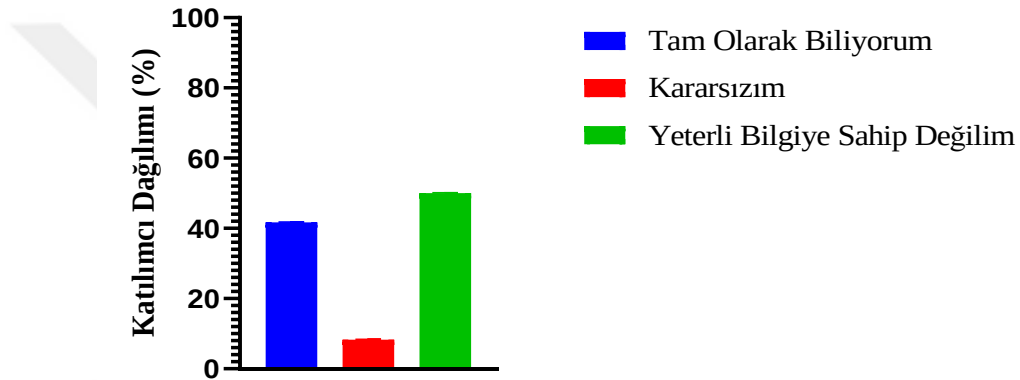


Şekil 4.41 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu

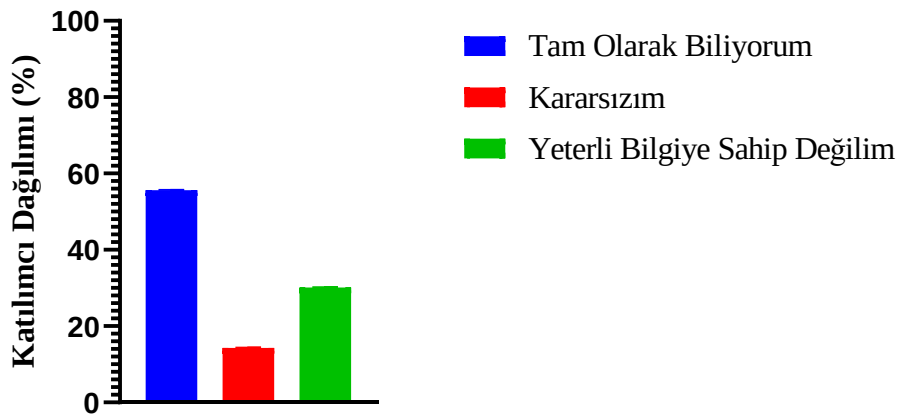


Şekil 4.42 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) sağlık turizmi kavramının anlamının bilinmesi durumu

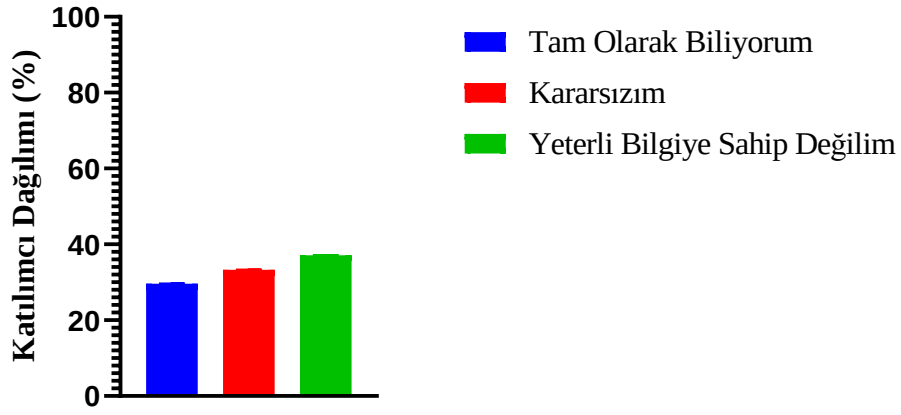
“Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna hekimlerin %50’si “Tam olarak biliyorum” (n=6), %16,7’si “Kararsızım” (n=2), %33,3’ü “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=4) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %55,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=35), %22,2’si “Kararsızım” (n=14), %22,2’si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=14) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %55,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=15), %14,8’i “Kararsızım” (n=4), %29,6’sı “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=8) yanıtını vermiştir. “Tam olarak biliyorum” ve “Yeterli bilgiye sahip değilim” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.43 Meslek değişkeninde (hekim) tele tıp tanımının bilinmesi durumu

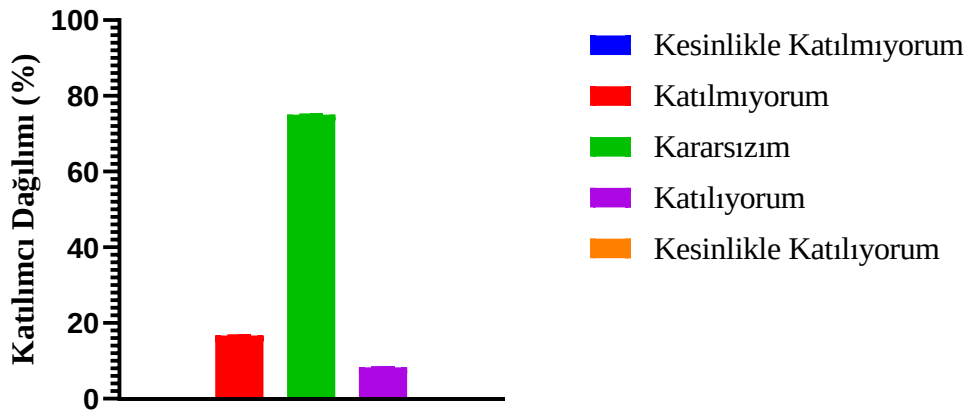


Şekil 4.44 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) tele-tıp tanımının bilinmesi durumu

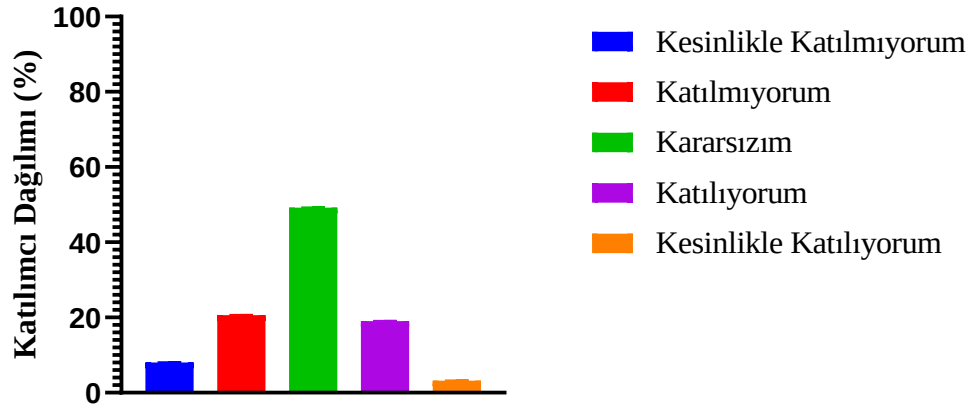


Şekil 4.45 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmet sunumu yapan sağlık personeli) tele-tıp tanımının bilinmesi durumu

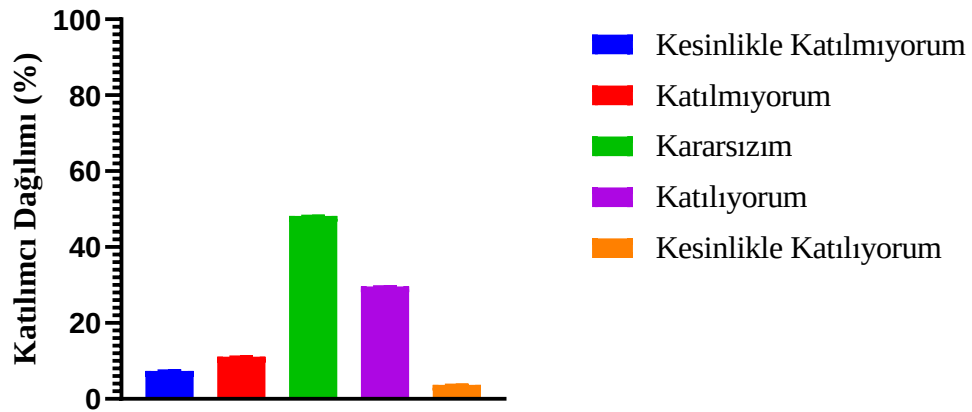
“Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna hekimlerin %41,7’si “Tam olarak biliyorum” (n=5), %8,3’ü “Kararsızım” (n=1), %50’si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=6) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %55,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=35), %14,3’ü “Kararsızım” (n=9), %30,1’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=19) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %29,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=8), %33,3’ü “Kararsızım” (n=9), %37,1’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=10) yanıtını vermiştir. “Tam olarak biliyorum” ve “Yeterli bilgiye sahip değilim” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).



Şekil 4.46 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

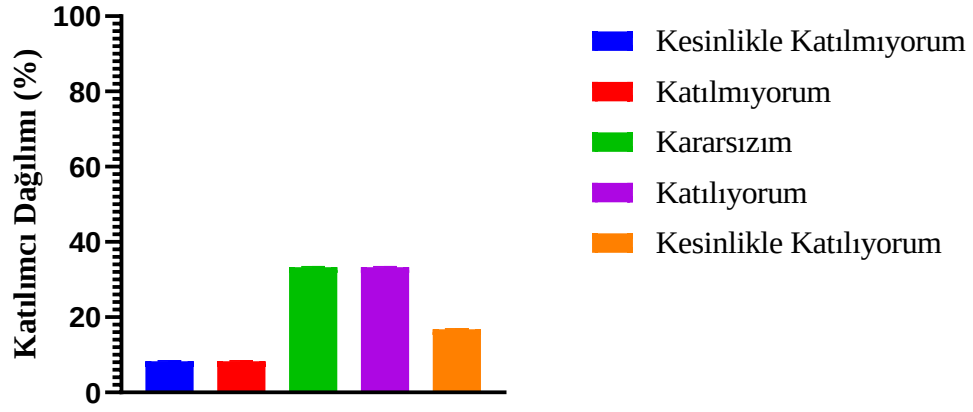


Şekil 4.47 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

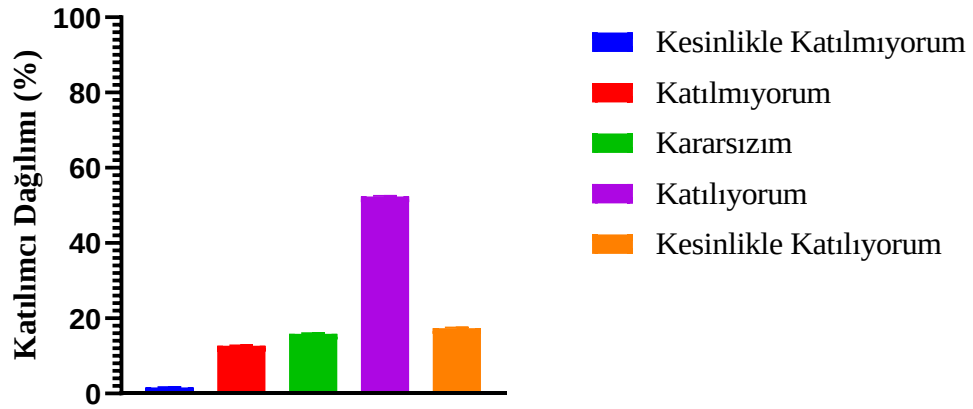


Şekil 4.48 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

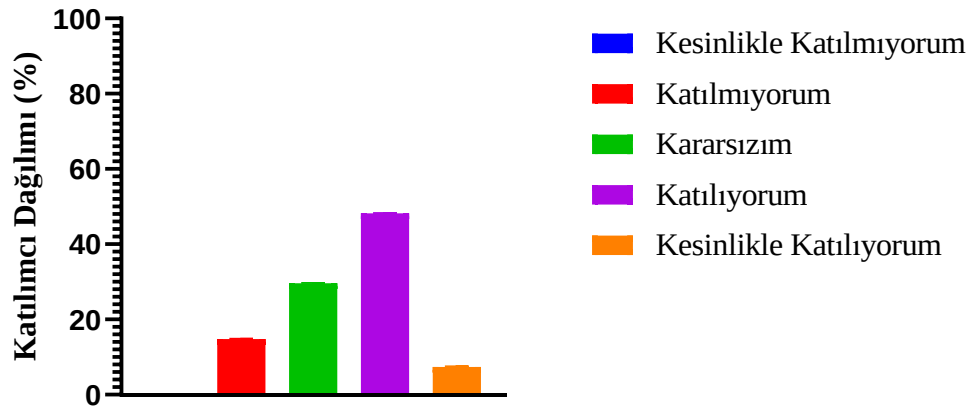
“Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.” ifadesine hekimlerin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %16,7’si “Katılmıyorum” (n=2), %75’i “Kararsızım” (n=9), %8,3’ü “Katılıyorum” (n=1), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %20,6’sı “Katılmıyorum” (n=13), %49,2’si “Kararsızım” (n=31), %19’u “Katılıyorum” (n=12), %3,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %7,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %11,1’i “Katılmıyorum” (n=3), %48,2’si “Kararsızım” (n=13), %29,6’sı “Katılıyorum” (n=8), %3,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.49 Meslek değişkeninde (hekim) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi



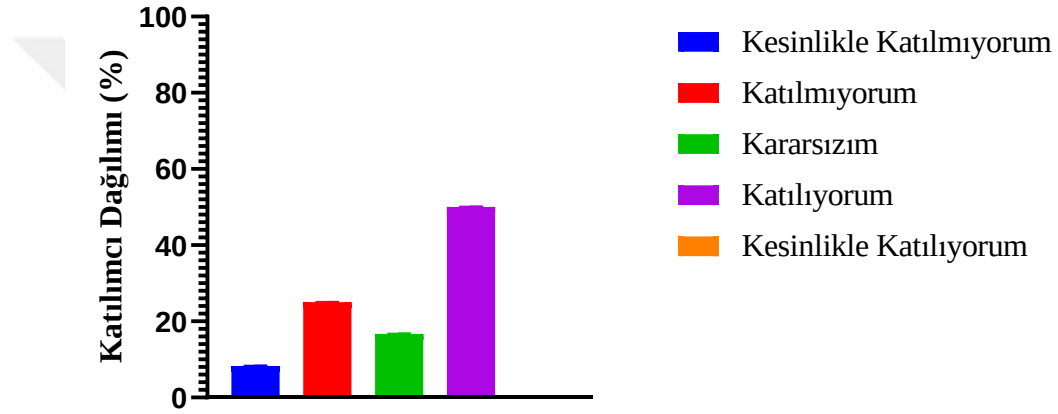
Şekil 4.50 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi



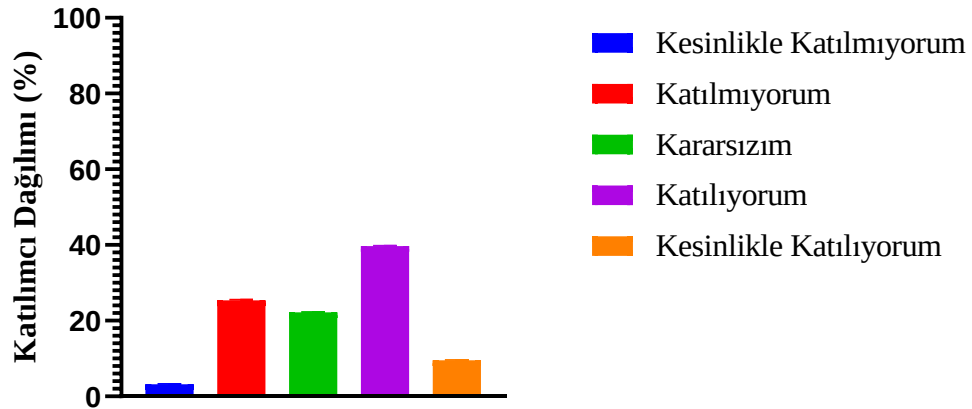
Şekil 4.51 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) mesleki açısından değerlendirildiğinde tele-tıp uygulamasının kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi

“Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.” ifadesine hekimlerin %8,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %8,3’ü

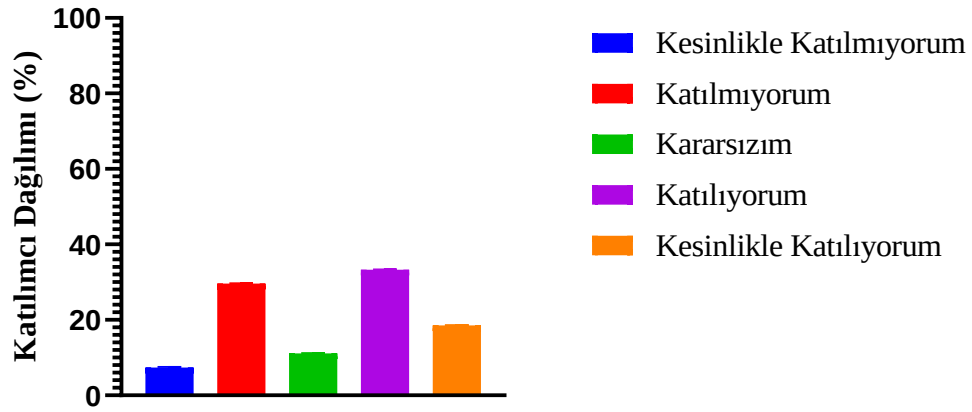
“Katılmıyorum” (n=1), %33,3’ü “Kararsızım” (n=4), %33,3’ü “Katılıyorum” (n=4), %16,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %1,6’sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %12,7’si “Katılmıyorum” (n=8), %15,9’u “Kararsızım” (n=10), %52,4’ü “Katılıyorum” (n=33), %17,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=11) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %14,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %29,6’sı “Kararsızım” (n=8), %48,2’si “Katılıyorum” (n=13), %7,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.52 Meslek değişkeninde (hekim) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

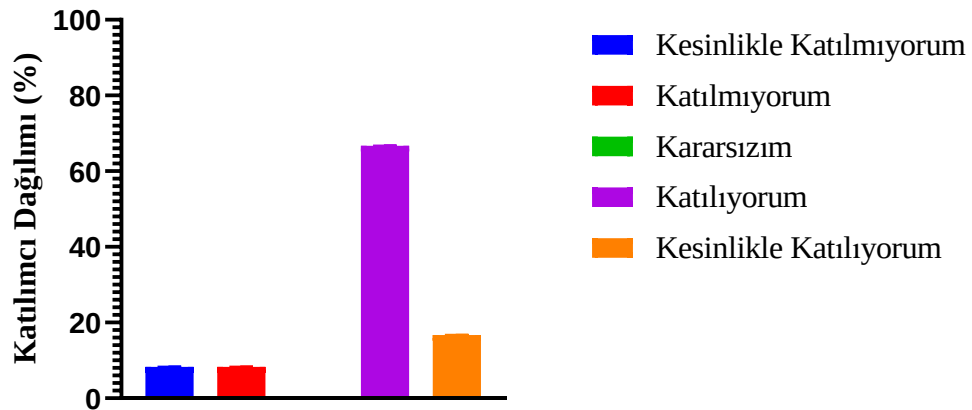


Şekil 4.53 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

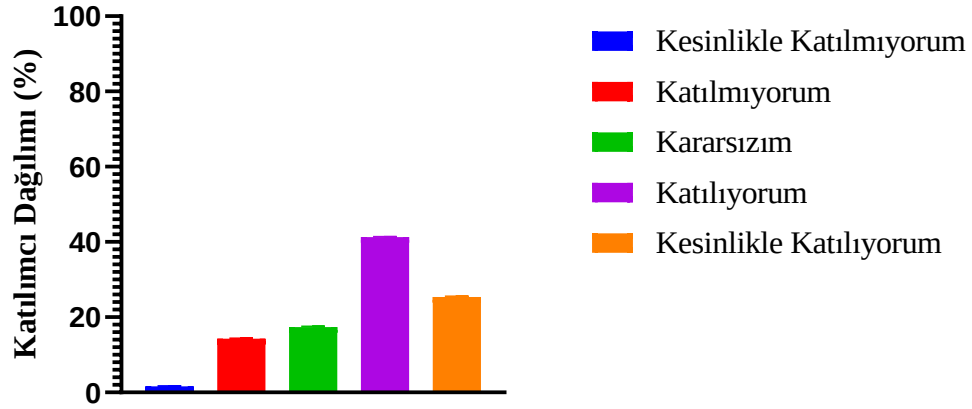


Şekil 4.54 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

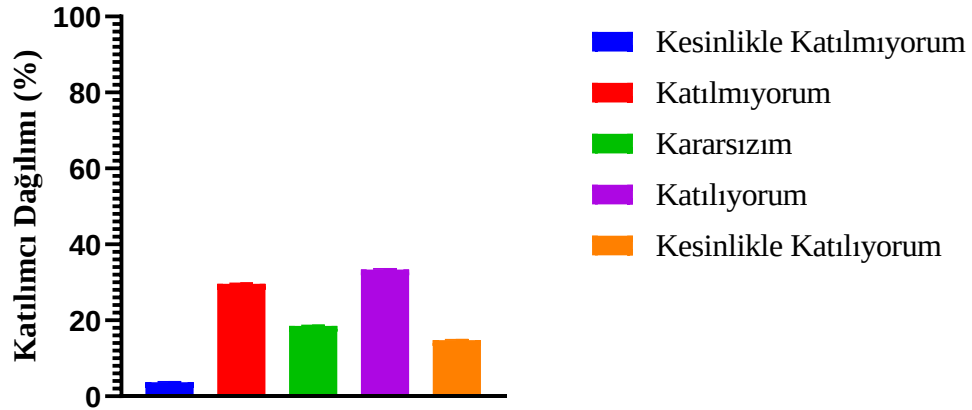
“Ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim.” ifadesine hekimlerin %8,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %25’i “Katılmıyorum” (n=3), %16,7’si “Kararsızım” (n=2), %50’si “Katılıyorum” (n=6), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %3,2’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %25,4’ü “Katılmıyorum” (n=16), %22,2’si “Kararsızım” (n=14), %39,7’si “Katılıyorum” (n=25), %9,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=6) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %7,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %29,6’sı “Katılmıyorum” (n=8), %11,1’i “Kararsızım” (n=3), %33,3’ü “Katılıyorum” (n=9), %18,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=5) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.55 Meslek değişkeninde (hekim) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

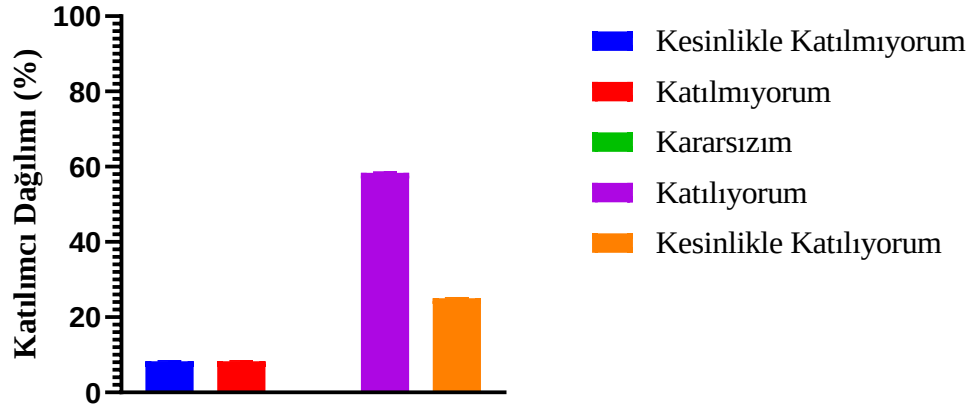


Şekil 4.56 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

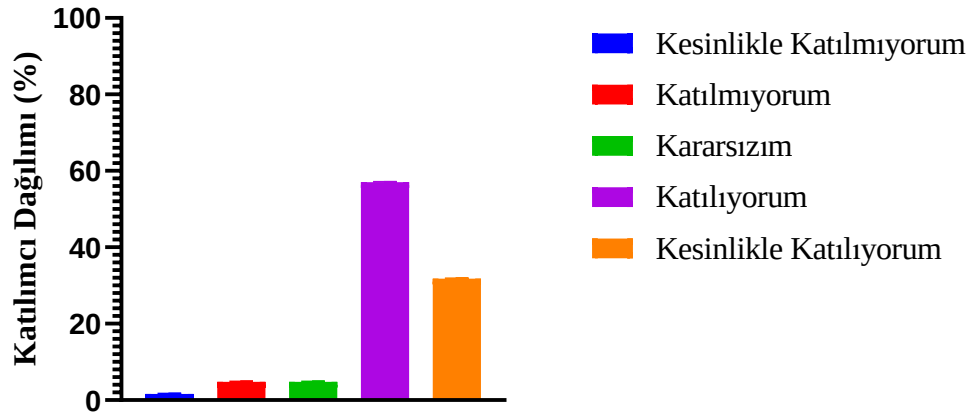


Şekil 4.57 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personeli) muayene sonrası kontrollerinin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih edilmesi durumu

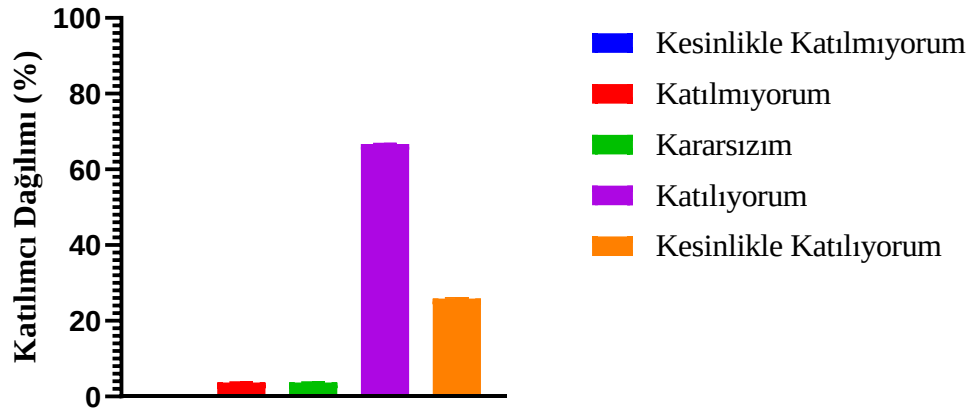
“Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.” ifadesine hekimlerin %8,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %8,3’ü “Katılmıyorum” (n=1), %0’ı “Kararsızım” (n=0), %66,7’si “Katılıyorum” (n=8), %16,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %1,6’sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %14,3’ü “Katılmıyorum” (n=9), %17,4’ü “Kararsızım” (n=11), %41,3’ü “Katılıyorum” (n=26), %25,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=16) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %3,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %29,6’sı “Katılmıyorum” (n=8), %18,6’sı “Kararsızım” (n=5), %33,3’ü “Katılıyorum” (n=9), %14,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=4) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.58 Meslek değişkeninde (hekim) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi



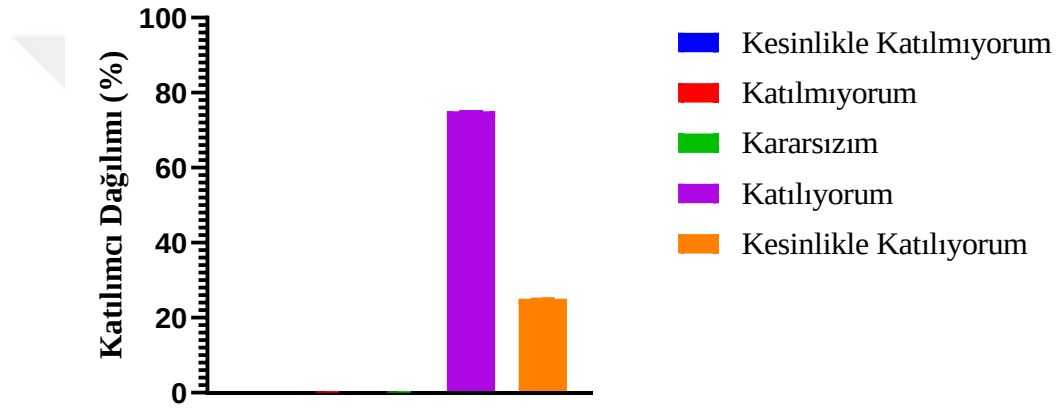
Şekil 4.59 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi



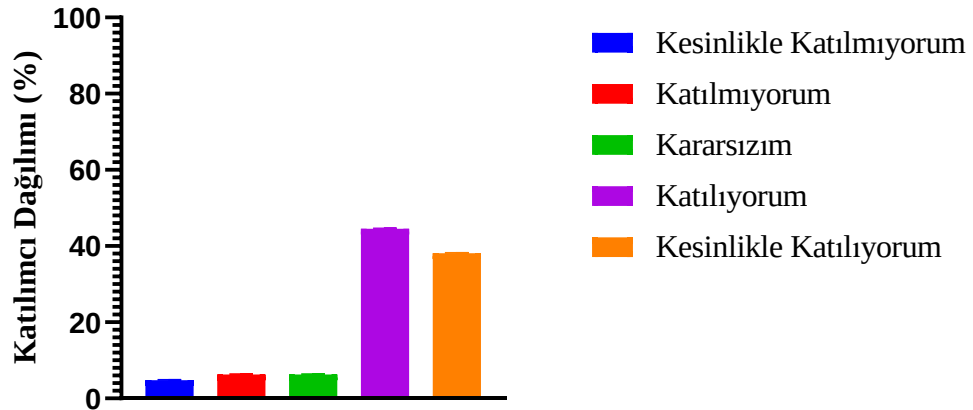
Şekil 4.60 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanılabilirlik durumunun değerlendirilmesi

“Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.” ifadesine hekimlerin %8,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %8,3’ü “Katılmıyorum” (n=1),

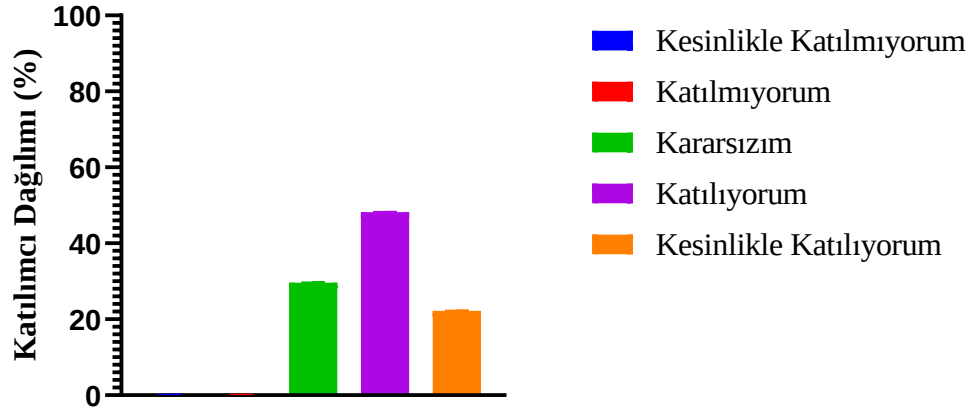
%0'ı “Kararsızım” (n=0), %58,4'ü “Katılıyorum” (n=7), %25'si “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %1,6'sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %4,8'i “Katılmıyorum” (n=3), %4,8'i “Kararsızım” (n=3), %57'si “Katılıyorum” (n=36), %31,8'i “Kesinlikle katılıyorum” (n=20) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %0'ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %3,7'si “Katılmıyorum” (n=1), %3,7'si “Kararsızım” (n=1), %66,7'si “Katılıyorum” (n=18), %25,9'u “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.61 Meslek değişkeninde (hekim) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

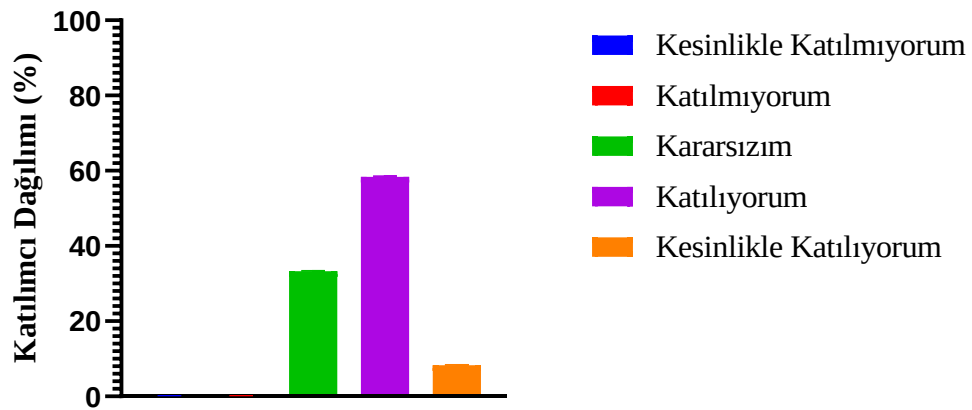


Şekil 4.62 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

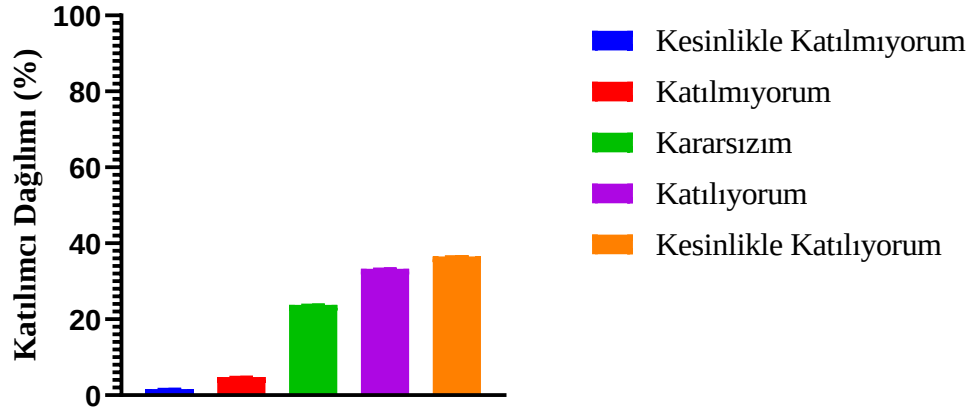


Şekil 4.63 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

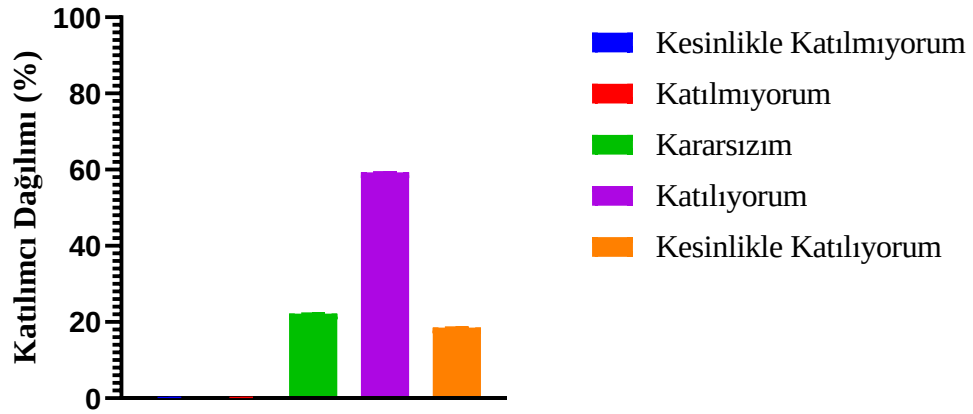
“Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.” ifadesine hekimlerin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Kararsızım” (n=0), %75’i “Katılıyorum” (n=9), %25’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %4,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %6,3’ü “Katılmıyorum” (n=4), %6,3’ü “Kararsızım” (n=4), %44,5’i “Katılıyorum” (n=28), %38,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=24) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %29,6’sı “Kararsızım” (n=8), %48,2’si “Katılıyorum” (n=13), %22,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=6) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.64 Meslek değişkeninde (hekim) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi



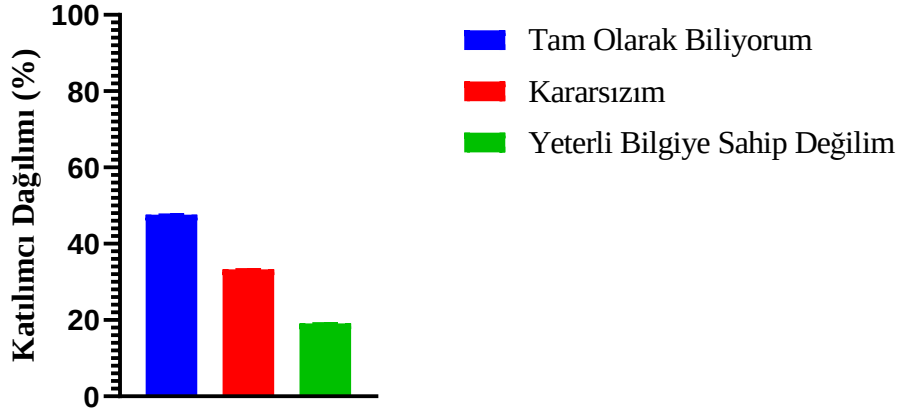
Şekil 4.65 Meslek değişkeninde (lisans mezunu sağlık personeli) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi



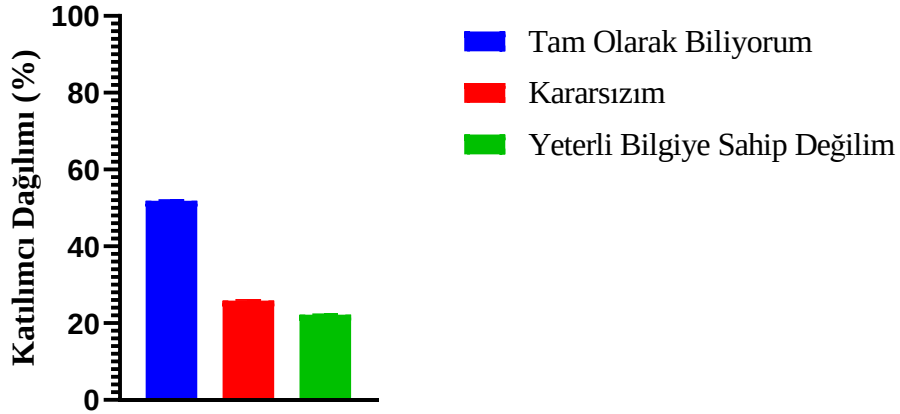
Şekil 4.66 Meslek değişkeninde (dolaylı sağlık hizmeti sunan sağlık personeli) tele-tıbbın sağlık turizminde kullanımının sakıncası durumunun değerlendirilmesi

“Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.” ifadesine hekimlerin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %33,3’ü “Kararsızım” (n=4), %58,4’ü “Katılıyorum” (n=7), %8,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. Lisans mezunu sağlık personellerinin %1,6’sı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %4,8’i “Katılmıyorum” (n=3), %23,8’i “Kararsızım” (n=15), %33,3’ü “Katılıyorum” (n=21), %36,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=23) yanıtını vermiştir. Dolaylı sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık personellerinin %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %22,2’si “Kararsızım” (n=6), %59,3’ü “Katılıyorum” (n=16), %18,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=5) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).

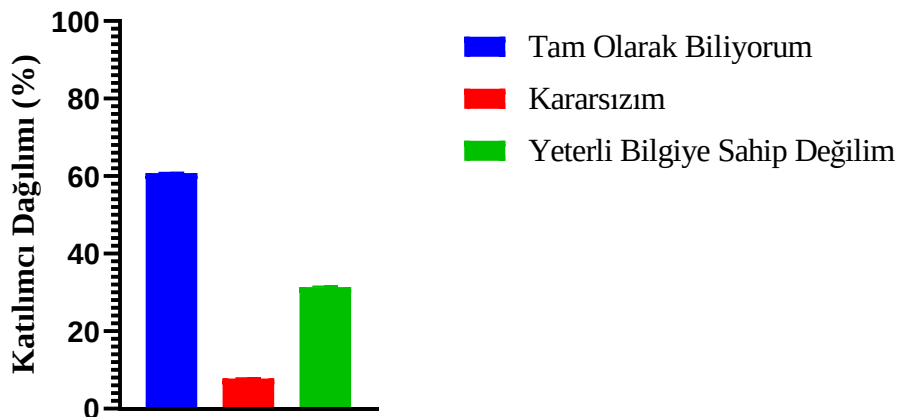
4.5. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular



Şekil 4.67 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi



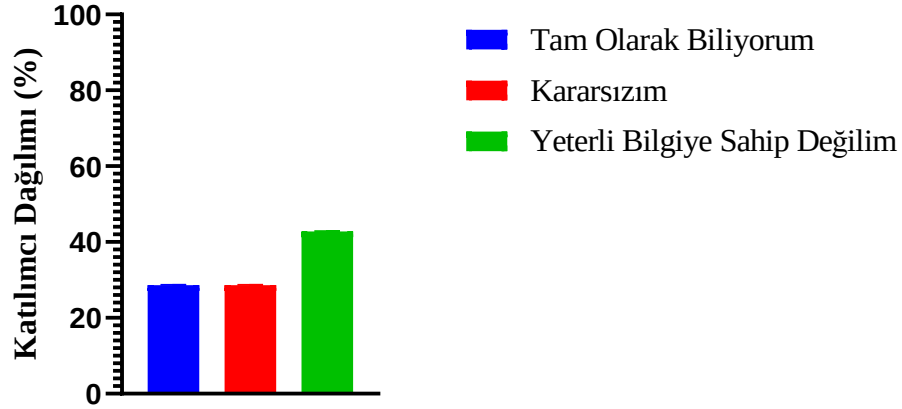
Şekil 4.68 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi



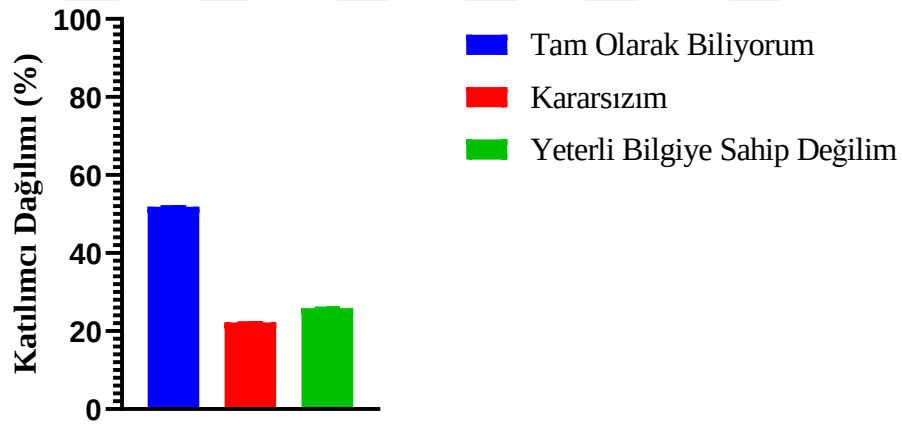
Şekil 4.69 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi

“Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna 20-29 yaş grubunun %47,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=10), %33,3’ü “Kararsızım” (n=7), %19,1’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=4) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun

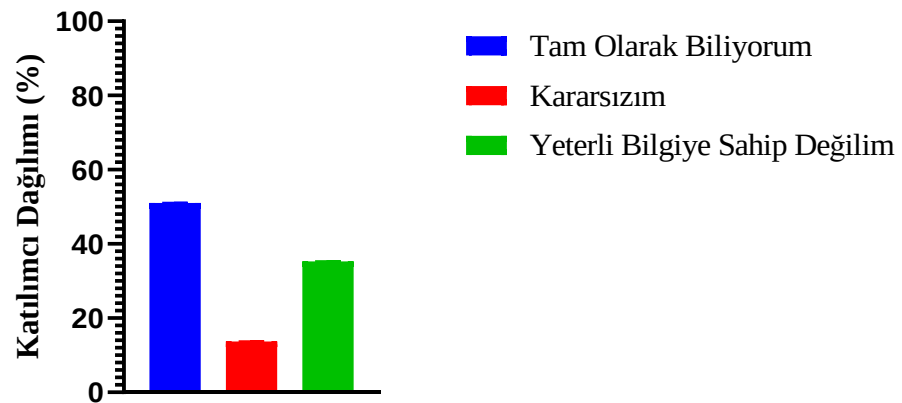
%51,9'u "Tam olarak biliyorum" (n=14), %25,9'u "Kararsızım" (n=7), %22,2'si "Yeterli bilgiye sahip değilim" (n=6) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %60,8'i "Tam olarak biliyorum" (n=31), %7,8'i "Kararsızım" (n=4), %31,4'ü "Yeterli bilgiye sahip değilim" (n=16) yanıtını vermiştir. "Tam olarak biliyorum" ve "Yeterli bilgiye sahip değilim" grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.70 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

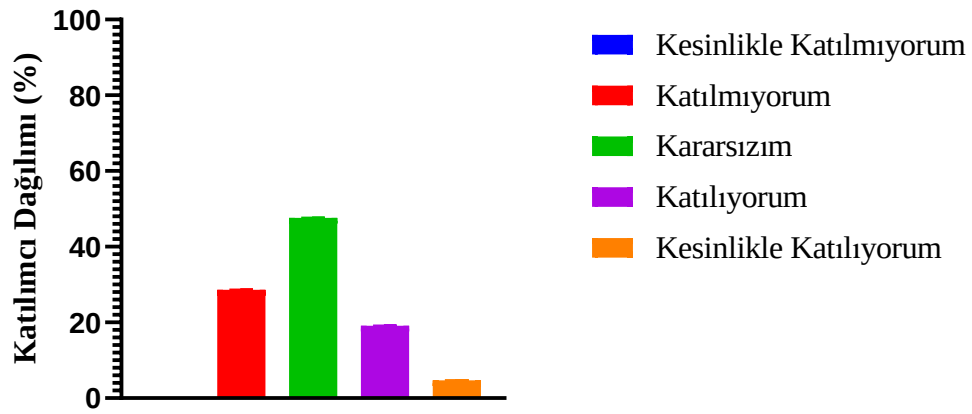


Şekil 4.71 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

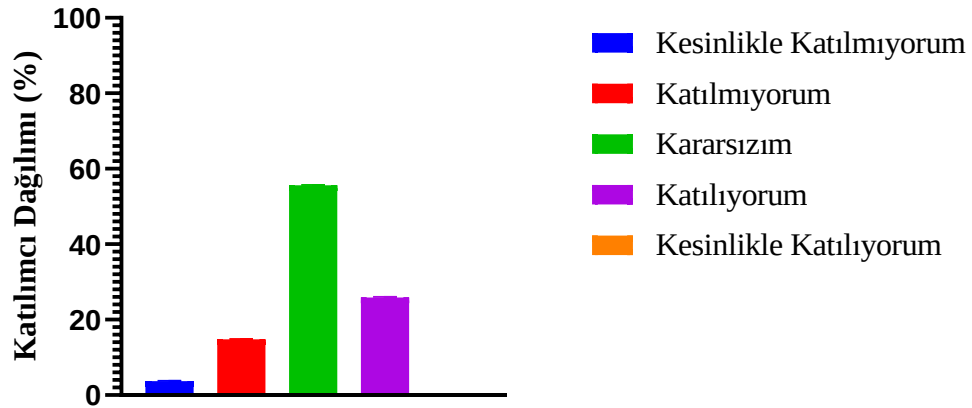


Şekil 4.72 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

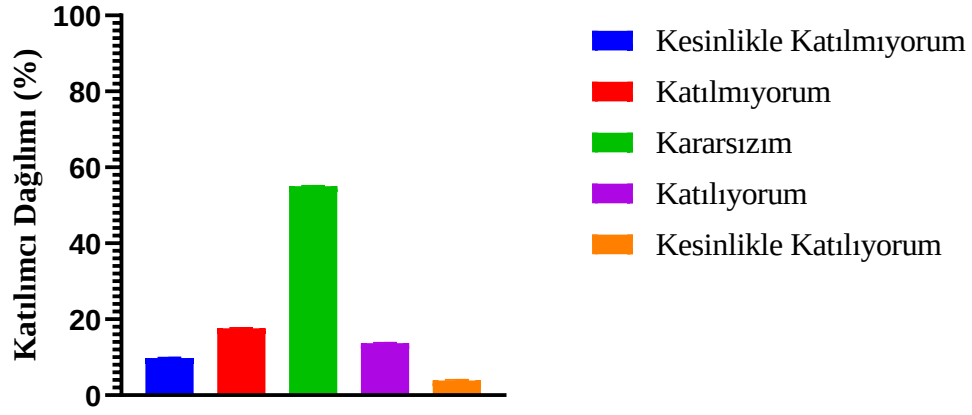
“Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna 20-29 yaş grubunun %28,6’sı “Tam olarak biliyorum” (n=6), %28,6’sı “Kararsızım” (n=6), %42,8’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=9) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %51,9’u “Tam olarak biliyorum” (n=14), %22,2’si “Kararsızım” (n=6), %25,9’u “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=7) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %51’i “Tam olarak biliyorum” (n=26), %13,7’si “Kararsızım” (n=7), %35,3’i “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=18) yanıtını vermiştir. “Tam olarak biliyorum” ve “Yeterli bilgiye sahip değilim” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



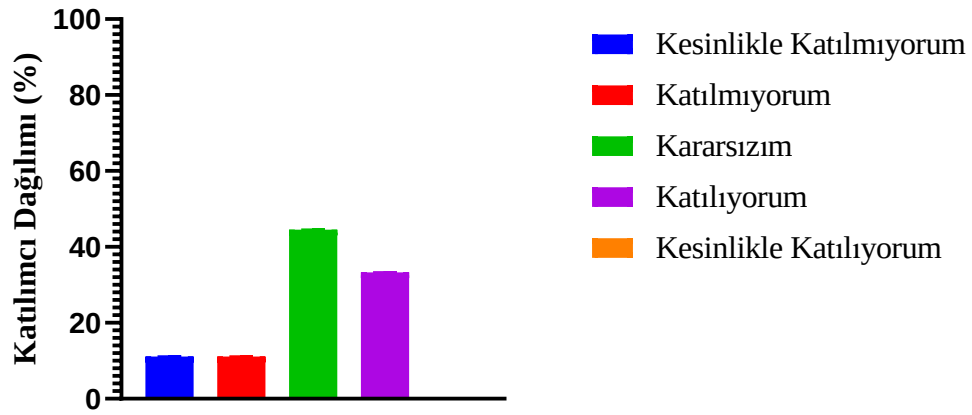
Şekil 4.73 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi



Şekil 4.74 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

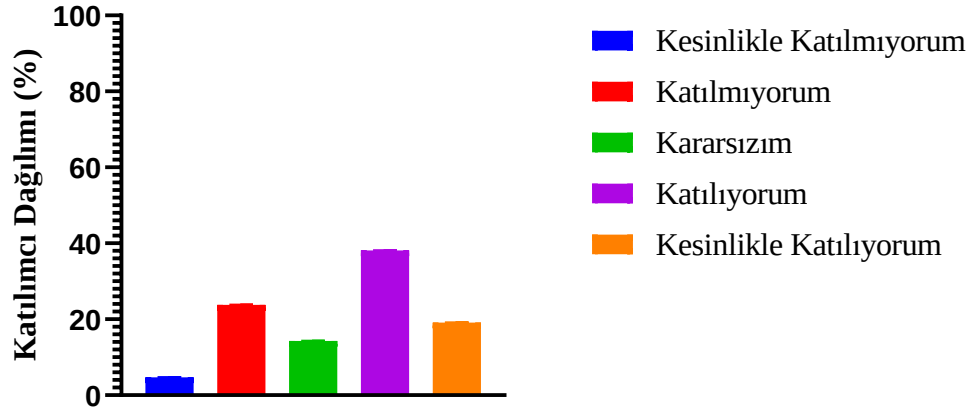


Şekil 4.75 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

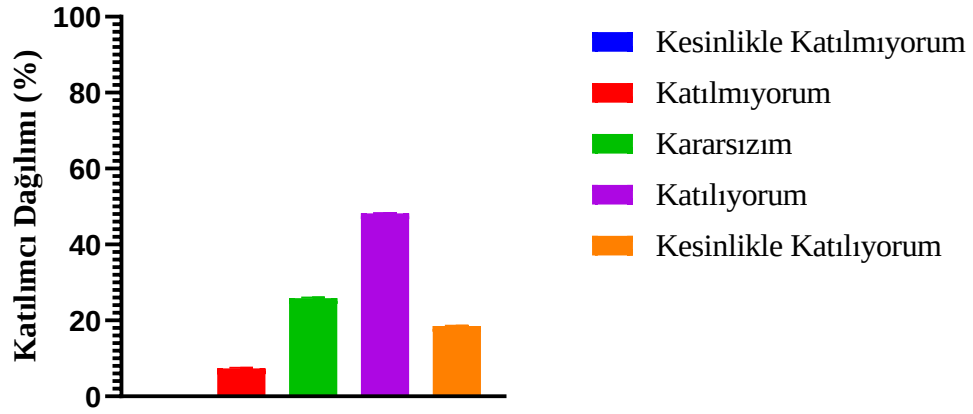


Şekil 4.76 Yaş değişkeninde (+50) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

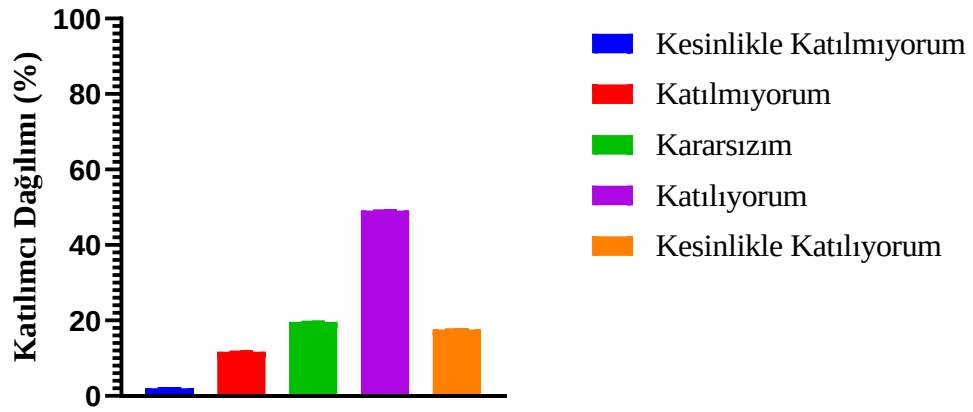
“Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %28,6’sı “Katılmıyorum” (n=6), %47,6’sı “Kararsızım” (n=10), %19,1’ü “Katılıyorum” (n=4), %4,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %3,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %14,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %55,6’sı “Kararsızım” (n=15), %25,9’u “Katılıyorum” (n=7), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %9,8’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %17,6’sı “Katılmıyorum” (n=9), %55’i “Kararsızım” (n=28), %13,7’si “Katılıyorum” (n=7), %3,9’u “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %11,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %11,1’i “Katılmıyorum” (n=1), %44,5’i “Kararsızım” (n=4), %33,3’ü “Katılıyorum” (n=3), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).



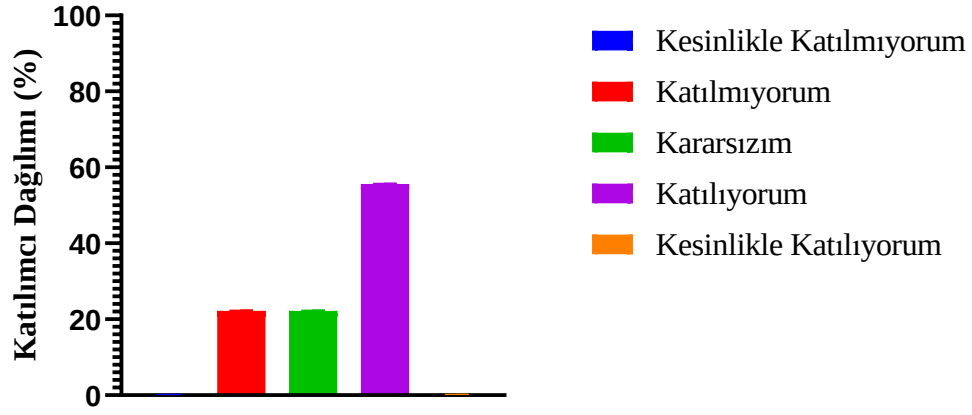
Şekil 4.77 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi



Şekil 4.78 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

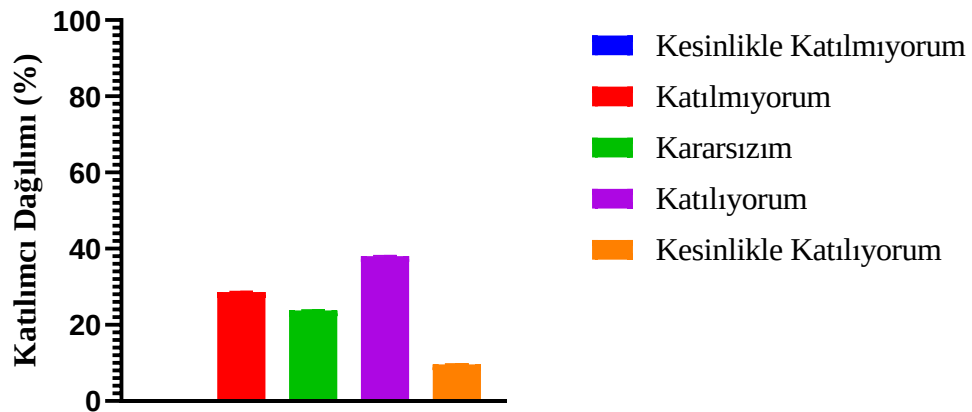


Şekil 4.79 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

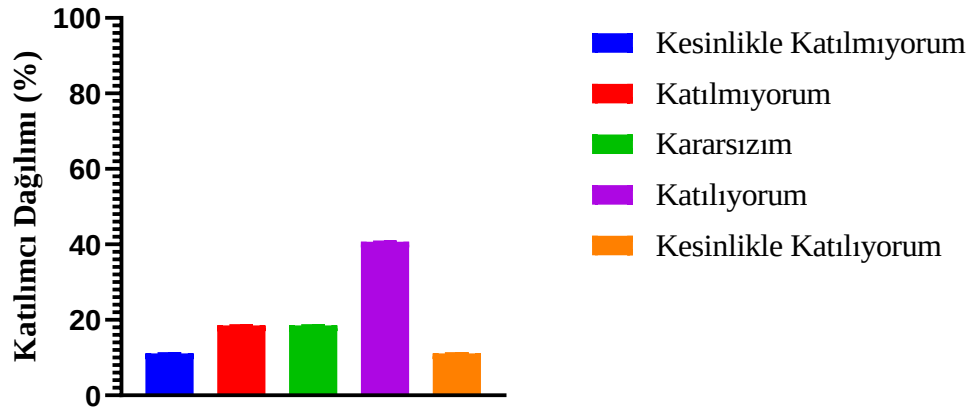


Şekil 4.80 Yaş değişkeninde (+50) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

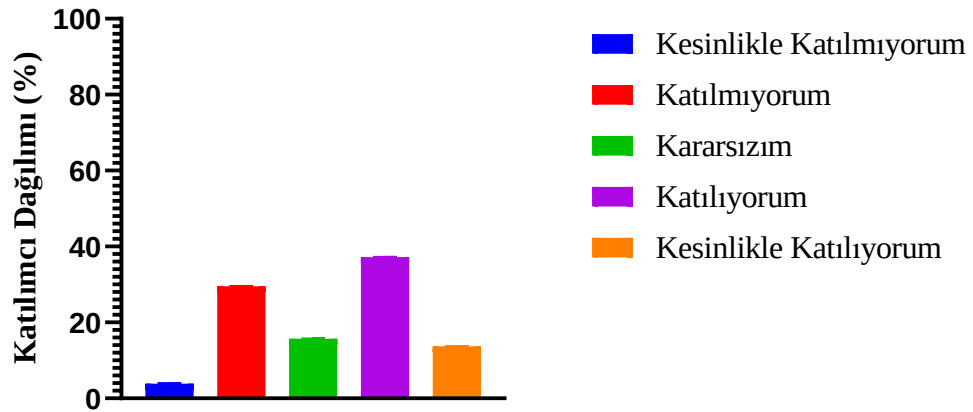
“Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %4,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %23,8’i “Katılmıyorum” (n=5), %14,3’ü “Kararsızım” (n=3), %38,1’i “Katılıyorum” (n=8), %19,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=4) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %7,4’ü “Katılmıyorum” (n=2), %25,9’u “Kararsızım” (n=7), %48,2’si “Katılıyorum” (n=13), %15,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=5) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %2’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %11,7’si “Katılmıyorum” (n=6), %19,6’sı “Kararsızım” (n=10), %49,1’i “Katılıyorum” (n=25), %17,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=9) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %22,2’si “Katılmıyorum” (n=2), %22,2’si “Kararsızım” (n=2), %55,6’sı “Katılıyorum” (n=5), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



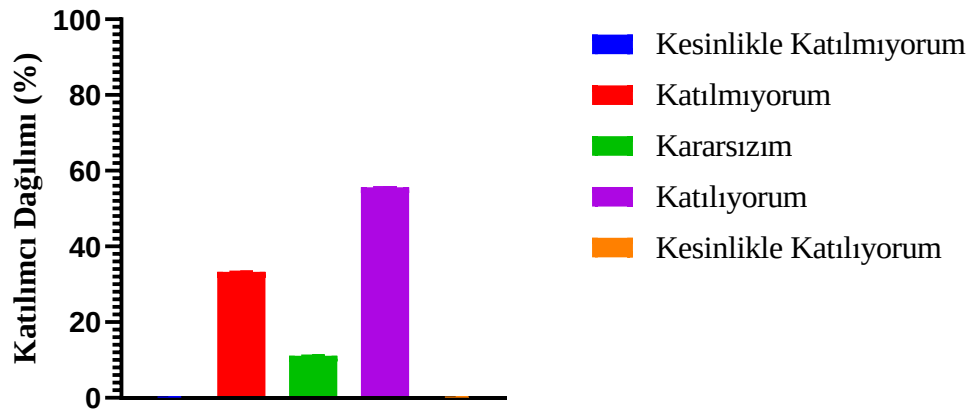
Şekil 4.81 Yaş değişkeninde (20-29) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu



Şekil 4.82 Yaş değişkeninde (30-39) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu



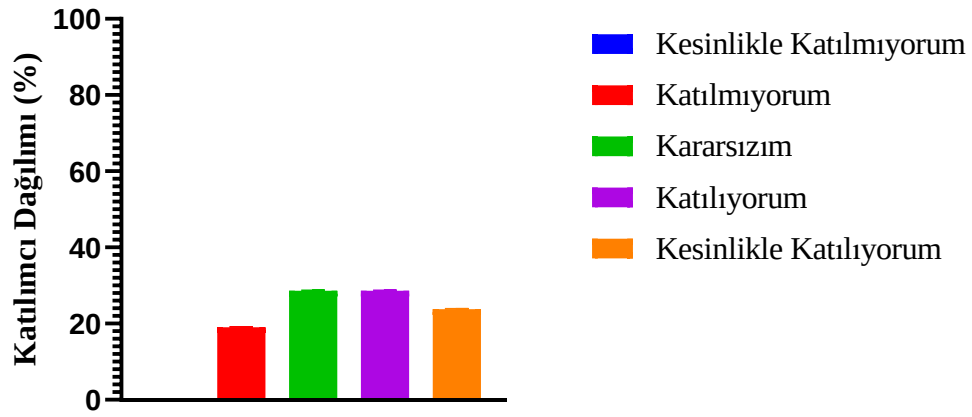
Şekil 4.83 Yaş değişkeninde (40-49) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu



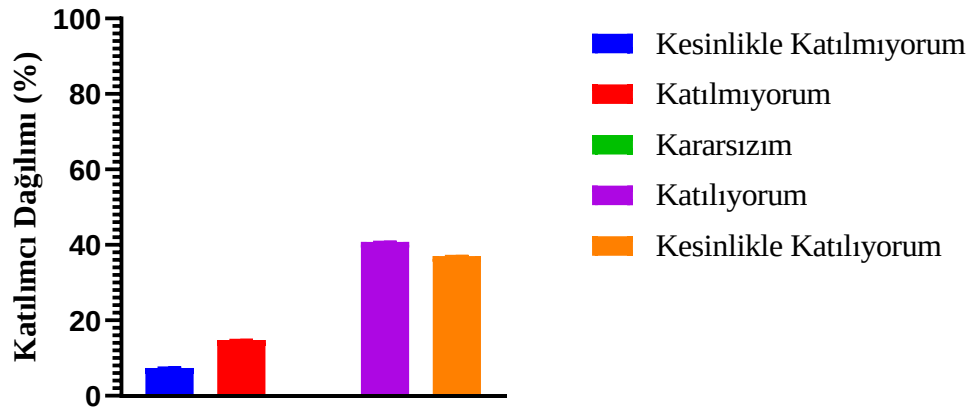
Şekil 4.84 Yaş değişkeninde (+50) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

“Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %28,6’sı

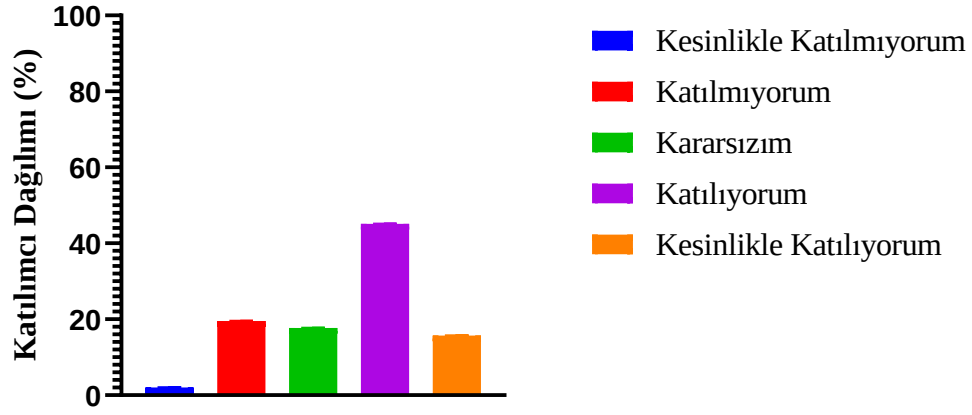
“Katılmıyorum” (n=6), %23,8’i “Kararsızım” (n=5), %38’i “Katılıyorum” (n=8), %9,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %11,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %18,5’i “Katılmıyorum” (n=5), %18,5’i “Kararsızım” (n=5), %40,8’si “Katılıyorum” (n=11), %11,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %3,9’u “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %29,5’i “Katılmıyorum” (n=15), %15,7’si “Kararsızım” (n=8), %37,2’si “Katılıyorum” (n=19), %13,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %33,3’ü “Katılmıyorum” (n=3), %11,1’i “Kararsızım” (n=1), %55,6’sı “Katılıyorum” (n=5), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



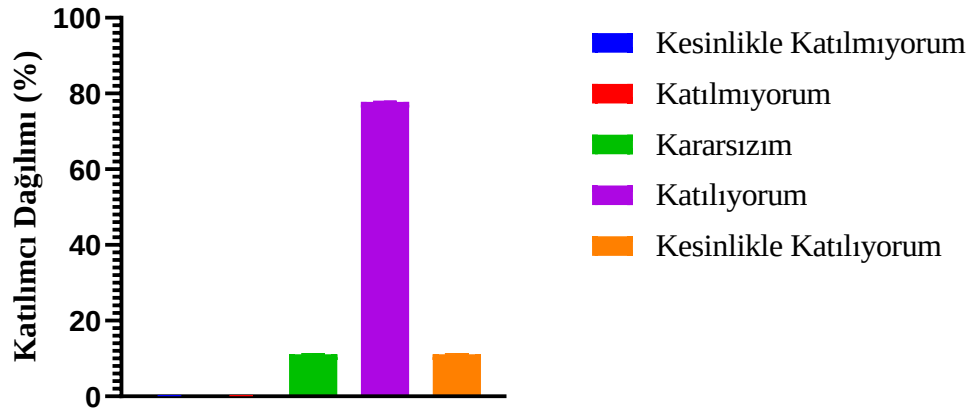
Şekil 4.85 Yaş değişkeninde (20-29) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu



Şekil 4.86 Yaş değişkeninde (30-39) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

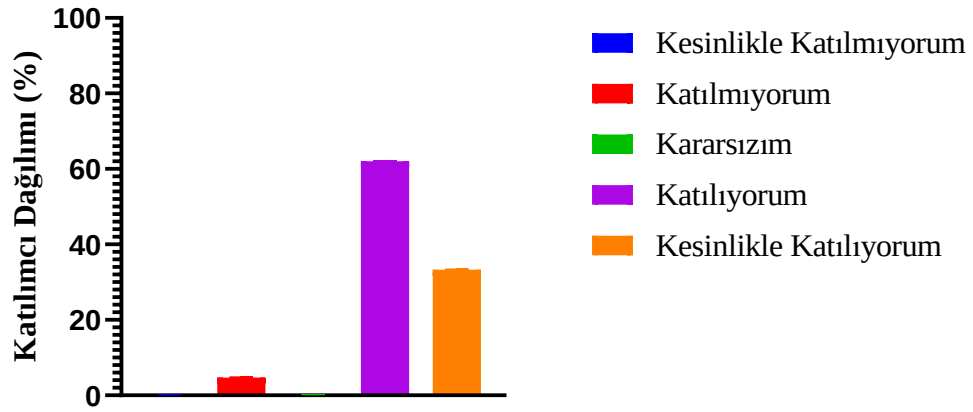


Şekil 4.87 Yaş değişkeninde (40-49) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

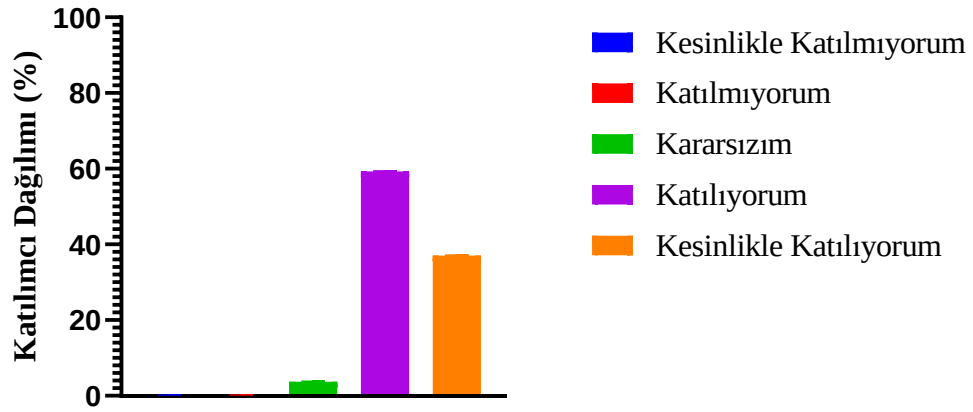


Şekil 4.88 Yaş değişkeninde (+50) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

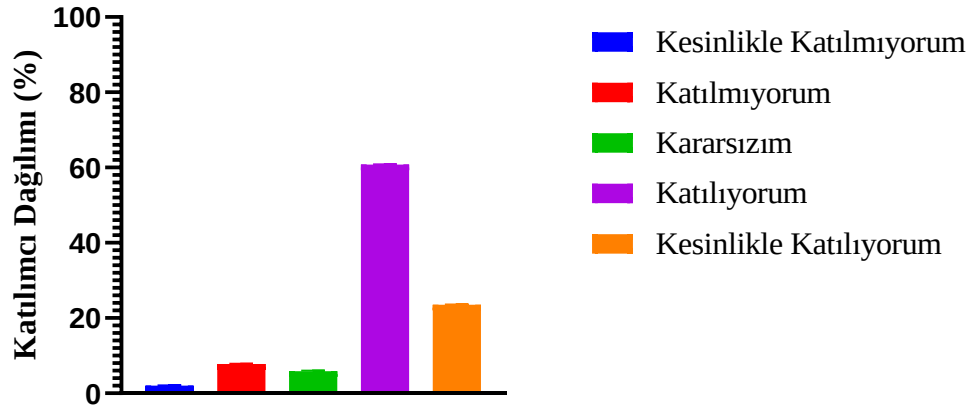
“Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %19’u “Katılmıyorum” (n=4), %28,6’sı “Kararsızım” (n=6), %28,6’sı “Katılıyorum” (n=6), %23,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=5) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %7,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %14,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %0’ı “Kararsızım” (n=0), %40,8’i “Katılıyorum” (n=11), %37’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=10) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %2’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %19,5’i “Katılmıyorum” (n=10), %17,7’si “Kararsızım” (n=9), %45,1’i “Katılıyorum” (n=23), %15,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=8) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %11,1’i “Kararsızım” (n=1), %77,8’i “Katılıyorum” (n=7), %11,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



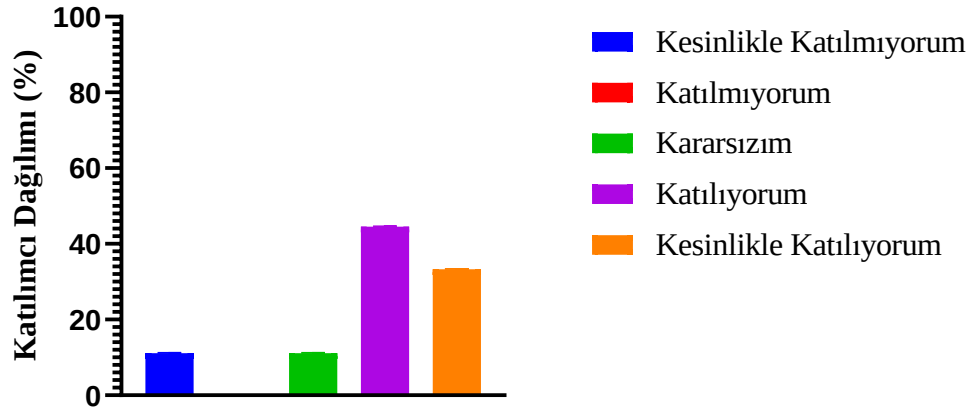
Şekil 4.89 Yaş değişkeninde (20-29) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu



Şekil 4.90 Yaş değişkeninde (30-39) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

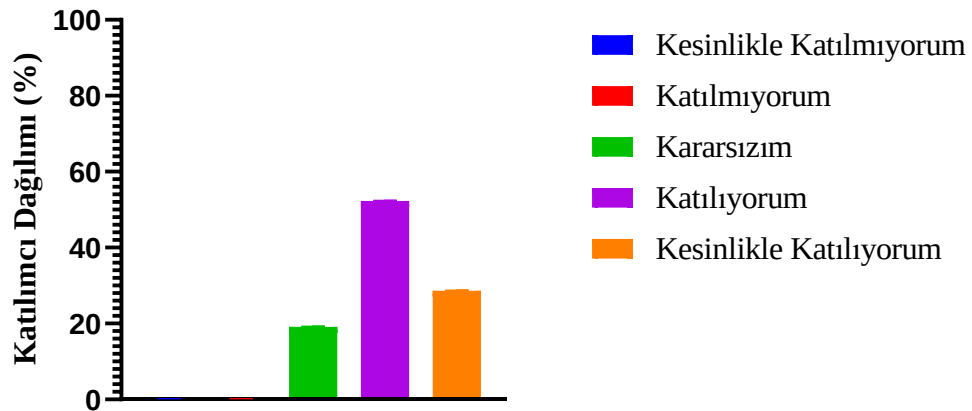


Şekil 4.91 Yaş değişkeninde (40-49) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

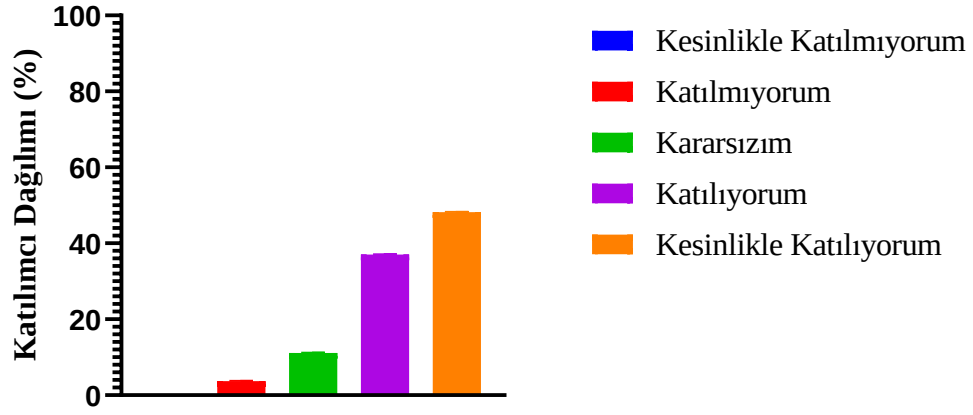


Şekil 4.92 Yaş değişkeninde (+50) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

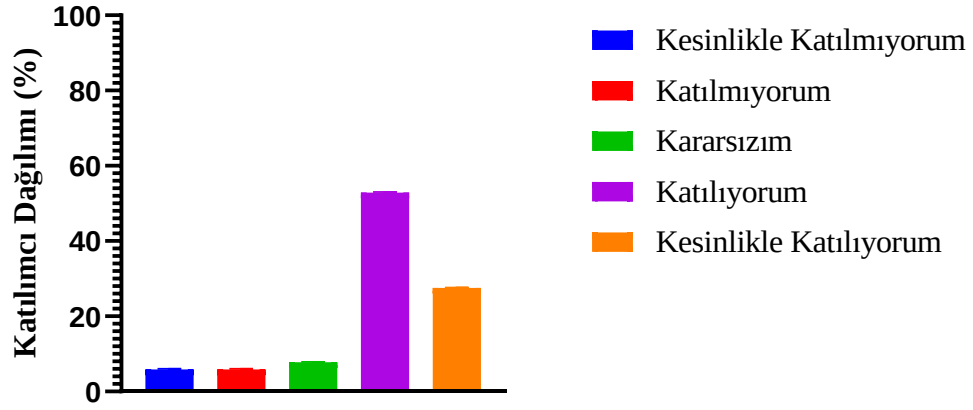
“Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %4,7’si “Katılmıyorum” (n=1), %0’ı “Kararsızım” (n=0), %62’si “Katılıyorum” (n=13), %33,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %3,7’si “Kararsızım” (n=1), %59,3’ü “Katılıyorum” (n=16), %37’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=10) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %2’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %7,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %5,9’u “Kararsızım” (n=3), %60,8’i “Katılıyorum” (n=31), %23,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=12) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %11,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %11,1’i “Kararsızım” (n=1), %44,5’i “Katılıyorum” (n=4), %33,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



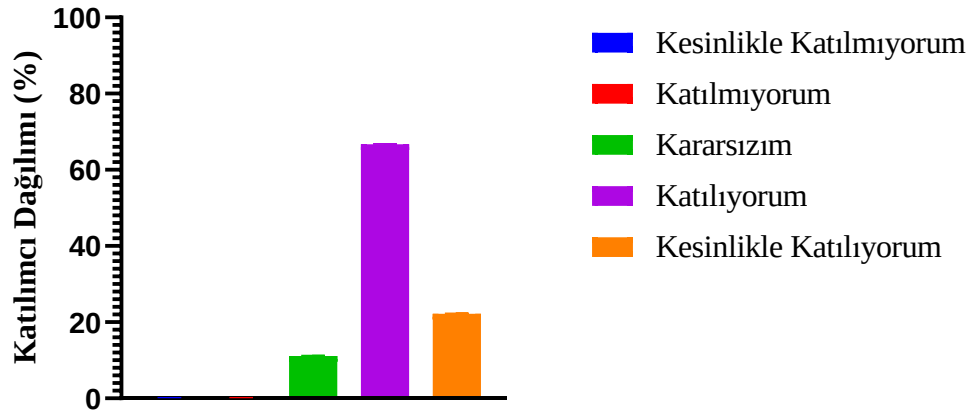
Şekil 4.93 Yaş değişkeninde (20-29) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi



Şekil 4.94 Yaş değişkeninde (30-39) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi



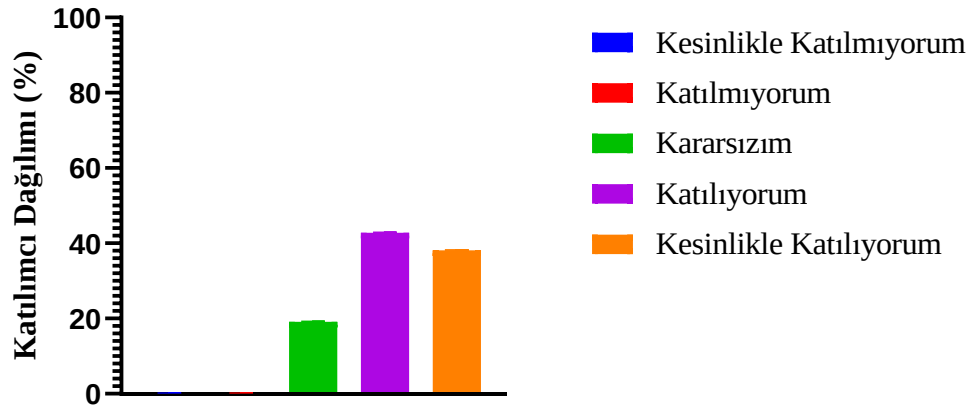
Şekil 4.95 Yaş değişkeninde (40-49) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi



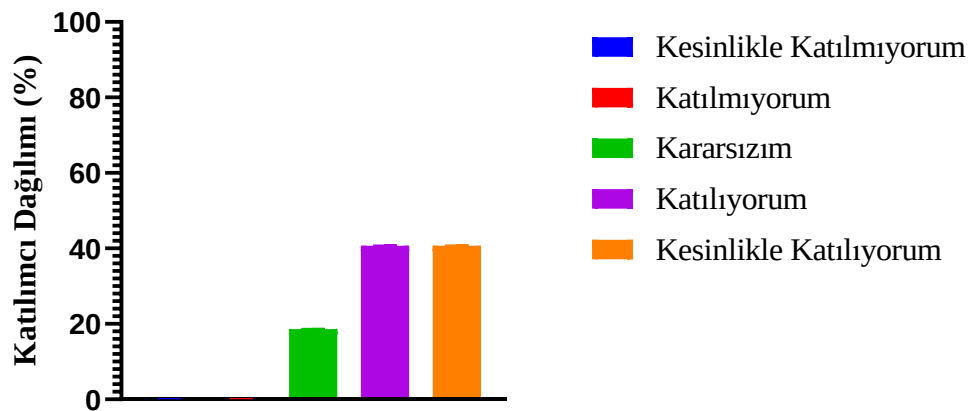
Şekil 4.96 Yaş değişkeninde (+50) gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

“Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %19,1’i “Kararsızım”

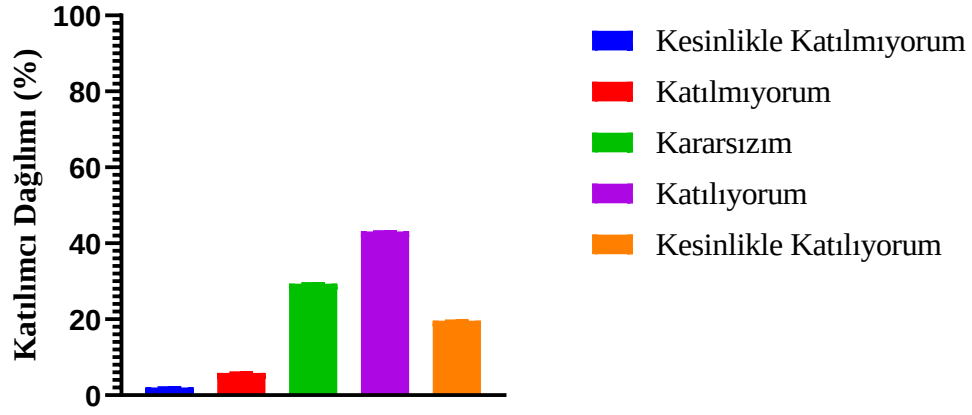
(n=4), %52,3'ü “Katılıyorum” (n=11), %28,6'sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=6) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %0'ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %3,7'si “Katılmıyorum” (n=1), %11,1'i “Kararsızım” (n=3), %37'si “Katılıyorum” (n=10), %48,2'si “Kesinlikle katılıyorum” (n=13) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %5,9'u “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %5,9'u “Katılmıyorum” (n=3), %7,8'i “Kararsızım” (n=4), %52,9'u “Katılıyorum” (n=27), %27,5'i “Kesinlikle katılıyorum” (n=14) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %0'ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0'ı “Katılmıyorum” (n=0), %11,1'i “Kararsızım” (n=1), %66,7'u “Katılıyorum” (n=6), %22,2'i “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



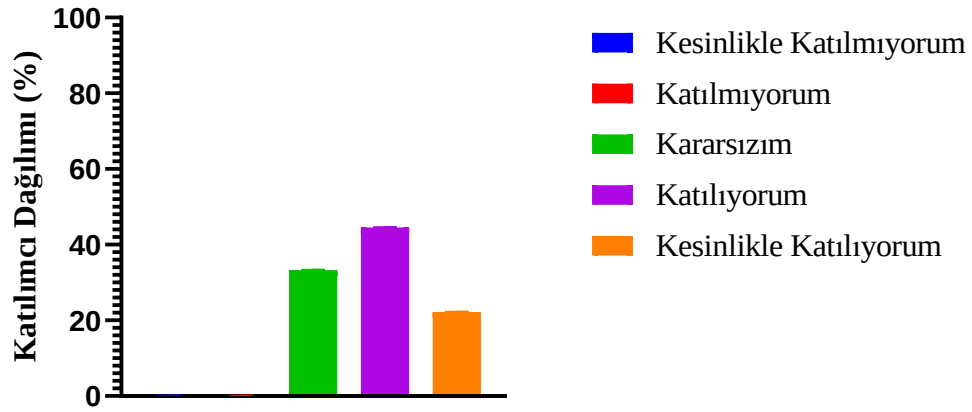
Şekil 4.97 Yaş değişkeninde (20-29) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



Şekil 4.98 Yaş değişkeninde (30-39) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



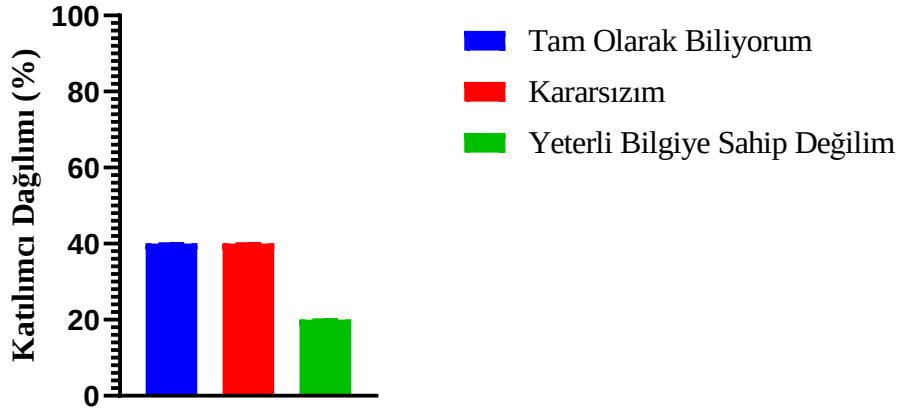
Şekil 4.99 Yaş değişkeninde (40-49) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



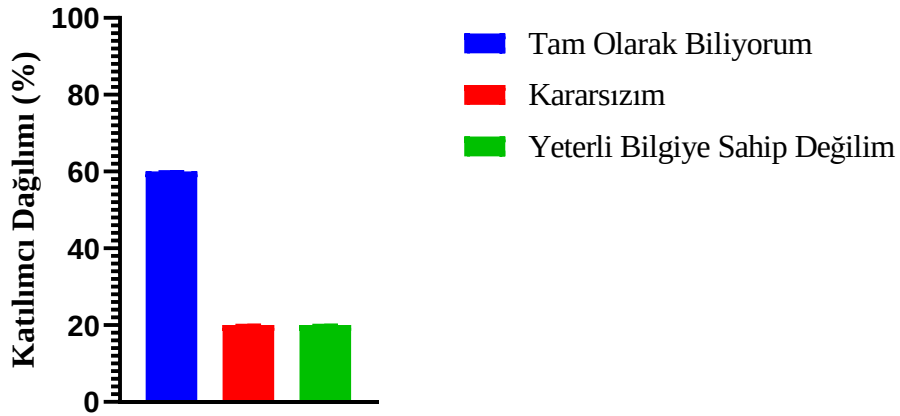
Şekil 4.100 Yaş değişkeninde (+50) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi

“Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.” ifadesine 20-29 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %19,1’i “Kararsızım” (n=4), %42,8’i “Katılıyorum” (n=9), %38,1’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=8) yanıtını vermiştir. 30-39 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %18,6’sı “Kararsızım” (n=5), %40,7’si “Katılıyorum” (n=11), %40,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=11) yanıtını vermiştir. 40-49 yaş grubunun %2’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %5,9’u “Katılmıyorum” (n=3), %29,4’ü “Kararsızım” (n=15), %43,1’i “Katılıyorum” (n=22), %19,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=10) yanıtını vermiştir. +50 yaş grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %33,3’ü “Kararsızım” (n=3), %44,5’i “Katılıyorum” (n=4), %22,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,0001).

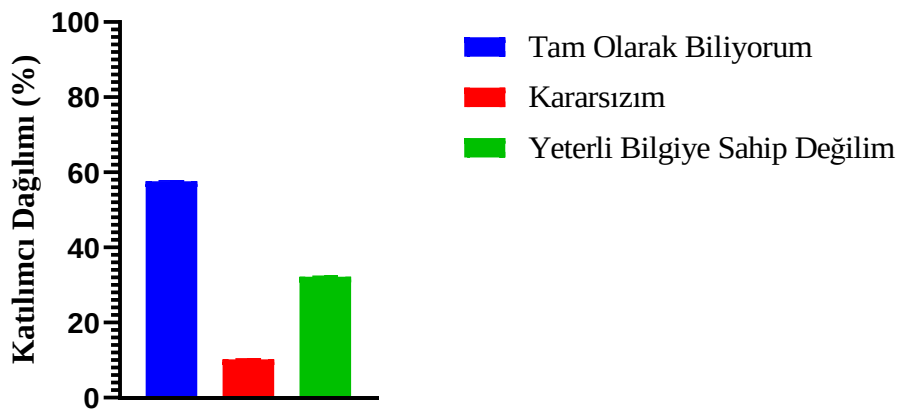
4.6. Mesleki Yıl Değişkenine İlişkin Bulgular



Şekil 4.101 Mesleki yıl değişkeninde (6-10) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi



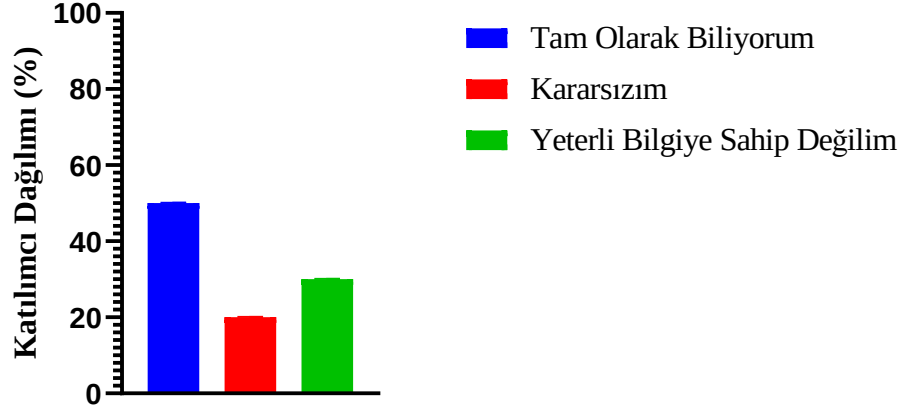
Şekil 4.102 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi



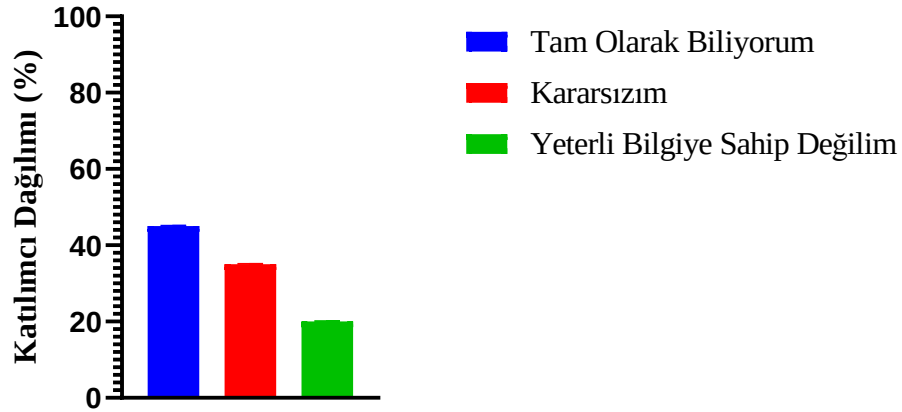
Şekil 4.103 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık turizmi kavramının değerlendirilmesi

“Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna 6-10 mesleki yıl grubunun %40’ı “Tam olarak biliyorum” (n=4), %40’ı “Kararsızım” (n=4),

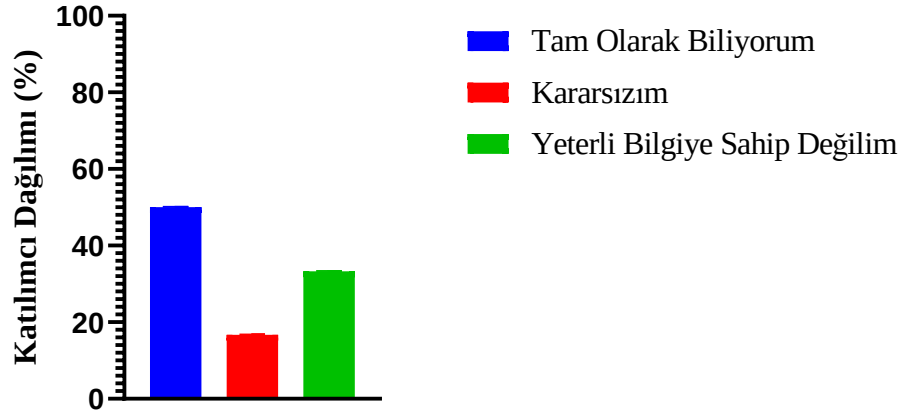
%20'si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=2) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %60'ı “Tam olarak biliyorum” (n=12), %20'si “Kararsızım” (n=4), %20'si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=4) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %57,6'sı “Tam olarak biliyorum” (n=34), %10,2'si “Kararsızım” (n=6), %32,2'si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=19) yanıtını vermiştir. “Tam olarak biliyorum” ve “Yeterli bilgiye sahip değilim” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.104 Mesleki yıl değişkeninde (6-10) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

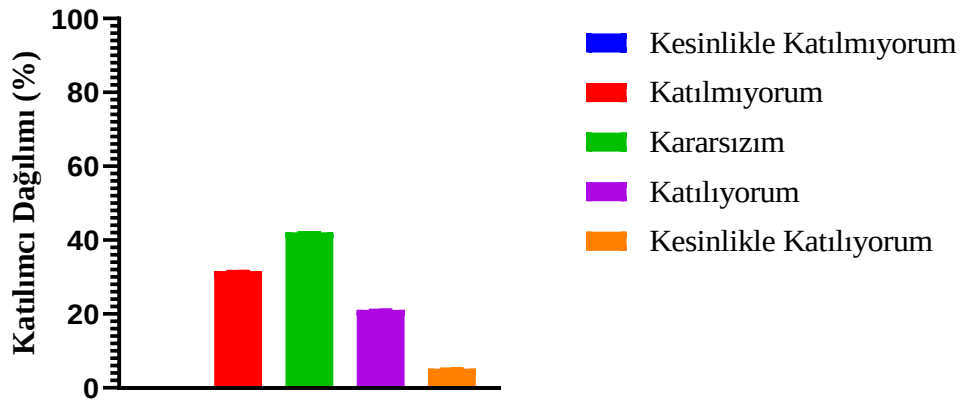


Şekil 4.105 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

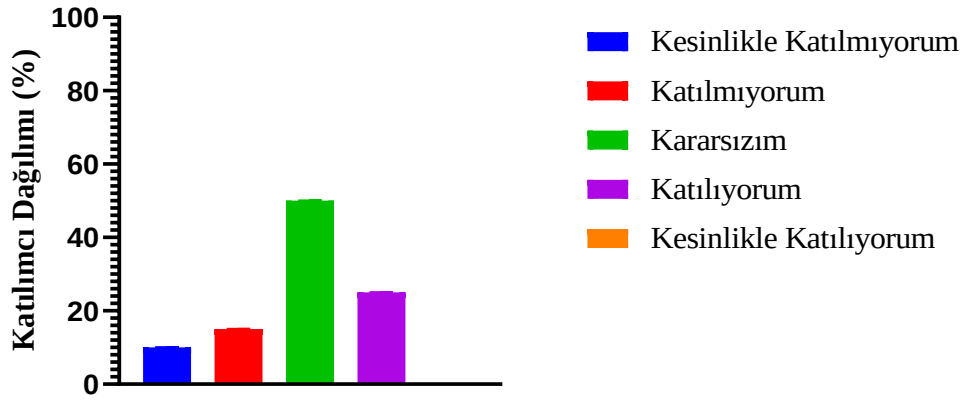


Şekil 4.106 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıp tanımını bilme durumunun değerlendirilmesi

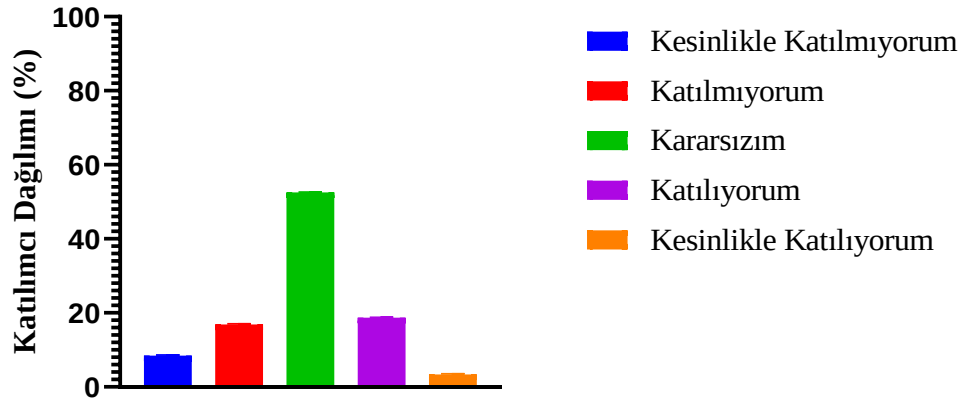
“Tele tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?” sorusuna 6-10 mesleki yıl grubunun %50’si “Tam olarak biliyorum” (n=5), %20’si “Kararsızım” (n=2), %30’u “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=3) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %45’i “Tam olarak biliyorum” (n=9), %35’i “Kararsızım” (n=7), %20’si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=4) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %49,2’si “Tam olarak biliyorum” (n=29), %10,1’i “Kararsızım” (n=6), %40,7’si “Yeterli bilgiye sahip değilim” (n=24) yanıtını vermiştir. “Tam olarak biliyorum” ve “Yeterli bilgiye sahip değilim” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.107 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

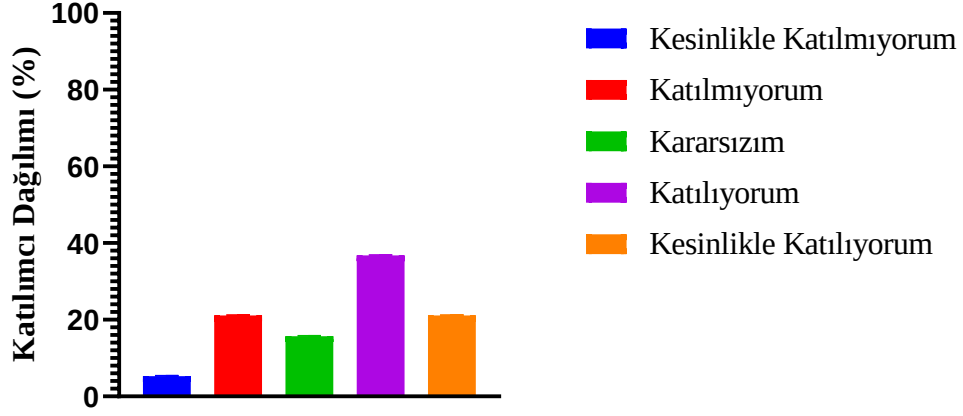


Şekil 4.108 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

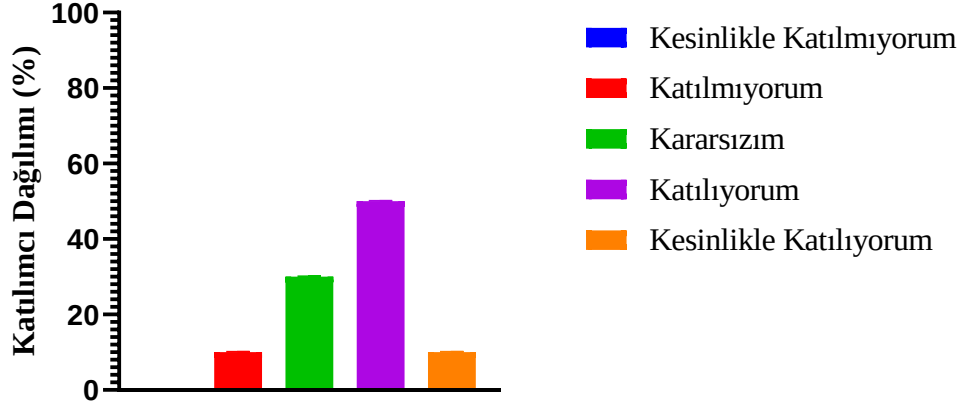


Şekil 4.109 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık turizminin yurtdışında tanıtılması durumunun değerlendirilmesi

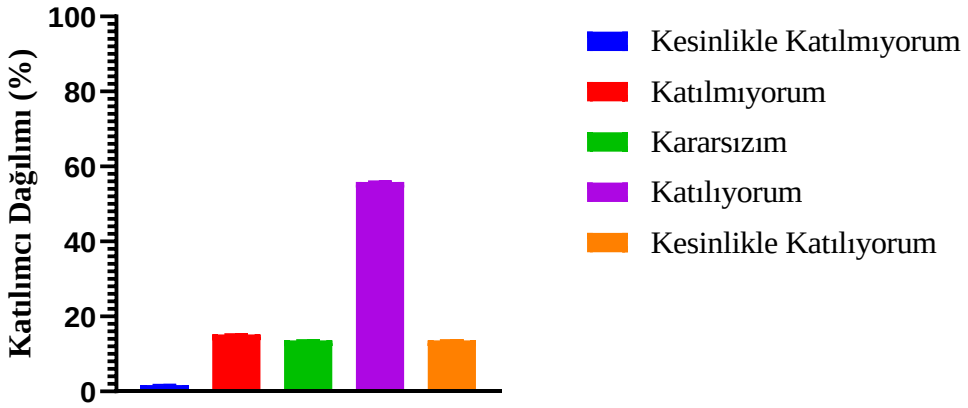
“Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %31,6’sı “Katılmıyorum” (n=6), %42,1’i “Kararsızım” (n=8), %21,1’i “Katılıyorum” (n=4), %5,2’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=1) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %10’u “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %15’i “Katılmıyorum” (n=3), %50’si “Kararsızım” (n=10), %25’i “Katılıyorum” (n=5), %0’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=0) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %8,5’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=5), %16,9’u “Katılmıyorum” (n=10), %52,5’i “Kararsızım” (n=31), %18,7’si “Katılıyorum” (n=11), %3,4’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.110 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi



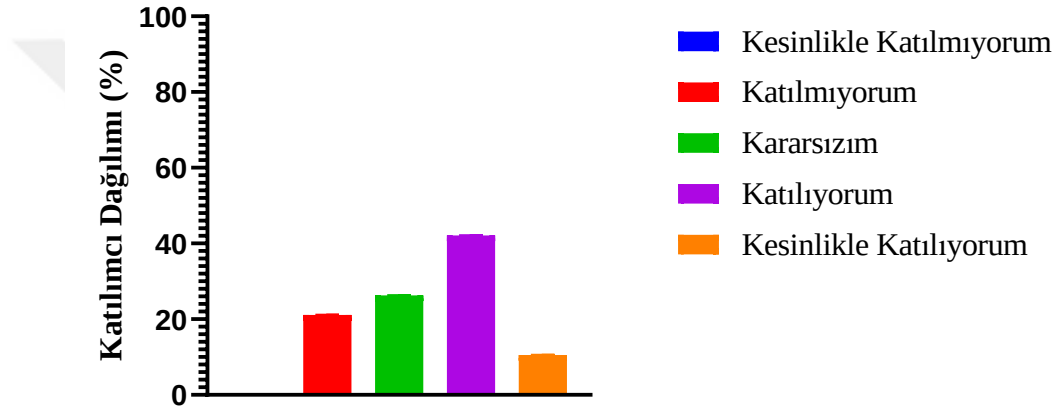
Şekil 4.111 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi



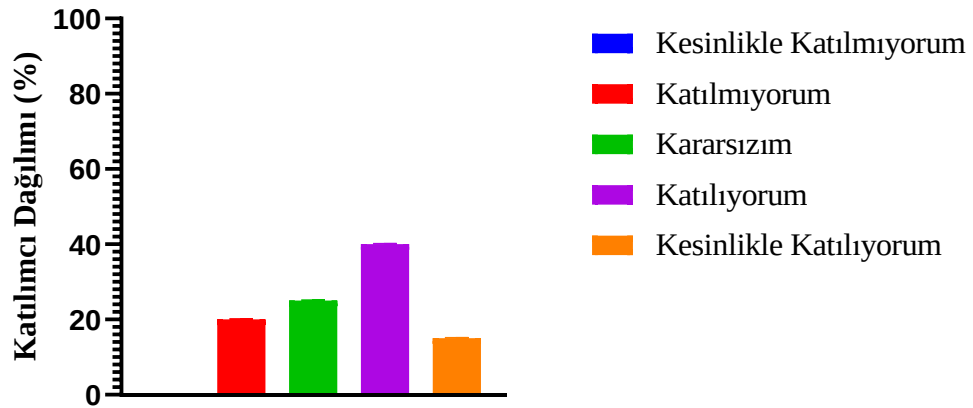
Şekil 4.112 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıp uygulamalarının mesleki açıdan kullanım durumunun değerlendirilmesi

“Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele tıp uygulamalarını kullanabilirim.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %5,3’ü “Kesinlikle katılmıyorum”

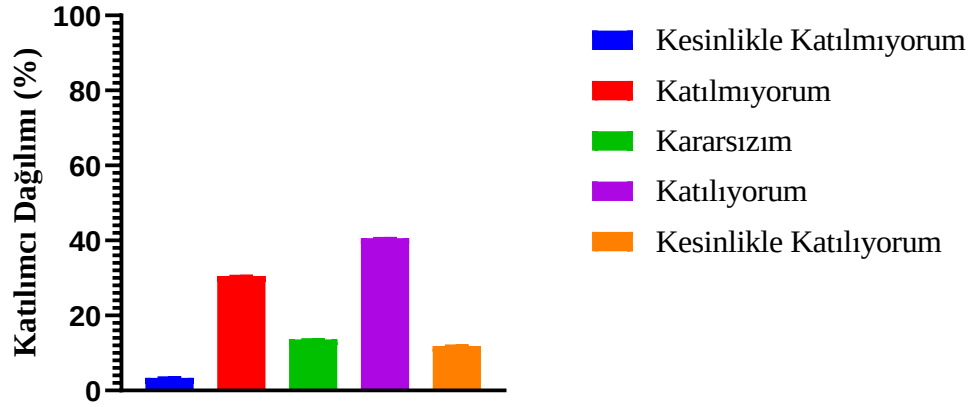
(n=1), %21,1'i "Katılmıyorum" (n=4), %15,7'si "Kararsızım" (n=3), %36,8'i "Katılıyorum" (n=7), %21,1'i "Kesinlikle katılıyorum" (n=4) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0'ı "Kesinlikle katılmıyorum" (n=0), %10'u "Katılmıyorum" (n=2), %30'u "Kararsızım" (n=6), %50'si "Katılıyorum" (n=10), %10'u "Kesinlikle katılıyorum" (n=2) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %1,7'si "Kesinlikle katılmıyorum" (n=1), %15,2'si "Katılmıyorum" (n=9), %13,6'sı "Kararsızım" (n=8), %55,9'u "Katılıyorum" (n=33), %13,6'sı "Kesinlikle katılıyorum" (n=8) yanıtını vermiştir. "Katılmıyorum" ve "Katılıyorum" grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.113 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

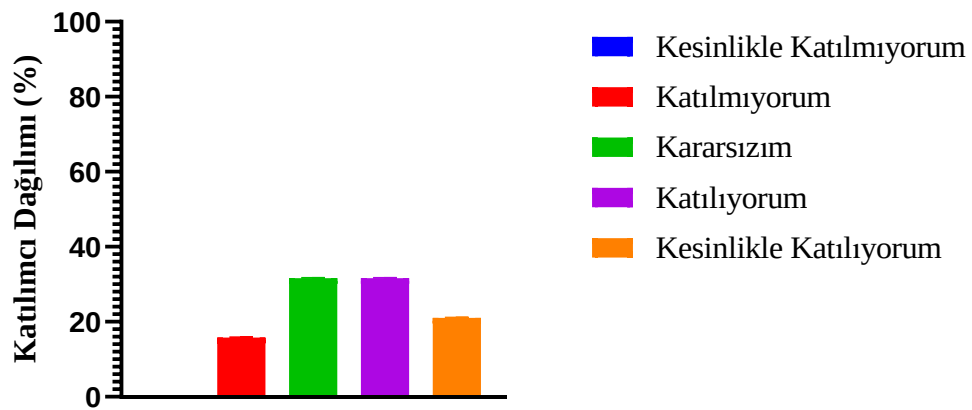


Şekil 4.114 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

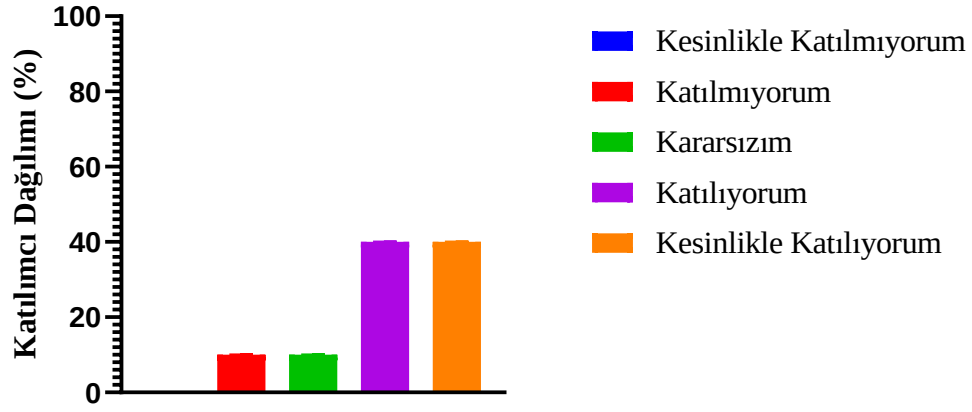


Şekil 4.115 Mesleki yıl değişkeninde (+16) ön muayenenin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

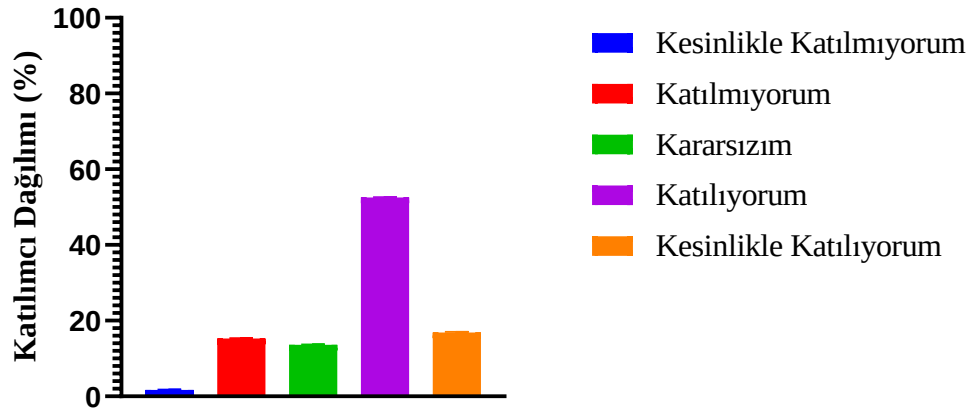
“Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih ederim.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %21,1’i “Katılmıyorum” (n=4), %26,3’ü “Kararsızım” (n=5), %42,1’i “Katılıyorum” (n=8), %10,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=2) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %20’si “Katılmıyorum” (n=4), %25’i “Kararsızım” (n=5), %40’ı “Katılıyorum” (n=8), %15’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=3) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %3,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %30,5’i “Katılmıyorum” (n=18), %13,6’sı “Kararsızım” (n=8), %40,6’sı “Katılıyorum” (n=24), %11,9’u “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.116 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

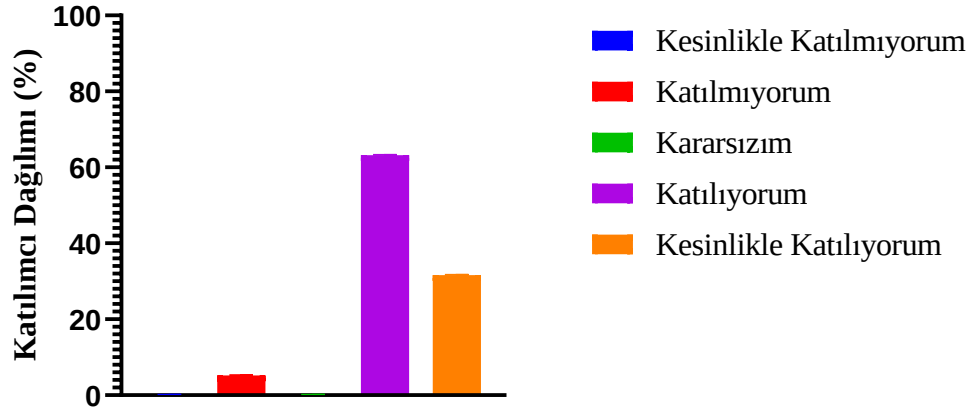


Şekil 4.117 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

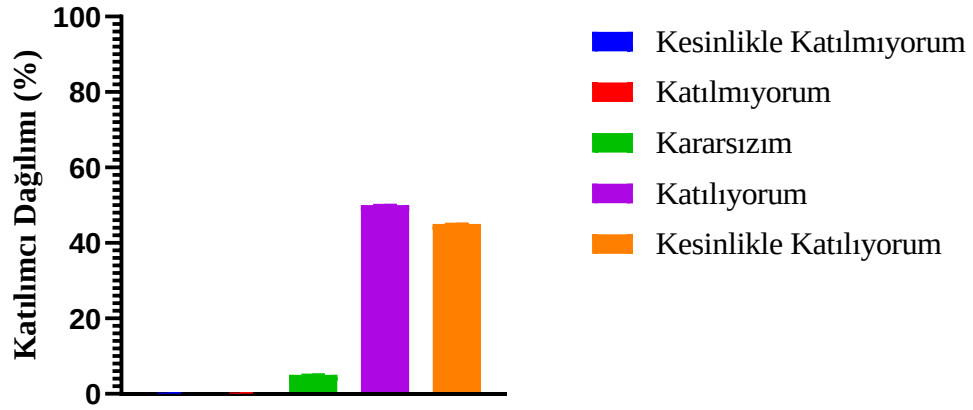


Şekil 4.118 Mesleki yıl değişkeninde (+16) muayene sonrası kontrollerin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasının tercih durumu

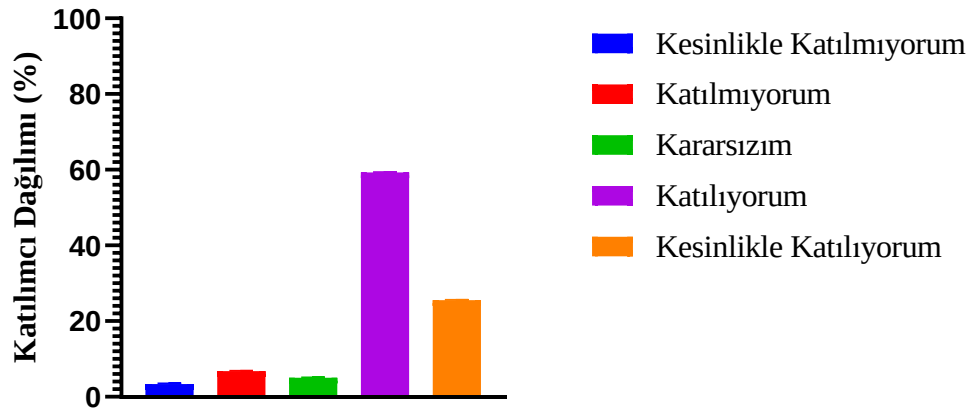
“Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %15,8’i “Katılmıyorum” (n=3), %31,6’sı “Kararsızım” (n=6), %31,6’sı “Katılıyorum” (n=6), %21’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=4) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %10’u “Katılmıyorum” (n=2), %10’u “Kararsızım” (n=2), %40’ı “Katılıyorum” (n=8), %40’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=8) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %1,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %15,3’ü “Katılmıyorum” (n=9), %13,6’sı “Kararsızım” (n=8), %52,5’i “Katılıyorum” (n=31), %16,9’u “Kesinlikle katılıyorum” (n=10) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.119 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu



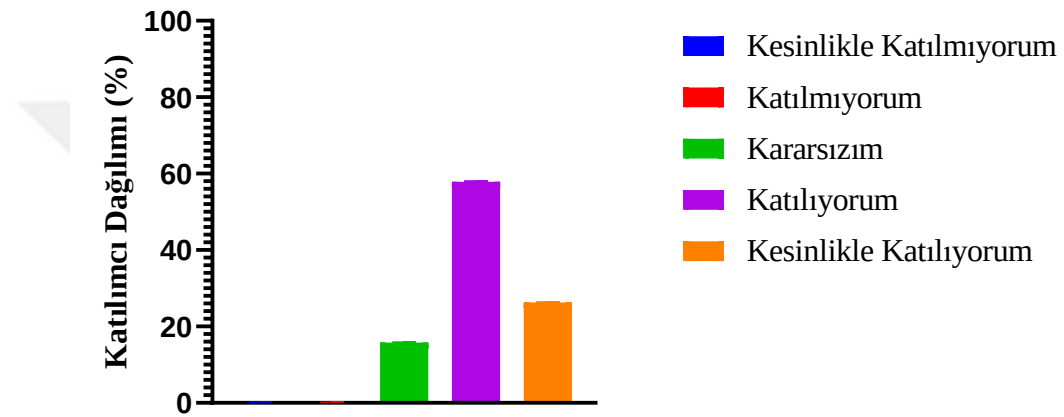
Şekil 4.120 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu



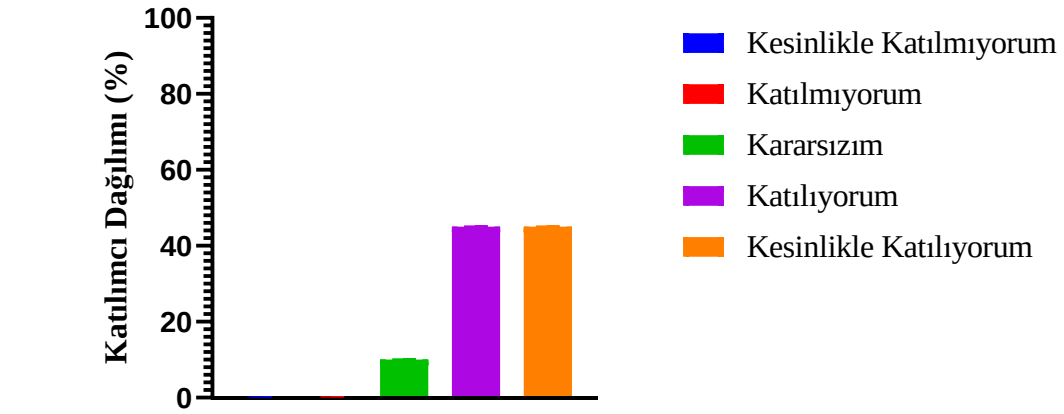
Şekil 4.121 Mesleki yıl değişkeninde (+16) sağlık bilgilerini içeren teknolojik aygıt ve uygulamaların kullanımını tercih durumu

“Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %5,2’si

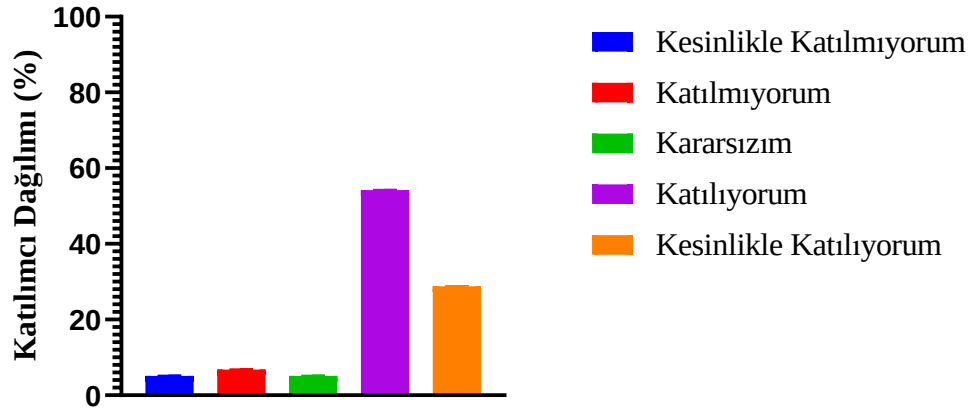
“Katılmıyorum” (n=1), %0’ı “Kararsızım” (n=0), %63,2’si “Katılıyorum” (n=12), %31,6’sı “Kesinlikle katılıyorum” (n=6) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %5’i “Kararsızım” (n=1), %50’si “Katılıyorum” (n=10), %45’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=9) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %3,4’ü “Kesinlikle katılmıyorum” (n=2), %6,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %5’i “Kararsızım” (n=3), %59,3’ü “Katılıyorum” (n=35), %25,5’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=15) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.122 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

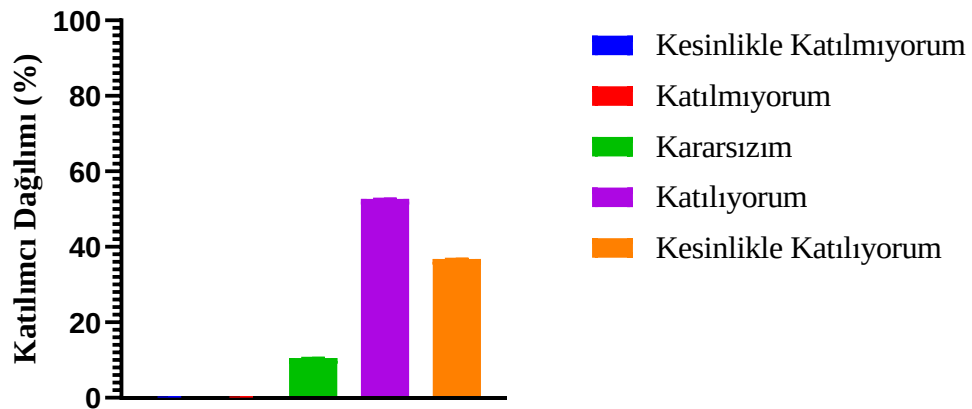


Şekil 4.123 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

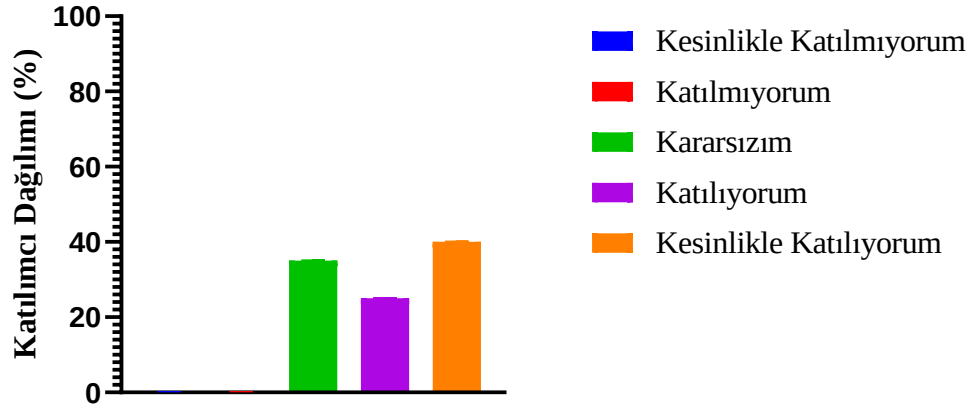


Şekil 4.124 Mesleki yıl değişkeninde (+16) gelecekte sağlık turizmi uygulamalarında tele-tıbbın öneminin değerlendirilmesi

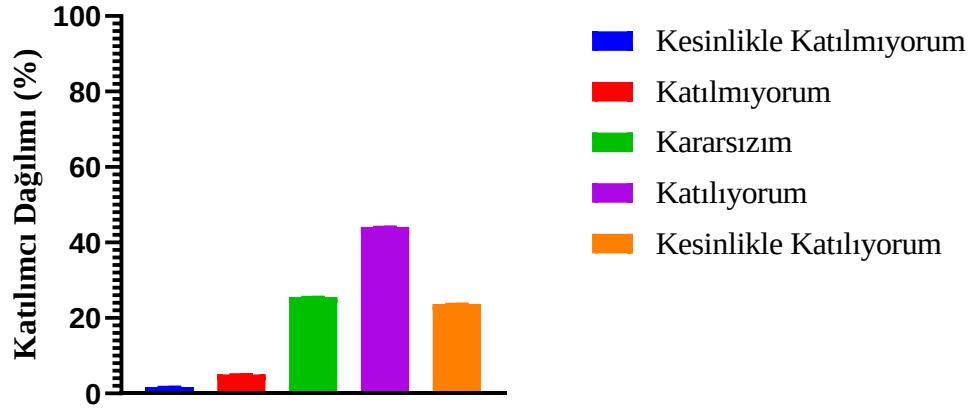
“Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %15,8’i “Kararsızım” (n=3), %57,9’u “Katılıyorum” (n=11), %26,3’ü “Kesinlikle katılıyorum” (n=5) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %10’u “Kararsızım” (n=2), %45’i “Katılıyorum” (n=9), %45’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=9) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %5,1’i “Kesinlikle katılmıyorum” (n=3), %6,8’i “Katılmıyorum” (n=4), %5,1’i “Kararsızım” (n=3), %54,2’si “Katılıyorum” (n=32), %28,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=17) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).



Şekil 4.125 Mesleki yıl değişkeninde (0-5) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



Şekil 4.126 Mesleki yıl değişkeninde (11-15) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi



Şekil 4.127 Mesleki yıl değişkeninde (+16) tele-tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasının sakıncası yönünden değerlendirilmesi

“Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.” ifadesine 0-5 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %10,5’i “Kararsızım” (n=2), %52,7’si “Katılıyorum” (n=10), %36,8’i “Kesinlikle katılıyorum” (n=7) yanıtını vermiştir. 11-15 mesleki yıl grubunun %0’ı “Kesinlikle katılmıyorum” (n=0), %0’ı “Katılmıyorum” (n=0), %35’i “Kararsızım” (n=7), %25’i “Katılıyorum” (n=5), %40’ı “Kesinlikle katılıyorum” (n=8) yanıtını vermiştir. +16 mesleki yıl grubunun %1,7’si “Kesinlikle katılmıyorum” (n=1), %5’i “Katılmıyorum” (n=3), %25,5’i “Kararsızım” (n=15), %44,1’i “Katılıyorum” (n=26), %23,7’si “Kesinlikle katılıyorum” (n=14) yanıtını vermiştir. “Katılmıyorum” ve “Katılıyorum” grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,0001$).

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi ile ilgili farkındalık düzeylerini ve tele tıp uygulamasının sağlık turizmine entegrasyonu hakkındaki görüşlerini yerel olarak Mersin İli Bozyazı ilçe örneğinde belirlemeye çalışmaktadır. Çalışmamız, katılımcıların demografik özellikleri ile birlikte konuya özgün düzenlenmiş sorulara vermiş oldukları yanıtları istatistiksel olarak değerlendirerek gruplar açısından fark olup olmadığını belirlemeyi amaçlamıştır. Tele tıp uygulamasının sağlık turizmine uyarlanması konusunu her yönü ile ele alan literatürde bütüncül bir çalışma bulunmamakla birlikte karşılaştırmalar için benzer içerikli araştırmaların sonuçları refere edilmiştir.

“Tele-tıp, Sağlık Turizmi ve Uzaktan Sağlık Hizmetleri: Mesafeli Sözleşmeler” ve “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik’in Değerlendirilmesi” adlı çalışmalarda tele tıp ve mobil sağlık hizmetleri hakkında hukuki dayanaklar incelenmektedir. Bu çalışmalar, özellikle pandemi döneminde gündeme gelen uzaktan sağlık hizmetlerinin, mesafeli hizmet sözleşmeleri kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Çalışmaların sonuçlarına göre tüketici hukukunu gözeterek uygun idari düzenlemeler gereklidir. Uzaktan sağlık bilgi sistemi, uzaktan sağlık hizmetleri, faaliyet izin belgesi, bilgilendirme, hak ve yükümlülükler, kişisel verilerin korunması, yasak ve yaptırımlar konuları bu kapsamda değerlendirilmektedir (Doğramacı, 2020) (Akgün, 2021). Çalışmamız, Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu mevcut yönerge, yönetmelik ve genelgeler ile de desteklenerek konu bu yönlerden de ele alınmaya çalışılmıştır.

Alajlani ve Clarke’ın çalışmasında Orta Doğu’da yer alan Suriye ve Ürdün’ün tele-tıbbi bakış açıları yer almaktadır. Çalışmada sağlık çalışanları ve hasta görüşleri tele-tıp açısından değerlendirilmiştir. Her iki grup da ön yargı, altyapı, mali sıkıntılar ve eğitim gibi konuları ifade etmiştir. Çalışmadaki veriler, Orta Doğu’da kültürel yargıların kullanımı şekillendirebildiğini göstermiştir. Araştırmamız, tele-tıp farkındalığını artırma yolunda tanıtım faaliyetleri gibi teknik konuların daha ön plana çıkarılması gerektiği kanaati oluşturmuştur. Yerel ve bölgesel sınırlarda gerçekleşen bu çalışmaların genellemeye ihtiyacı vardır (Alajlani, 2013).

Karaca ve ark. tarafından sağlık çalışanlarına yönelik tele sağlık uygulamalarına adaptasyon süreci ele alınmıştır. Araştırma verilerine göre tele sağlık uygulamaları, hasta takibi, iş verimliliği ve dijitalleşme açısından işleri kolaylaştırmaktadır. Maddi

yetersizlik, kişisel donanımsızlık ve teknik sorunlar işleri zorlaştırmaktadır (Karaca, 2022). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları, tele-tıp uygulamalarını mesleğinde kullanabileceğini belirtmiştir. Sağlık çalışanları, tele-tıp uygulamasının sağlık turizminde kullanılmasına yönelik herhangi bir sakınca görmemektedir.

Sağlık çalışanlarının medikal turizme bakış açılarının araştırıldığı “Sağlık turizmi açısından Adana ilinin incelenmesi ve sağlık çalışanlarının medikal turizm faaliyetlerine bakış açısı: Bir hastane örneği” adlı çalışmada hastayla iletişim ve yerli-yabancı hasta ayrımı konusunda demografik özelliklerden cinsiyet faktörünün anlamlı bir fark ortaya koymadığı belirtilirken meslek, eğitim, mesleki yıl, yabancı dil düzeyleri gibi özellikler bakımından anlamlı farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Hasta yakınıyla iletişim kurmada cinsiyet ve yabancı dil konusunda anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır. Genel anlamda değişkenler arası farklılıklar bulunmaktadır (Dökme, 2016). Çalışmamızda cinsiyet, meslek, yaş ve mesleki yıl bakımından anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda araştırmamız yazar ile benzer sonuçlar ortaya koymuştur.

Kızıldağ’ın hekim dışı sağlık çalışanlarının medikal sağlık turizmine bakış açılarını araştırdığı çalışmada katılımcıların verdiği yanıtlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bunlar; yaş, gelir, eğitim ve mesleki süre değişkenlerinden kaynaklanmaktadır. Buna karşın verilen yanıtlar arasında cinsiyet, meslek ve medeni durum bakımından herhangi anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Kızıldağ, 2018). Çalışmamız yaş ve mesleki süre bakımından bu sonuçlara paralel iken cinsiyet ve meslek bakımından bu sonuçlar ile çelişmektedir. Çalışmamızda, cinsiyet bakımından erkek sağlık çalışanlarının kadın sağlık çalışanlarına kıyasla sağlık turizmi konusundaki farkındalığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farkın erkek bireylerin ailenin sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması konusunda daha ön planda yer almaları nedeni ile bu alanda daha çok araştırma yapmak zorunda kalmış olmalarına bağlı olabilir. Meslek bakımından değerlendirildiğinde ise lisansüstü ve lisans mezunu olan sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Altıparmak, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi konusundaki farkındalıklarını değerlendirmiştir. Cinsiyet ve yaş bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak erkek katılımcıların farkındalığının kadın katılımcılardan fazla olduğu belirtilmektedir. Yabancı dil bilme ve çalışma süresi değişkenlerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Yabancı dil bilen ve çalışma süresi az olan katılımcıların farkındalıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Altıparmak, 2020). Çalışmamızda

cinsiyet, yaşı ve çalışma süreleri bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yukarıda belirtildiği üzere hem yazarın hem bizim çalışmamızda erkek sağlık çalışanlarının sağlık turizmi konusundaki farkındalığı kadın sağlık çalışanlarından yüksektir. Bu açıdan çalışmamız yazar ile benzer sonuçlar ortaya konmuştur. Ancak yazar, yaş değişkeni bakımından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koyarken bizim çalışmamız yaş arttıkça sağlık turizmi farkındalığının arttığını ortaya çıkarmıştır. Bu yönüyle ise yazar ile çalışmamız ayrılmaktadır.

Acar ve Turan'ın sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine hazırlanmış olduğu çalışmada, demografik özellik değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır (Acar, 2016). Çalışmamız da bu yönde veriler sunmaktadır.

Beştaş ve Şimşek'in çalışmasında ileri yaş turizminde reklam hizmetlerinin eksikliği ifade edilmektedir. Çalışma sonuçlarına göre bu açığın kapatılmasına yönelik gerekli düzenlemeler gerekmektedir (Beştaş, 2016). Çalışmamıza göre ülkemizdeki sağlık turizmi faaliyetlerinin yurtdışında yeterli tanıtımı olup olmadığı dair katılımcılar kararsızdır. Her iki çalışma da yurtdışında yeter düzeyde tanıtım olmadığını ortaya koymuştur.

“Bilgi Sistemi Olarak E-Nabız Uygulamalarının Sağlık Turizmi Hastaları İçin Geliştirilmesi: Bir Model Önerisi” adlı çalışma, hekimlerin yaş ve çalışma yılı arttıkça sağlık turizmine daha pozitif baktıklarını göstermektedir (Yıldırım, 2021). Çalışmamız, sağlık çalışanlarının sağlık turizmine olan farkındalıklarının meslek yılı arttıkça yükseldiğini göstermektedir. Hekimler özelinde değerlendirildiğinde sağlık turizmi ve tele tıp konusundaki farkındalıklarının yaş ve mesleki yıl değişkenleri ile doğrudan ilişkili olmadığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda, hekimlerin sağlık turizmi konusundaki farkındalıklarının lisansüstü ve lisans mezunu sağlık personellerin farkındalıklarından daha az olduğu tespit edilmiştir.

Tele-tıp ve mobil uygulamalar hakkında hekim görüşlerini içeren çalışmada hizmet yılı değişkeni bakımından verilen yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Bu uygulamaların kullanımı bakımından yaş ve cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Pratisyen hekimler tele-tıbbı yetersiz görürken pratisyen olmayan hekimler gelişime ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Bayatlı, 2021). Çalışmamızda yaş, cinsiyet ve mesleki yıl değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Hekimlerin sağlık turizmi konusundaki farkındalıkları yetersizdir. Ayrıca hekimler, tele-tıbbın sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemekte ve gelecek dönemde de bu alanda tele-tıbbın karşımıza çıkabileceğini belirtmektedirler. Bu açıdan hekimler, tele-

tıbbi kendi branşına göre tercih edebileceğini ve sağlık turizminde de kullanılabileceği ifade etmiştir. Çalışmamız, yazar ile benzer sonuçlar ortaya koymuştur.

Aydın'ın çalışmasında kardiyoloji hastalarının tele-tıp konsültasyonlarında ölüm oranlarına etki etmeyebileceği belirtilmiştir. Şu anki haliyle tele tıp sakıncalıdır ve daha fazla geliştirilmesi gerekmektedir (Aydın, 2021). Çalışmamız yer alan sağlık çalışanları, tele-tıbbın mevcut ve ilerdeki sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca görmemektedir.

Göksu'nun çalışmasına göre sağlık çalışanlarının üçte ikisi tele tıp kavramından haberdar iken üçte biri haberdar değildir. Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe tele tıba olan yaklaşımları daha pozitifdir. Katılımcıların tele-tıp kullanımı yaygın değildir. 41-50 yaş grubu tele tıbbi daha fazla kullanmaktadır. Cinsiyetlerin, memnuniyet ve güven seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Erkekler, kadınlara göre daha memnundur ve tele tıbbi daha güvenli bulmaktadır (Göksu, 2022). Çalışmamız ve genel literatür verileri paraleldir.

Çalışmamızda gönüllü olarak yer alan sağlık çalışanlarının, sağlık turizmi hakkındaki farkındalıkları ve tele-tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu konusunda anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hipotez 1 kabul edilmiştir. Katılımcıların yanıtları, yabancı uyruklu hastalara yönelik alınan eğitimler konusunda sağlık çalışanlarının yeterli olmadıklarını göstermektedir. Bu konuda en fazla alınan eğitimler, hastaya sunulacak sağlık hizmetleri ve hasta haklarıdır. Yurtdışından gelecek olan hastalara verilebilecek öncelikli medikal hizmetin yatarak tedavi uygulanan sağlık hizmetleri olduğu belirtilmiştir. Araştırmada yer alan sağlık çalışanları, "sağlık turizmi" kavramını "tele-tıp" kavramından daha fazla bilmektedir. Katılımcılar, ülkemizdeki yer alan sağlık turizmi faaliyetlerinin yurtdışında yeterince tanıtılıp tanıtılmadığı konusunda kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, uzaktan muayene sonrası kontrolleri, uzaktan ön muayene hizmetine göre daha uygun bulmuştur. Sağlık çalışanları ağırlıklı olarak tele tıp uygulamalarını kendi mesleklerinde kullanabileceklerini ve hastalara yönelik çeşitli hizmetlerin elektronik uygulamalar ile uzaktan verilebileceğini düşünmektedir. Bu hizmetlerin sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedirler ve gelecekteki sağlık turizmi faaliyetlerinde tele-tıp uygulamalarının önemli bir yeri olacağını ifade etmektedirler.

Cinsiyet değişkenine göre, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi hakkındaki farkındalıkları ve tele tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu konusunda anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hipotez 2

kabul edilmiştir. Erkek katılımcıların “sağlık turizmi” ve “tele tıp” kavramlarını kadın katılımcılardan daha fazla bildiği tespit edilmiştir. Erkek katılımcılar çeşitli tele uygulama, elektronik ortam ve teknolojik aygıtın kullanılmasını kadın katılımcılara göre daha uygun bulmuş veya kullandığını ifade etmiştir. Erkek katılımcılar ön muayenelerinin uzaktan yapılmasını kadın katılımcılara göre daha fazla tercih etmektedir. Kadın katılımcılar muayene sonrası kontrollerinin uzaktan yapılmasını erkek katılımcılara göre daha fazla tercih etmektedir. Cinsiyet grupları tele-tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedir ve erkeklerin sağlık turizmi farkındalığı kadınlardan fazladır.

Meslek değişkenine göre, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi hakkındaki farkındalıkları ve tele tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu konusunda anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hipotez 3 kabul edilmiştir. Çalışmaya göre lisans mezunu sağlık personelleri, yabancı hastalara yönelik sunulan hizmetler konusunda hekimlerden daha fazla eğitim almıştır. Lisans mezunu sağlık personelleri, “sağlık turizmi” ve “tele-tıp” kavramlarını hekimlerden daha fazla bilmektedir. Hekimler, pandemi döneminde çeşitli elektronik uygulama ve tele tıp kullanımını lisans mezunu sağlık personellerinden daha uygun bulmuştur. Lisans mezunu sağlık personelleri hekimlerden daha fazla tele-tıp uygulamalarını kendi mesleklerinde kullanabileceklerini ifade etmiştir. Hekimler, ülkemizde sunulan sağlık turizmi faaliyetlerinin yurtdışında tanıtımı konusunda lisans mezunu sağlık personellerinden daha kararsızdırlar. Lisans mezunu sağlık personelleri hekimlerden daha fazla bu faaliyetlerin tanıtımı konusunda yeterli olduğunu ifade etmiştir. Tüm meslek grupları tele-tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedir ve lisans mezunu sağlık personellerinin sağlık turizmi farkındalığı hekimlerden daha fazladır.

Yaş değişkenine göre, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi hakkındaki farkındalıkları ve tele-tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu açısından yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hipotez 4 kabul edilmiştir. +50 yaş grubu sağlık personellerinin yabancı hastalara yönelik hizmet verilebilmesine yönelik aldığı eğitimler daha fazladır. 40-49 yaş grubu sağlık personelleri, sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiği konusunda daha çok bilgi sahibidir ve en az kararsız olan yaş grubudur. 20-29 yaş grubu tele tıp kavramını en az bilen gruptur. +50 yaş grubu yurtdışı sağlık turizm faaliyetlerinin tanıtımını daha yeterli bulmuştur. 30-39 yaş grubu tele uygulama ve uzaktan sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusuna daha olumlu

yaklaşmıştır. +50 yaş grubu ön muayene hizmetleri ve muayene sonrası hizmetlerin uzaktan verilmesi konusuna daha katılımcı yaklaşmıştır. Ancak teknolojik aygıt ve uygulamaları en az kullanan yaş grubudur. Tüm yaş grupları tele-tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedir ve yaş arttıkça sağlık turizmi farkındalığı artmaktadır.

Mesleki yıl değişkenine göre, sağlık çalışanlarının sağlık turizmi hakkındaki farkındalıkları ve tele-tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu konusunda yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hipotez 5 kabul edilmiştir. Sağlık çalışanlarının mesleki yılı arttıkça yabancı hastalara hizmet verilebilmesine yönelik daha fazla oranda eğitim almıştır. Mesleki yıl arttıkça sağlık turizmi kavramını bilme oranları artmıştır. 0-5 yıl mesleki deneyime sahip grup tele-tıbbı en az bilen mesleki yıl grubudur. 6-10 yıl mesleki tecrübesi olan grup ülkemizdeki sağlık turizmi faaliyetlerinin yurtdışında tanıtımı konusunda en kararsız gruptur. Mesleki yıl arttıkça çalışanların “tele-tıp uygulamalarını mesleğimde kullanabilirim” yargısı artmaktadır. Mesleki yılı 10 yıldan fazla olan sağlık çalışanları muayene sonrası kontrollerinin uzaktan yapılmasına daha ılımlı yaklaşmıştır. Mesleki yılı 16 yıldan az olan katılımcıların teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanma oranı daha fazladır. Tüm mesleki yıl grupları tele-tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görmemektedir ve mesleki yıl arttıkça sağlık turizmi farkındalığı artmaktadır.

Araştırmamızın ortaya koyduğu sonuçlardan yola çıkılarak sağlık turizmine tele tıp uygulamalarının entegrasyonu aşamalarında şu önerilerde bulunulabilir;

- Tele-tıp uygulamalarının efektif kullanımını sağlamak için ülkemizdeki sağlık tesislerinde gerekli teknolojik alt yapı homojen bir şekilde hazırlanmalıdır.
- Tele-tıp uygulamalarının sağlık turizmine entegrasyonu için gerekli bütçe ve kaynak ayrılmalıdır.
- Tele-tıp uygulamalarındaki kişisel verilerin ulusal ve uluslararası kullanımı, aktarımı ve dağıtımındaki soru işaretleri hukuki güvenceye kavuşturulmalıdır.
- Tele-tıbbın geliştirilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması adına gerekli çalışma, eğitim, seminer ve kongreler düzenlenmelidir.
- Sağlık çalışanlarından tecrübesi az ve genç olanlara farkındalığı artırma adına uzaktan eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde öncelik; yaş, cinsiyet, mesleki tecrübe gibi başlıkların sonuçlarını içeren, konuyla ilişkili araştırma verileri değerlendirilerek planlanmalıdır.

- Ülkemizde sunulan sağlık turizmi faaliyetlerinin yurtdışı tanıtımı arttırılmalıdır.
- Yabancı hastalara hizmet verilebilmesine yönelik olarak verilen eğitimlerin ağırlığı arttırılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına başlangıç seviye yabancı dil eğitimi verilmelidir.
- Sağlık turizmi terminolojisi hazırlanmalı ve farkındalık arttırılmalıdır.
- Sağlık sistemlerinde tele tıbbın uygulama alanları arttırılmalı ve iş yükü azaltılmalıdır.
- Uzaktan ön muayene hizmetleri teşvik edilmelidir.

Sağlık turizmi ve özellikle tele-tıp konularında artırılmış eğitim faaliyeti ve teknolojik alt yapının desteklenmesi, ileride sağlık hizmetinin daha çok bireye ulaştırılması ve hizmet maliyetlerinin dūřürölmesi ve iş yükünün azaltılması açılarından umut vadetmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Acar, N., & Turan, A. (2016). Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 17-36.
- Akgün, Z. (2021). Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik'in değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(4), 194-198.
- Al-Shamsi, H. O., Abu-Gheida, I., Rana, S. K., Nijhawan, N., Abdulsamad, A. S., Alrawi, S., Abuhaleeqa, M., Almansoori, T. M., Alkasab, T., Aleassa, E. M., & McManus, M. C. (2020). Challenges for cancer patients returning home during SARS-COV-19 pandemic after medikal torism - a consensus report by the emirates oncology task force. *BMC Cancer*, 20(1), 1-10.
- Alajlani, M., & Clarke, M. (2013). Effect of culture on acceptance of telemedicine in middle eastern countries: case study of Jordon and Syria. *Telemedicine and e-Healty*, 19(4), 305-311.
- Alp, E. C. (2021). *Türkiye'de sağlık hizmetleri ve memnuniyet: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi örneği*. (Yüksek lisans tezi). Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 18(64), 33-58.
- Altıparmak, E. (2020). *Sağlık turizminin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerinin analizi: Kahramanmaraş ilinde bulunan hastaneler üzerinde bir araştırma*. (Yüksek lisans tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Arif, M. (2021). *Aile hekimliği kliniği kırsal bölgede gebe izlemlerinde ultrasonografinin kullanılabilirliği bir aile hekimliği araştırması*. (Tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa.
- Ateş, H., & Kırılmaz, H. (2021). An evaluation of the performance of the Turkish healthy system in the Covid-19 pandemic. *Düzce Tıp Dergisi*, 23(özel), 30-37.
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık kurumları, sağlık kurumlarında marka ve Elazığ ili sağlık sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
- Atsız, O. (2021). Virtual reality technology and physical distancing: A review on limiting human interaction in tourism *Journal of Multidisciplinary Academic Tourism*, 6(1), 27-35.
- Avcı, K. (2018). Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ve Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 1-5.
- Aydın, G., & Aydın, B. K. (2015). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırma Dergisi*, 8(16), 1-22.
- Aydın, T. (2021). *Kırsal bölgede yaşayan ve aile hekimine göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran hastaların teletıp yöntemi ile yönetimi*. (Tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa.
- Aydın, Ü., & Demirel, G. (2011). Sağlık turizmi işletmelerinden yararlanan müşterilerin beklentilerinin belirlenmesine yönelik Bolu ilinde bir araştırma. *Ejovac (Electronic Journal of Vocational Collages)*, 1(1), 106-115.

- Aytekin, A., & Aytekin, S. (2010). Türkiye'de sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamalarının finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 1(2), 163-184.
- Bağcı, E., Cansu, U., & Bostan, A. (2020). Covid-19 ve sağlık turizmi. *Journal of Awareness*, 5(3), 331-348.
- Bashshur, R. L. (1995). On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1(1), 19-30.
- Bayatlı, E. N. (2021). *Tele-tıp ve mobil sağlık uygulamaları konusunda hekim görüşlerinin belirlenmesi: Bir özel hastane örneği*. (Yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bayhan, Ö. (2001). *Teletıp sistemleri ve uzaktan hasta takip sistemi tasarımı*. (Yüksek lisans tezi). Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Mühendislik ve Fen Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Bayrak, Ö. A., & Dalkıran, G. B. (2020). Sağlık turizminde aracı kurumların web sitelerine yönelik bir değerlendirme: Türkiye Örneği. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020(özel sayı), 171-180.
- Beştaş, G., & Şimşek, F. (2016). İleri yaş sağlık turizminde mobil sağlık hizmetlerinin önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 179-185.
- Beyaztaş, L. (2021). *Boyun ağrılı hastalarda dijital temelli egzersizlerin etkinliğinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bücük, U. S. (2021). *Preoperatif anestezi değerlendirmesinde hastaların anestezi hakkındaki bilgi kaynağı olarak internet kullanımının değerlendirilmesi*. (Tıpta uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne.
- Çavmak, Ş. (2020). Değer odaklı sağlık hizmetlerinin sunumu: Türkiye sağlık sistemi için öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(3), 285-301.
- Çavuşoğlu, A. U. (2018). Sağlık turizmi aracı kuruluşu hizmet standartları hakkında düşünce ve öneriler. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 1-5.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çınar, F., & Özkaya, B. (2020). Koronavirüs (Covid-19) pandemisinin medikal turizm faaliyetlerine etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 35-50.
- Çınaroğlu, S. (2016). Sağlıkta etkinlik ve sonuç göstergeleri arasındaki ilişkiler : Bir Path modeli uygulaması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4), 397-411.
- De Biase, S., Cook, L., Skelton, D. A., Witham, M., & Ten Hove, R. (2020). The covid-19 rehabilitation pandemic. *Age Ageing*, 49(5), 696-700.
- Deniz, M. (2016). *Türkiye sağlık turizmi ve seçilmiş ülkelerle karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Dilbaz, B., Kaplanoğlu, M., & Kaya, D. (2020). Teletıp ve tele sağlık: geçmiş, bugün ve gelecek. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 4(1), 40-56.
- Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: mesafeli sözleşmeler. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 657-710.
- Doğru, B. (2022). *Bireylerin helal medikal sağlık turizmi tercihlerini etkileyen faktörler*. (Yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Dökme, S. (2016). *Sağlık turizmi açısından Adana ilinin incelenmesi ve sağlık çalışanlarının medikal turizm faaliyetlerine bakış açısı: Bir hastane örneği*. (Yüksek lisans tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Elbistan, M. (2002). *Teletıp yazılım uygulaması: Elektronik reçete*. (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Erbayraktar, A. (2021). *Olası tele-sağlık senaryolarının İzmir'deki aile hekimleri asistanları tarafından değerlendirilmesi*. (Tıpta uzmanlık tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Garreault, C. (2019). Health service programme prevention by students. *Soins*, 64(832), 39-40.
- Göksu, B. (2022). *Tele-tıp uygulamalarının sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmetinden faydalanan katılımcılar perspektifinden değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Grigsby, J., & Sanders, J. H. (1998). Telemedicine: where it is and where it's going. *Annals of internal medicine*, 129(2), 123-127.
- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye'de ve Dünya'da sağlık turizmi ve çeşitleri: Sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gürgen, G. (2021). *Toplumumuzun teletıp uygulamalarına yaklaşım ve genel tutumları*. (Tıpta uzmanlık tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Gürleyen, B., & Çınar, F. (2021). Türkiye'nin medikal turizm SWOT analizi: Covid-19 örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 51-60.
- Hjelm, N. M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(2), 60-70.
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679-1681.
- Hoşman, İ. (2018). *Sağlık sektöründe tele-tıp uygulamalarına ilişkin boyutlar: Sağlık hizmetinden yararlanan katılımcıların görüşlerine ilişkin bir araştırma*. (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Işık, A., & Güler, İ. (2010). Teletıpta mobil uygulama çalışması ve mobil iletişim teknolojilerinin analizi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1), 1-10.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- İstek, S. U. (2016). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma (2000-2015)*. (Yüksek lisans tezi). Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muş.
- Karaca, A., Örsal, Ö., & Duru, P. (2022). Sağlık personellerinin tele-sağlık uygulamalarını benimsemesinde kolaylaştırıcılar ve engeller. *Journal of Nursology*, 25(3), 168-176.
- Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bull World Health Organ*, 89(7), 540-541. doi:10.2471/blt.11.088815.
- Kızıldağ, G. Ç. (2018). *Hekim dışı sağlık personeli ve sağlık yöneticilerinin medikal sağlık turizmi konusunda farkındalıklarının değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Korkmaz, S., & Hoşman, İ. . (2018). Sağlık sektöründe tele-tıp uygulamaları: tele-tıp uygulama boyutlarını içeren bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 251-263.
- Mesci, G., & Sağlık, E. (2020). Sağlık turizminde dijital iletişim: JCI akreditasyon belgesini almış hastaneler üzerine bir araştırma. *Journal of Hospitality and Tourism Issues*, 2(1), 74-90.
- Mohamadian, M., Chiti, H., Shoghli, A., Biglari, S., Parsamanesh, N., & Esmaeilzadeh, A. (2021). Covid-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis. *The journal of gene medicine*, 23(2), e3303.
- Özbay, F. (2019). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında il sağlık müdürlükleri: Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü örneği*. (Yüksek lisans tezi). Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Özkartal, A. (2022). *Ankara'nın jeotermal olarak zengin olan Ayaş ilçesinde çalışan sağlık personelinin sağlık turizmi hakkındaki bakış açılarının ve farkındalıklarının değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Paksoy, V. M. (2017). Sağlık ekonomisi perspektifinden tele tıp uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 9-16.
- Piret, J., & Boivin, G. (2021). Pandemics throughout history. *Front Microbiol*, 11(), 1-16.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Saruhan, Z. (2019). *Alanya'da turistik ürün oluşturmada yerel halkın faaliyetleri ve turistlerin yöresel ürünlere yönelik tutumları*. (Yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Sarwer, A., Javed, B., Soto, E. B., & Mashwani, Z. (2020). Impact of the Covid-19 pandemic on maternal health services in Pakistan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(6), 1306-1310.
- Şimşek, F. (2016). *Sağlık turizmi kapsamında yaşlı turizmi ve mobil sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliği ve önemi üzerine bir araştırma*. (Yüksek lisans tezi). Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, Ş. M. (2021). *Covid-19 pandemisi sürecinde astım takibinde teletıp hizmetlerinin etkinliği*. (Tıpta uzmanlık tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Manisa.
- Tarakçı, İ. E., Uysal, B., & Ulusinan, E. (2021). The investigation of the consumers tourism preferences in the covid-19 pandemic. *International Journal of Health Management and Tourism*, 6(1), 443-458.
- TCSağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2021). Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-84076/uluslararasi-saglik-turizmi-ve-turistin-sagli-gi-hakkinda-yonetmelik.html>.
- Tekin, H. C. (2020). Kronik hastaların uzaktan izlemine yönelik tele tıp platformu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*, 22(64), 37-46.
- Thrall, J. H., & Boland, G. (1998). Telemedicine in practice. *In Seminars in Nuclear Medicine*, 28(2), 145-157.
- Tontus, H. Ö. (2019). Diaspora medical tourism. *Destination Health Magazine*, 52-57.

Topkaya, Ö. (2016). Sosyal politika bağlamında Dünya'da sağlık politikalarının tarihsel gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 707-722.

Tütüncü, Ö., Kiremitçi, İ., & Çalışkan, U. (2011). Sağlık turizmi, güvenlik ve kalite. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 91-93.

Uğurlu, H., & Arslan, H. (2020). ABD sağlık sistemi ve Türkiye sağlık sistemi ile karşılaştırılması. *Ahi Evran Akademik*, 1(2), 15-31.

Wynn, R. (2020). E-health in Norway before and during the initial phase of the Covid-19 pandemic. *The Importance of Health Informatics in Public Health during a Pandemic*, 272(), 9-12.

Yıldırım, B. F. (2021). *Bilgi sistemi olarak e-nabız uygulamalarının sağlık turizmi hastaları için geliştirilmesi: bir model önerisi*. (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



7. EKLER

EK 1: ALKÜ Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı : 31.05.2022 - 70023

T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Alanı Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
02	12	25.05.2022

Karar Numarası: 2022/07

Dr. Öğr. Üyesi Sema AVCI'nın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacılar – Üniversitemiz Sağlık Turizmi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Şamil ÇABUK) "**Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi: Bozyazı İlçesi Örneği**" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait başvurusunun görüşülmesi istemi.

Dr. Öğr. Üyesi Sema AVCI'nın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacılar – Üniversitemiz Sağlık Turizmi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Şamil ÇABUK) "**Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi: Bozyazı İlçesi Örneği**" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait etik kurul başvurusunun fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurucaya ait olmak üzere araştırma süresince uygulanmasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verildi. **25.05.2022**

EK 2: Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-66442466-604.01.01
Konu : Şamil ÇABUK (Anket Çalışması
İzni Hk.)

MERSİN BOZYAZI DEVLET HASTANESİNE

İlgi : 16/06/2022 tarihli ve 40438686-044-E-40438686-044-518 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden hastanenizde diyetisyen olarak görev yapan aynı zamanda Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Turizmi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi olan Şamil ÇABUK "**Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi İle İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi;Bozyazı İlçesi Örneği**" konulu tez çalışması yapmak istediğine dair evrakları tarafımızca incelenmiş ve söz konusu çalışmada kullanılacak olan verilerin "Bilimsel Araştırma İzin Taahhütnamesinde de belirtilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) nun 28. Maddesinin (b) bendine göre işleneceği ve kişileri net belirleyen isim gibi bilgilerin kullanılmayacağı göz önünde bulundurularak", araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize rica ederim.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı:	Şamil ÇABUK
Kurumu	Bozyazı Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İller	Mersin
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Bozyazı Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi; Bozyazı İlçesi Örneği
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / () Yok Araştırma Sağlık Tesisleri İzin Formu (x) Var / () Yok Araştırma İzin Taahhütnamesi (x) Var / () Yok Kurum-Kişi Talebi (x) Var / () Yok Etik Kurul Kararı (x) Var / () Yok
KOMİSYON KARARI	
Mersin Valilik Makamının 22.10.2020 tarih ve 66442466-604.01.02-E.5738 sayılı Onayı ile görevlendirilen Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme ve Değerlendirme Komisyon üyeleri İl Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden araştırma çalışmasını değerlendirmek üzere 28.07.2022 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır. Değerlendirme sonucunda, Değerlendirme sonucunda; başvurusu yapılan araştırma çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesisinde yapılmasına karar verilmiştir.	
KARAR TARİHİ : 28.07.2022	
KARAR NO :55	

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Açıklamalar:

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizin yaklaşık 20 dakikanızı alacak bir anketi cevaplamanız istenecektir. Elde edilecek tüm veriler anonim olup, tamamen gizli kalacaktır. Toplanan verilerin sonuçları yorumlanarak istatistiksel analizler sonrası bilimsel bir sorunun cevabının aydınlatılması amacı ile bir tez çalışmasında “Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi: Bozyazı İlçesi Örneği” kullanılacaktır. Verileriniz güvenli bir ortamda saklanacak ve sadece araştırmacı erişime açık olacaktır. Bu çalışmaya katılım gönüllüdür. Bu çalışmaya katılmak veya katılmamak, Bozyazı Devlet Hastanesi ile mevcut veya gelecekteki ilişkilerinizi etkilemez. Eğer katılmaya karar verirsiniz, istediğiniz zaman ayrılma hakkına sahip olup tüm verilerinizin tahrir edilmesini isteyebilirsiniz.

İletişim ve Sorular için lütfen Dyt. Şamil ÇABUK ile irtibata geçiniz.

Rıza Beyanı:

Yukarıdaki bilgileri okudum ve aydınlatıldım.

☐

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

☐

İmza:

Tarih:

Araştırmacı İmzası:

Tarih:

ANKET SORU FORMU

Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve
Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından
Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi: Bozyazı İlçesi Örneği

Aşağıdaki soruları inceleyerek uygun seçeneği işaretleyiniz.

1.Cinsiyetiniz?

() Erkek () Kadın

2. Mesleğiniz?

() Hekim (uzman-pratisyen-diş) () Sağlık personeli (lise mezunu)
() Sağlık personeli (önlisans mezunu) () Sağlık personeli (lisans mezunu)
() Sağlık personeli (lisansüstü mezunu) () Diğer sağlık personeli (dolaylı)

3. Yaşınız?

() 20-29 () 30-39
() 40-49 () 50 ve üstü

4. Meslekte kaçınıcı yılınız?

() 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 ve üstü yıl

5. Yabancı uyruklu bir hastaya hizmet verilebilmesine yönelik olarak aşağıda yer alan konulardan hangilerine ait eğitimleri aldınız?

() Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri () Hasta hakları
() Hastanın yakınına sunulacak hizmetler () Yabancı dil eğitimi
() Hiçbiri () Diğer.....

6. Sağlık turizmi kapsamında yurtdışından gelecek hastalara verilebilecek medikal hizmetlerden hangileri size göre öncelikli olarak planlanması gereken hizmetlerdendir?

- ☐ Hastaya sunulacak yatarak tedavi uygulanan sağlık hizmetleri
- ☐ Termal turizm ve benzerlerine yönelik sağlık hizmetleri
- ☐ Beslenme ve sağlıklı yaşama yönelik hizmetler
- ☐ Rehabilitasyon Hizmetleri
- ☐ Medikal Estetik ve bununla ilintili hizmetler
- ☐ Diğer.....

7. Telefon/görüntülü görüşme gibi internet uygulamalarına ait elektronik alt yapılar aşağıda sıralanan hangi işlemler için sağlık hizmeti sunumuna entegre edilebilir?

- ☐ Hastanın pandemi gibi özel koşullar yada ulaşım koşullarının uygun olmaması durumunda hastaneye gelme zorunluluğunun bulunup bulunmadığını tespit edebilmek için ön muayene hizmetlerinde
- ☐ Tele konsültasyon gibi uzman görüşüne başvurulması gerektiği durumlarda
- ☐ Beslenme ve sağlıklı yaşama yönelik hizmetlerin sunumu sırasında
- ☐ Rehabilitasyon Hizmetlerinin sunumu sırasında
- ☐ Diğer.....

8. Sağlık turizmi kavramının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?

- ☐ Tam olarak biliyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yeterli bilgiye sahip değilim

9. Tele-tıp tanımının ne anlama geldiğini biliyor musunuz?

- ☐ Tam olarak biliyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Yeterli bilgiye sahip değilim

10. Pandemi nedeni ile hastaya yönelik danışmanlık hizmetleri çeşitli elektronik uygulamalar kullanılarak uzaktan verilebilir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

11. Hasta randevularının oluşturulması, hastaya ait röntgen, laboratuvar sonuçları vb. görüntülemelerin sağlanması hizmetleri sağlık turizmi alanında kullanılabilir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

12. Sağlık turizmi kapsamında ülkemizde sunulan hizmetler yurtdışında yeterince tanıtılıyor.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

13. Pandemi koşullarında Tele-tıp uygulamalarının kullanımı faydalı olabilir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

14. Mesleğim açısından değerlendirildiğinde Tele-tıp uygulamalarını kullanabilirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

15. Ön muayenemin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

16. Muayene sonrası kontrollerimin elektronik alt yapılar kullanılarak uzaktan yapılmasını tercih edebilirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

17. Sağlık bilgilerimi içeren teknolojik aygıt ve uygulamaları kullanırım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

18. Pandemi koşulları göz önünde bulundurulduğunda gelecekteki sağlık turizmi uygulamalarında tele tıbbın önemli bir yeri olacaktır.

- () Kesinlikle katılmıyorum
- () Katılmıyorum
- () Kararsızım
- () Katılıyorum
- () Kesinlikle katılıyorum

19. Tele tıbbın teknik olarak sağlık turizminde kullanılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

- () Kesinlikle katılmıyorum
- () Katılmıyorum
- () Kararsızım
- () Katılıyorum
- () Kesinlikle katılıyorum

20. Size göre Sağlık turizmi konusunda tanıtıma yönelik olarak ön plana çıkarılması gereken konular nelerdir?

.....
.....
.....

21. Size göre tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda uygulanabileceği alanlar nelerdir?

.....
.....
.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Şamil ÇABUK

Eğitim ve Mesleki Geçmişi:

2021-... , ALKÜ, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

2015-2019, Kastamonu Üniversitesi, Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik

2011-2015, Anamur Anadolu Lisesi

2021-... , Diyetisyen, Bozyazı Devlet Hastanesi

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce