



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**50 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN PLANLI DAVRANIŞ
TEORİSİ KAPSAMINDA SAĞLIK AMACIYLA
SEYAHAT ETME NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE
İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA; ANKARA ÖRNEĞİ**

NURULLAH EYLER

**İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

HAZİRAN 2016



**50 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ KAPSAMINDA SAĞLIK
AMACIYLA SEYAHAT ETME NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR
ARAŞTIRMA; ANKARA ÖRNEĞİ**

Nurullah EYLER

DOKTORA TEZİ

İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

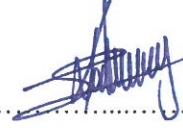
HAZİRAN 2016

Nurullah EYLER tarafından hazırlanan “50 Yaş Üstü Bireylerin Planlı Davranış Teorisi Kapsamında Sağlık Amacıyla Seyahat Etme Niyetlerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma; Ankara Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi İşletme Anabilim Dalında Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

İşletme Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İşletme Anabilim Dalı, Atılım Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Prof. Dr. Nurettin PARILTI

İşletme Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

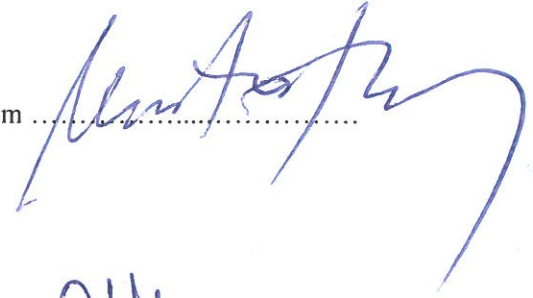
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Prof. Dr. Mustafa KILIÇ

İşletme Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

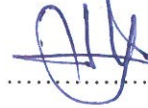
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Doç. Dr. Haşim ÖZÜDOĞRU

Bankacılık ve Sigortacılık Yüksekokulu, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 16/06/2016

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Suna BAŞAK

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nurullah EYLER

16.06.2016

50 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ KAPSAMINDA SAĞLIK
AMACIYLA SEYAHAT ETME NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA;

ANKARA ÖRNEĞİ

(Doktora Tezi)

Nurullah EYLER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Haziran 2016

ÖZET

Bu çalışmada 50 yaş ve üstü bireylerin planlı davranış teorisi kapsamında sağlık amacıyla seyahat etme niyetlerinin belirlenmesi amacıyla Ankara ili merkez ilçelerinde yapılmıştır. Araştırmada kullanılan birincil veriler, Ankara merkez ilçelerinde yaşayan 388 bireye anket uygulanarak elde edilmiştir. Sonuçların analizinde farklılıkların tespiti için Anova testi, benzerliklerin tespiti için Korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda bireylerin başka bir belde sağlık hizmeti alma niyetlerini; kalite, fiyat, sunulan hizmet çeşitliliği ve hizmetin çevresindeki kişilerce de satın alınıyor olması etkilemektedir. Ayrıca çevresinde dikkat çekme ve fark edilme duygusu, kendini sağlıklı hissetme, gezerek rahatlama, tatil ve turizm imkânlarından yararlanma ve reklamlar gibi faktörlerin de önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sektör açısından, 50 yaş ve üstü kişilerin sahip oldukları inançları dikkatle incelemekte fayda vardır. İnançlar davranışa ilişkin temel değişkenleri şekillendiren bir bakış açısı sunmaktadır. Bu yönüyle işletme yöneticilerinin, tüketici grubunun modeldeki inanç değişkenleri için verdikleri mesajları dikkatle ele almaları ve bu yönde özellikle iletişim stratejilerini şekillendirmeleri gerektiği de tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçların gelecekte yapılacak olan çalışmalara da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bilim Kodu : 1169

Anahtar Kelimeler : Sağlık turizmi, yaşlı bakımı, planlı davranış teorisi, satın alma niyeti,

Sayfa adedi : 244

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

AN INVESTIGATION CONCERNING THE DETERMINATION OF INTENT TO TRAVEL FOR
HEALTH PURPOSES OF INDIVIDUALS AGED 50 AND ABOVE WITHIN THE THEORY OF

PLANNED BEHAVIOR

(Ph. D. Thesis)

Nurullah EYLER

GAZI UNIVERSITY

INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

June 2016

ABSTRACT

This study was conducted in the central district of Ankara to determine the intention of traveling for health purposes under the theory of planned behavior of individuals aged 50 and above. The primary data used in the study was obtained from 388 individuals living in the central district of Ankara by interviewing them. During the result analysis the Anova test was used to determine differences and the Correlation analysis to determine similarities. As a result of the study the individuals were influenced by quality, price, variety of offered services and surrounding persons that purchased the said service when it comes to buying health services in another municipality. It was also found out that being noticed and recognized in the neighborhood, feeling healthy, relaxing while sightseeing, taking advantage of holiday and tourism opportunities and advertisement are important factors. For the sector it is of great advantage to analyze the beliefs of individuals aged 50 and above. Beliefs offer a perspective that shapes the basic parameters related to behavior. With this aspect it was found out that business managers need to carefully approach the message given to the belief variables of the consumer group and that they especially need to shape communication strategies in this regard. It is also believed that the results obtained in this study will be of help for studies to be carried out in the future.

Science Code : 1169

Keywords : Health tourism, elderly care, planned behavior theory, intent to buy,

Page Number : 244

Supervisor : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

TEŞEKKÜR

Uzun doktora eğitimi sürecimin meyvesi durumundaki tez çalışmamın sonuna gelmiş bulunuyorum. Bu, insanın yalnız başına yürütemeyeceği çevresinin de katkı ve destekleriyle ancak tamamlanabilecek bir süreç. Öncelikle, bu uzun süreçte çalışmalarına değişik yönleriyle destek olan burada ismini sayma imkânım olmayan herkese teşekkür ediyorum.

Tez çalışmam sürecinde emeğini, bilgisini ve hepsinden önemlisi zamanını esirgemeyen, bilimsel katkıları ile bana yardımcı olarak tezimi tamamlamamı sağlayan çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Sezer KORKMAZ'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans ve doktora çalışmalarım esnasında her türlü sorunumda yardımlarını esirgemeyen, değerli tavsiyeleriyle araştırma sürecinin şekillenmesine önemli katkılarda bulunan, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Nurettin PARILTI'ya, Atılım Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na, tez izleme komitemde yer alan Doç. Dr. Haşim ÖZÜDOĞRU'ya, doktora eğitimi sürecimin tamamında değerli bilgilerinden istifade ettiğim tüm hocalarıma da teşekkürü bir borç biliyorum.

Son olarak, doktora eğitimim boyunca hep yanımda olan maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen annem, babam, eşim ve oğluma da çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xx
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ

1.1. Sağlık Turizmi Kavramı	10
1.2. Sağlık Turizmi Türleri	12
1.2.1. Medikal turizm (tıp turizmi)	14
1.2.1.1. Turistin sağlığı	14
1.2.1.2. Sağlık alanında ikili anlaşmalı ülkelerden gelen hastalar	14
1.2.1.3. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkelerden gelen hastalar	15
1.2.2. Termal/SPA/esenlik (wellnes) turizmi	15
1.2.2.1. Klimatizm (klimaterapi, iklim tedavisi)	15
1.2.2.2. Balneoterapi	16
1.2.2.3. Üvalizm (meyve-sebze kür tedavisi);	18
1.2.3. Yaşlı turizmi	19
1.2.3.1. Sağlıklı yaşlı turizmi	19
1.2.3.2. Bakıma muhtaç yaşlı turizmi	20

	Sayfa
1.2.4. Engelli turizmi.....	21
1.3. Sağlık Turizminin Tarihi Gelişimi	21
1.4. Dünyada Sağlık Turizmi Uygulamaları.....	24
1.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi Uygulamaları	28
1.5.1. Türkiye'de sağlık turizmine ilişkin yasal düzenlemeler	29
1.5.1.1. Genel mevzuat düzenlemeleri.....	29
1.5.1.2. Sağlık turizmi teşvikleri ile ilgili yasal düzenlemeler.....	31
1.5.2. Türkiye’de sağlık turizminden sorumlu kuruluşlar	33
1.6. Türkiye’de Turizm İstatistikleri.....	34
1.6.1. 2012-2014 Yıllarında Türkiye’ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının milliyetleri	35
1.6.2. 2011-2013 Yılları arasında Türkiye’ye gelen yabancıların geliş nedenleri	35
1.6.3. 2013 Yılında Türkiye’ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının giriş yaptıkları sınır kapıları.....	36
1.7. Türkiye’de Sağlık Turizmi İstatistikleri	37
1.7.1. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’ye gelen hastaların ilk 10 ülkeye göre dağılımı	39
1.7.2. Türkiye’deki hastanelerin akreditasyon durumuna göre uluslararası hastaların 2012 yılında Türkiye’ye gelişleri.....	39
1.7.3. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde sağlık hizmeti alan hastaların geldikleri ilk 10 ülke	41
1.7.4. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de medikal turizm ilk 10 ilde ilk 10 kliniğe göre hasta sayıları.....	41
1.7.5. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı ülkelere Türkiye’ye gelen hastaların hizmet verilen kliniklere ve hastane türlerine göre dağılımı	43
1.7.6. Ükelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları (ilk 10 ülke), 2012.....	43
1.7.7. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma kapsamında gelen hastalar-ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları, 2012	44

Sayfa

1.7.8. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların ilk 10 ülke ve ilk 10 kliniğe göre dağılımı, 2012	45
1.7.9. 2012 Yılında Türkiye'ye gelen hastaların geliş şekilleri	46
1.7.10. Turistin sağlığı – bazı branşlara göre Türkiye geneli kamu ve özel hastaneler hasta sayıları dağılımı, 2012	47
1.8. Türkiye'nin Sağlık Turizmi GZFT Analizi	47
1.9. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Konusunda Diğer Ülkelerle Kıyaslanması	51

2. BÖLÜM**YAŞLI BAKIMI VE YAŞLI BAKIMINA YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİ**

2.1. Yaşlılık.....	55
2.2. Dünya Nüfusunun ve Türkiye Nüfusunun Genel Durumu	58
2.3. Yaşlılarda Görülen Hastalıklar ve Hastalık Grupları	59
2.3.1. Yaşlılarda bunama (demans).....	60
2.3.2. Depresyon	61
2.3.3. Yaşlılık döneminde sık görülen kanserler.....	62
2.3.4. Yaşlılık döneminde kalp yetmezliği	63
2.3.5. Yaşlılarda görülen romatolojik hastalıklar.....	63
2.3.6. Pnömoni	66
2.3.7. Hipertansiyon	66
2.3.8. Yatak yarası	66
2.4. Yaşlılar İçin Sağlıklı Yaşam Davranışları.....	66
2.4.1. Fiziksel aktivite	66
2.4.2. Yaşlılıkta bağışıklama (aşı).....	69
2.5. Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmeti Verecek Kurumların Birimleri	70
2.5.1. Konaklama hizmetleri.....	70
2.5.2. Yaşlı bakım hizmetleri	71

	Sayfa
2.5.3. Sağlık hizmetleri	71
2.5.4. Fiziksel aktivite hizmetleri	71
2.5.5. Sosyal destek hizmetleri.....	71
2.6. Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmeti Veren Tesislerin Taşınması Gereken Özellikler	71
2.7. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmetleri	72
2.8. Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Sağlık Turizmi Açısından Potansiyeli	75

3. BÖLÜM

PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ

3.1. Düşünülmüş Eylem Teorisi	77
3.2. Planlı Davranış Teorisi ve Öğeleri.....	78
3.2.1. Davranış.....	80
3.2.2. Niyet	82
3.2.3. Davranışa yönelik tutum	83
3.2.4. Subjektif normlar.....	84
3.2.5. Algılanan davranışsal kontrol	87
3.3. Planlı Davranış Teorisi Modeli Kullanılarak Yapılmış Çalışmalar	91

4. BÖLÜM

50 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ KAPSAMINDA SAĞLIK AMACIYLA SEYAHAT ETME NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA; ANKARA ÖRNEĞİ

4.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı	99
4.2. Araştırmanın Yöntemi	101
4.2.1. Araştırma modelimiz	102
4.2.2. Pilot anket	104
4.2.3. Araştırma anket formu	106

	Sayfa
4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Örneklem	108
4.4. Katılımcılara İlişkin Bulgular	110
4.4.1. Demografik bulgular	110
4.4.2. Sağlık hizmetleri konusundaki bilgilerine ilişkin bulgular	112
4.5. Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular	115
4.5.1. Ölçeklerin güvenilirliği	115
4.5.2. Faktör analizine ait bulgular	118
4.5.3. Ortak varyansa ait bulgular	123
4.5.4. Demografik gruplar arasındaki ortalama farklarının anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgular	124
4.6. Modelde Yer Alan Değişkenlere Ait Bulgular	138
4.6.1. Davranışa yönelik tutum	139
4.6.2. Subjektif norm	140
4.6.3. Algılanan davranışsal kontrol	142
4.6.4. Niyet	144
4.6.5. Davranış	145
4.7. Modelde Yer Alan İnançlara Ait Bulgular	146
4.7.1. Davranışsal inançlar ve çıktı değerlendirme	146
4.7.2. Normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu	149
4.7.3. Kontrol inançları ve kontrol faktörlerinin algılanan gücü	152
4.8. Demografik Gruplar ve İnançlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	157
4.8.1. Cinsiyet ve inançlar	157
4.8.2. Yaş ve inançlar	159
4.8.3. Eğitim ve inançlar	163
4.8.4. Medeni durum ve inançlar	166
4.8.5. Gelir ve inançlar	169

	Sayfa
4.8.6.Çalışma durumu ve inançlar.....	172
4.8.7. Meslek ve inançlar.....	174
4.8.8. Sosyal güvence ve inançlar.....	177
4.9. Modelde Yer Alan İnançların Analizi	179
4.9.1. İnançların modelle ilişkilendirilmesi.....	180
4.9.1.1. Davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum	181
4.9.1.2. Normatif inançlar ve subjektif norm	181
4.9.1.3. Kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol	182
4.9.1.4. Bulguların değerlendirilmesi	183
4.9.2. İnançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi	183
4.10. Hipotez Testlerine Yönelik İstatistiki Analizler.....	185
4.11. Planlı Davranış Teorisi Modelinin Değişkenleri Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	198
4.11.1. Modelin Değişkenleri Arasındaki İlişki Düzeyleri	198
4.11.2. Modelin sabit değişkenleri ve niyet arasındaki ilişki	200
4.11.3. Sağlık turizmini olumlu ve olumsuz etkileyen 10 soru	201
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	205
ÖNERİ VE KISITLAR	219
KAYNAKLAR	223
EKLER.....	235
EK-1. Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm İller	236
EK-2. Uluslararası Hastaların Başvurdukları Tüm Klinikler	238
EK-3. Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm Ülkeler	239
EK-4. Anket Formu	241
ÖZGEÇMİŞ	244

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık turizmi türleri	13
Çizelge 1.2. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık turizminde sunulan üç ana hizmet başlığının özellikleri	13
Çizelge 1.3. Nüfus kütüklerine kayıtlı yaş ve cinsiyete göre kişi sayısı.....	19
Çizelge 1.4. Bazı ülkelerin 2012-2015 yılları JCI'ya akredite sağlık kuruluşu sayıları karşılaştırması	33
Çizelge 1.5. 2012-2014 Yıllarında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının milliyetleri	35
Çizelge 1.6. Türkiye'ye geliş nedenine göre çıkış yapan ziyaretçiler, 2011 – 2013.....	36
Çizelge 1.7. 2013 Yılında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının giriş yaptıkları sınır kapıları.....	36
Çizelge 1.8. 2011 Yılında sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelen turistlerin tercih ettikleri hastaneler ve sayıları	37
Çizelge 1.9. 2011 Yılında Türkiye'de tatil yaparken rahatsızlanan turistin sağlığı hasta sayısı ve tercih ettikleri hastane türleri, 2011.....	38
Çizelge 1.10. Medikal turizm ve turistin sağlığı - 2012 yılı kamu ve özel sektör tahmini gelirler.....	38
Çizelge 1.11. Uluslararası hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2012	39
Çizelge 1.12. Hastanelerin akredite olma durumlarına göre uluslararası hasta geliş şekilleri, 2012	39
Çizelge 1.13. Akredite olan ve olmayan hastaneler başına düşen hasta sayıları, 2012	40
Çizelge 1.14. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde sağlık hizmeti alan hastaların geldikleri ilk 10 ülke, 2012	41
Çizelge 1.15. Medikal turizm ilk 10 ilde ilk 10 kliniğe göre hasta sayıları, 2012	42
Çizelge 1.16. Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde hizmet verilen kliniklerin hastane türlerine göre dağılımı, 2012	43
Çizelge 1.17. Medikal turizm – ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları	44

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.18. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma kapsamında gelen hastalar - ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları, 2012	44
Çizelge 1.19. Medikal turizm – ilk 10 ülke ve ilk 10 klinik dağılımı, 2012	45
Çizelge 1.20. Hastane türlerine göre uluslararası hastaların geliş şekilleri.....	46
Çizelge 1.21. Turistin sağlığı – bazı branşlara göre Türkiye geneli kamu ve özel hastaneler hasta sayıları dağılımı, 2012	47
Çizelge 2.1. Ülkelere göre ortalama ömür ve 65 yaş üstü nüfus	75
Çizelge 4.1. Anket bölümlerinde yer alan soru sayıları ve özellikleri.....	107
Çizelge 4.2. Ankara'da anket uyguladığımız ilçelerin 2013 yılı 50 yaş ve üstü nüfusları ve uygulanan anket sayıları.....	110
Çizelge 4.3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	110
Çizelge 4.4. Katılımcıların doktora gitme sıklıkları	112
Çizelge 4.5. Katılımcıların son 1 yılda sağlık hizmeti alma durumları	113
Çizelge 4.6. Katılımcıların son 1 yılda kullandıkları sağlık hizmetleri	113
Çizelge 4.7. Katılımcıların sağlık hizmeti alırken yaptıkları cepten ödemeler.....	113
Çizelge 4.8. Katılımcıların sağlık hizmeti aldıkları kurumlar	114
Çizelge 4.9. Katılımcıların son bir yılda sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğu beldeden başka bir beldeye gitme durumları	114
Çizelge 4.10. Katılımcıların bulundukları beldeden başka bir beldeden aldıkları sağlık hizmetleri.....	114
Çizelge 4.11. Katılımcıların sağlık turizmi hakkında bilgi seviyeleri	115
Çizelge 4.12. Veri seti dağılımı	116
Çizelge 4.13. Anketin güvenilirlik test sonucu	116
Çizelge 4.14. Ölçeklerin güvenilirliği	117
Çizelge 4.15. KMO ve Bartlett's örneklem uygunluk testi	118
Çizelge 4.16. Faktör sayısı ve aritmetik ortalamalar	119
Çizelge 4.17. Faktör sayısı ve açıklanan varyans yüzdesi	122

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.18. Ortak varyansa katkısı en yüksek 10 soru.....	124
Çizelge 4.19. Anova testine göre cinsiyet grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	126
Çizelge 4.20. Anova testine göre yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular.....	128
Çizelge 4.21. Anova testine göre eğitim durumu grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	129
Çizelge 4.22. Anova testine göre medeni durum grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	131
Çizelge 4.23. Anova testine göre aylık gelir durumu grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	133
Çizelge 4.24. Anova testine göre şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	135
Çizelge 4.25. Anova testine göre meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	136
Çizelge 4.26. Anova testine göre sosyal güvence grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular	137
Çizelge 4.27. Davranışa yönelik tutuma ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları.....	140
Çizelge 4.28. Subjektif normlara ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	141
Çizelge 4.29. Algılanan davranışsal kontrole ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	143
Çizelge 4.30. Niyete ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	145
Çizelge 4.31. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti satın alma davranışına yönelik soruya verilen cevaplar	146
Çizelge 4.32. Davranışsal inanca ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	147
Çizelge 4.33. Çıktı değerlendirmeye ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	148

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.34. Normatif inançlara ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	150
Çizelge 4.35. Normlara uyma motivasyonuna ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	151
Çizelge 4.36. Kontrol inançlarına ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	154
Çizelge 4.37. Kontrol faktörlerinin gücüne ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları	155
Çizelge 4.38. Cinsiyet ve davranışsal inanç arasındaki ilişki.....	157
Çizelge 4.39. Cinsiyet ve normatif inanç arasındaki ilişki.....	158
Çizelge 4.40. Cinsiyet ve kontrol inançları arasındaki ilişki.....	159
Çizelge 4.41. Yaş ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki.....	160
Çizelge 4.42. Yaş ve normatif inançlar arasındaki ilişki.....	161
Çizelge 4.43. Yaş ve kontrol inançları arasındaki ilişki	162
Çizelge 4.44. Eğitim ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki	163
Çizelge 4.45. Eğitim ve normatif inançlar arasındaki ilişki	164
Çizelge 4.46. Eğitim ve kontrol inançları arasındaki ilişki	165
Çizelge 4.47. Medeni durum ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki.....	166
Çizelge 4.48. Medeni durum ve normatif inançlar arasındaki ilişki.....	167
Çizelge 4.49. Medeni durum ve kontrol inançları arasındaki ilişki	168
Çizelge 4.50. Hane halkı geliri ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki	169
Çizelge 4.51. Hane halkı geliri ve normatif inançlar arasındaki ilişki	170
Çizelge 4.52. Hane halkı geliri ve kontrol inançları arasındaki ilişki.....	171
Çizelge 4.53. Çalışma durumu ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki.....	172
Çizelge 4.54. Çalışma durumu ve normatif inançlar arasındaki ilişki.....	173
Çizelge 4.55. Çalışma durumu ve kontrol inançları arasındaki ilişki	174
Çizelge 4.56. Meslek ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki	175

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.57. Meslek ve normatif inançlar arasındaki ilişki	176
Çizelge 4.58. Meslek ve kontrol inançları arasındaki ilişki	177
Çizelge 4.59. Sosyal güvence ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki.....	178
Çizelge 4.60. Sosyal güvence ve normatif inançlar arasındaki ilişki	178
Çizelge 4.61. Sosyal güvence ve kontrol inançları arasındaki ilişki	179
Çizelge 4.62. Davranışa Yönelik Tutum için Ölçümler Arası Korelasyon.....	181
Çizelge 4.63. Subjektif norm için ölçümler arası korelasyon	182
Çizelge 4.64. Algılanan Davranışsal Kontrol için Ölçümler Arası Korelasyon.....	182
Çizelge 4.65. İnançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ölçümler arası korelasyon	183
Çizelge 4.66. İnançlar ve demografik değişkenler arasındaki ilişki	184
Çizelge 4.67. Hipotezlerin değerlendirme çizelgesi	185
Çizelge 4.68. Davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H1)	186
Çizelge 4.69. Normatif inançlar ve subjektif norm arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H2)	187
Çizelge 4.70. Kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H3)	188
Çizelge 4.71. Davranışa yönelik tutum ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H4)	188
Çizelge 4.72. Subjektif normlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H5)	189
Çizelge 4.73. Algılanan Davranışsal Kontrol ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H6)	190
Çizelge 4.74. Subjektif norm ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H7)	190
Çizelge 4.75. Normlara uyma motivasyonu ve subjektif normlar arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H8)	191
Çizelge 4.76. Çıktı değerlendirme ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H9)	192

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.77. Kontrol faktörlerinin gücü ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H10).....	192
Çizelge 4.78. Fiyat ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H11)	193
Çizelge 4.79. Reklamlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H12)	193
Çizelge 4.80. Uzman Görüşleri ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H13)	194
Çizelge 4.81. Çeşitlilik ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H14)	194
Çizelge 4.82. Memnuniyet ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H15)	195
Çizelge 4.83. Demografik değişkenler ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H16)	195
Çizelge 4.84. Model özeti çizelgesi	196
Çizelge 4.85. Modelin anlamlı olup olmadığına dair F değeri çizelgesi (Anova).....	197
Çizelge 4.86. Modelin tahminine dair katsayılar ve t-değeri çizelgesi (Coefficientsa) ...	197
Çizelge 4.87. Önceden belirlenen (bilinen) faktörler arasındaki korelasyon düzeyleri ..	198
Çizelge 4.88. Model özeti çizelgesi	200
Çizelge 4.89. Modelin anlamlı olup olmadığına dair F değeri çizelgesi (Anovaa)	200
Çizelge 4.90. Modelin tahminine dair katsayılar ve t-değeri çizelgesi (Coefficientsa) ...	200
Çizelge 4.91. Aritmetik ortalaması en yüksek 10 soru	202
Çizelge 4.92. Aritmetik ortalaması en düşük 10 soru	203

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık Turizmi endüstrisi girdileri	11
Şekil 1.2. Türkiye’deki hastane türleri.....	28
Şekil 3.1. Düşünülmüş Eylem Teorisi Modeli	78
Şekil 3.2. Planlı Davranış Teorisi Modeli	79
Şekil 4.1. Planlı Davranış Teorisi araştırma modeli	103
Şekil 4.2. Cinsiyet gruplarının genel ortalamaları	126
Şekil 4.3. Yaş gruplarının genel ortalamaları ve doğrusal eğilim çizgisi	127
Şekil 4.4. Eğitim durumu gruplarının genel ortalamaları	129
Şekil 4.5. Medeni durum gruplarının genel ortalamaları.....	131
Şekil 4.6. Aylık hane halkı geliri gruplarının genel ortalamaları.....	133
Şekil 4.7. Şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre grupların genel ortalamaları.....	134
Şekil 4.8. Mesleklerine göre grupların genel ortalamaları.....	136
Şekil 4.9. Sosyal güvencelerine göre grupların genel ortalamaları.....	137

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
€	EURO (AB Para Birimi)
n	Toplamı ifade eder

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABMS	Amerikan Tıp Uzmanları Heyeti
ADK	Algılanan Davranışsal Kontrol
Akt.	Aktaran
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
DET	Düşünülmüş Eylem Teorisi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GZFT	Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler
ISO	İnternaitonal Organization for Standardization (Uluslar arası Standartlar
JCI	Joint Commission International
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
M.Ö.	Milattan Önce
PDT	Planlı Davranış Teorisi
SB	Sağlık Bakanlığı
SPA	(Sanitas Per Aquam) Sudan Gelen Sağlık
SPSS	Statistical Package Programme for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

Kısaltmalar**Açıklamalar****TÜRSAB**

Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği

UEMS

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği

UNWTO(World Tourism Organisation) Birleşmiş Milletler Dünya Turizm
Örgütü

GİRİŞ

İşletmeler açısından, çağdaş pazarlama anlayışının bir gerekliliği olan tüketici odaklı karar mekanizmaları oluşturmak ve bu doğrultuda faaliyetlerde bulunmak, oldukça önemli bir konudur. İşletmelerin hedef kitlesinde bulunan tüketicilerin davranışlarını anlamaya çalışmak bunun en temel noktasıdır. Bu doğrultuda, genel olarak işletmeler özelde de pazarlama birimleri, tüketicilerin neden, nasıl, ne zaman ve ne miktarda satın aldıkları gibi konularda bilgi sahibi olarak, satın alma davranışına sebep olan temel faktörleri çözmeye çalışmaktadırlar.

İşletmeler tüketici bilgilerine, durum analizi, pazar bölümlleme, hedef pazar tespiti, hedef pazara yönelik doğru pazarlama karması oluşturma gibi konularda ihtiyaç duyarlar. İşletmelerin başarılı olabilmeleri için ürün tasarımı, uygun dağıtım politikaları, tüketiciye verilmek istenen mesajın hazırlanması, mesajın yayınlanacağı iletişim kanallarının seçimi gibi pazarlama planına girebilecek her türlü konuda tüketiciyi temel alan bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir. Tüketici davranışı, pazarlama stratejisi geliştirmek için gerekli olan bir bilgidir ve tüketici temelli bilgi ile pazarlama stratejisi geliştirme sürecinde davranışı etkileyen değişkenler belirlenmeye ve anlaşılmaya çalışılır, belirlenmiş değişkenler kullanılarak davranış tahmin edilir, kontrol edilebilen değişkenlere bağlı olarak strateji oluşturulur, uygulanır ve arzulanan sonuçlara ulaşılır (Odabaşı ve Barış, 2002).

Tüketici davranışlarının oluşumu bir süreçtir. Bu süreç birçok faktörün etkisi altında oluşur, şekillenir ve değişir. İslamoğlu (2000), temel tüketici davranışı modelini şekillendiren faktörlerin, ekonomik ve politik dış çevre faktörleri; ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma gibi pazarlama çabaları; kültür-alt kültür, referans grupları, aile, sosyal sınıf vb. sosyo-kültürel faktörler; motivasyon, algılama, kişilik, öğrenme tutumlar vb. psikolojik faktörler; demografik özellikler, yaşam tarzı, değerler, tecrübe gibi kişisel faktörler olduğunu belirtmektedir. Tüketici, ihtiyacını karşılamayla ilgili seçenekleri arama, bilgi edinme, alternatiflerini değerlendirme, satın alma kararını verme ve bunların sonucunda satın alma davranışını bu faktörlerin etkisi altında gerçekleştirmektedir.

Pazarlamacılar, tüketicilerin satın alma davranışlarını etkileyen gelir ve satın alma gücü gibi dış çevre faktörlerinden olan ekonomik faktörlere etki edemezken, pazarlama karması

elemanları üzerinde değişiklikler yapmak suretiyle, tüketicide daha etkili bir şekilde ulaşmak ve davranışını istenilen doğrultuda değiştirebilme yönündeki pazarlama çabaları ile etki edilebilmektedirler. İşletmelerin pazarlama departmanları, pazarlama karması elemanlarını kullanarak tüketicilere ilişkin psikolojik faktörleri her zaman etkilemek istemişlerdir. Bunun için, tutundurma karması elemanı olan reklamlar yoluyla, reklama konu olan ürün ya da hizmetle ilgili tüketicide olumlu tutumların oluşması sağlanmakta veya bilgi verici reklam yoluyla tüketicinin öğrenme süreci kolaylaştırılmaktadır. Bu ve benzeri stratejiler işletmeler tarafından yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Doğru stratejiler geliştirilerek, tüketicilerin spesifik bir konudaki tutumları, algıları ve motivasyonları gibi davranışlarında değişiklik oluşturulabilecek psikolojik faktörlere etki edilebilmektedir. Bu, özellikle iletişim stratejilerinin etkili kullanımıyla mümkün olabilmektedir.

Pazarlamacıların tüketicilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özelliklerine de etki edebilmesi mümkün değilken, iletişim stratejileri ile çeşitli aktiviteleri destekleyerek ya da bizzat organize ederek, tüketicilerin sahip olduğu değerler ve yaşam tarzlarını algılamaları üzerinde dolaylı olarak etki sahibi olabilmekte veya yeni algılar oluşturarak tecrübelerini geliştirebilmektedirler. Pazarlamacıların buradaki asıl amaçları özellikle pazarlama karması elemanlarını kullanarak, tüketicilerin davranışlarını yönlendirebilmektir. Pazarlamacılar tüketicilerin davranışlarını anlayabilmek için her zaman yoğun çaba göstermişlerdir.

Araştırmacılar da, tüketicilerin davranış süreçlerini belirleyebilmek için tüketici davranışını açıklamaya odaklanmaktadır. Çevre uyaranlarını, sosyo-kültürel faktörleri, çeşitli psikolojik ve kişisel faktörleri de göz önüne alarak tüketicilerde satın alma davranışının nasıl ortaya çıktığını anlamaya çalışmaktadırlar. Ancak, tüketici davranışı yalnızca bir ekonomik faaliyet değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik alt yapısı olan, kişisel faktörlerle şekillenen karmaşık bir süreçtir. Sonuçta, davranışı gerçekleştiren bireydir ve davranışını yaşadığı toplum içerisindeki çeşitli uyaranlar ve zihinsel altyapısının yönlendirmesine maruz kalarak gerçekleştirmektedir.

Dünya nüfusunun yapısındaki değişimle birlikte yaşlı nüfus hızla artmakta, bu durum işletmelerin ürettiğı ürün ve hizmetleri ve bunların pazarlama biçimlerini de değiştirmektedir. Bu değişimle birlikte farklı bir tüketici kitlesi ortaya çıkmakta ve yeni pazar

fırsatları oluşmaktadır. İstatistiklere göre bugün dünya üzerinde yaşayan her 10 kişiden biri yaşlı yani 65 yaşın üzerinde bireylerdir. Bu dönem yaşlıları eski dönemlerdeki yaşlılardan çok daha farklı bir profil sergilemektedir. Artık enerjisi yerinde, parası ve zamanı bol "yeni yaşlılar" önlerinde daha uzun yıllar olduğu bilinciyle, hayatlarını evlerine kapanıp televizyon izleyerek ya da örgü örerek geçirmek yerine, hayatın tadını çıkarmaya çalışmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında, günümüzde 60 yaş ve üzeri grup yeni deneyimlere açık, gezip görmeyi seven, teknolojiyi takip eden, hobilere ve eğlenceye zaman ayıran bireyler olarak karşımıza çıkmakta ve pazarda yeni ve değişen fırsatlar oluşturmaktadırlar.

Yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen önemli kavramlardan birisi de; "toplumların yaşlanması"dır. Özellikle endüstrileşmiş ülkelerde nüfusun yaş dağılımındaki değişikliklere paralel olarak sağlık hizmetlerinin paylaşımı ve sosyal güvenlik hakları gibi pek çok sorunun ortaya çıkması toplumları sosyal ve politik açıdan bir açmazla karşı karşıya bırakmıştır. Gerekli sosyal destek sistemleri oluşturulmadan ortaya çıkan yaşlı nüfustaki patlama yılda % 2,5 oranında bir artışla devam etmektedir (www.gebam.edu.tr).

Dünya'nın global bir köy haline gelmesi, uluslararası hukuk kurallarının birbirine büyük oranda benzeşmesi, para transferinin kolaylaşması, ulaşım maliyetlerinin azalması gibi sebeplerle tedavi amaçlı olarak pek çok insan, kendi ülkesinde yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmetlerinin az olması veya hiç olmaması, bazı sağlık hizmetlerinin ülkesinde çok daha pahalı olması, yeterli sağlık insan gücünün olmaması gibi nedenlerden dolayı tedavi amaçlı olarak daha ucuz ve daha kaliteli hizmet almak amacıyla farklı ülkeleri ziyaret etmektedir. Bu durum beraberinde alternatif bir turizm hareketi olan medikal turizmi ortaya çıkarmaktadır. Aydın ve diğerleri, (2012), medikal turizmi "genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında hekimler tarafından yapılan tedavi amaçlı uygulamalardan yararlanmak için hastanın ikamet ettiği yerden başka bir yere seyahat etme eylemi olarak tanımlamaktadırlar.

Tüketici davranışı perspektifiyle, yaşlı tüketicilerin davranışları yakından incelenmesi gereken önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre, sağlık ve konaklama sektöründe artan rekabet içinde farklı bir pozisyonda olmak ve sağlık turizmi pazarından pay alabilmek için birçok özel sağlık kuruluşu çaba sarf etmektedir. Dünya'da ortalama ömrün ve bunun beraberinde yaşlı nüfusun gittikçe artması yaşlılara yönelik pazarlama

faaliyetlerinde de artışı beraberinde getirmiştir. Rasyonel veya duygusal, planlı veya plansız, birçok davranışını gözlemleyebildiğimiz yaşlıların, söz konusu davranışlarının altında yatan nedenler net bir şekilde formüle edilemese de, günümüzde birçok işletme, yaşlılardan oluşan hedef kitleleri sayesinde iş yapmaktadır. Özellikle mamüllerin, hizmetlerin, satış süreçlerinin ve hizmet verilen ortamın tasarımında, iletişim yöntemlerinin seçiminde, mesajların belirlenmesinde, “yaşlıların ne istediği ve ne aradığı” işletmeler tarafından dikkatle incelenmekte ve bu doğrultuda stratejiler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Araştırmacılar, “yaşlılar için düşünülmüş ama herkesin faydalanabileceği” mamüller ve hizmetler tasarlamaya çalışmaktadırlar. Bu durum, hem yeni ürün geliştirme hem de pazarlama faaliyetleri açısından işletmeler arasındaki rekabeti artırmaktadır. Böylelikle, yaşlıların davranışlarının incelenmesi, söz konusu rekabet ortamında oldukça önem kazanmaktadır.

London School of Economics and Politics tarafından yürütülen bir araştırmaya göre, önümüzdeki on yılda sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkelerin toplam gayri safi milli hâsılları içerisinde alacağı payın % 7-10 arasında değişeceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012:9). Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti gelecekte en çok talep edilen veya tüketilen hizmet kalemlerinin başında yer alacaktır. Şüphe yok ki, bu hizmetin önemli bir kısmı ulusal sınırların dışında, sağlık turizmi olarak gerçekleşecektir. Türkiye'nin giderek büyüyen bu pastadan büyük bir pay alabilmesi için yeni vizyon ve yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

Araştırmaya göre ABD'ye gelen turistler kişi başı ortalama 1230 dolar harcarken bu rakam Almanya'da 1253, İngiltere'de ise 1249 dolar olarak belirlenmiştir. Türkiye'ye gelen turist ise kişi başı ortalama 719 dolar harcamaktadır. Ziyaret sıralamasında yılda 13 milyon 600 bin turistle sonlarda olan ve casino'larıyla meşhur güneydoğu Asya destinasyonu Macau'da ise yabancı turistler kişi başı 3213 dolar bırakmaktadır (radikal.com.tr, 2015).

Türkiye 2014 yılında 41.4 milyon turistten 34.3 milyar dolar turizm geliri elde etmiş ve ortalama turist başı geliri 828 dolar olmuştur. Avrupa Birliği ülkeleri hastalık giderleri hariç bir yaşlının bakımı için aylık yaklaşık 5000 € civarında bütçe ayırmaktadır. Rehabilitasyon ve tedavi ihtiyacı olması halinde ise bu rakam birkaç defa katlanabilmektedir. Ülkemiz 1 milyon yaşlıyı bir yıl boyunca misafir ettiğinde 60 milyar € gelir elde edebilecektir (İbiş, 2015). Ayrıca bu yaşlıların kendi gelirlerinden dolayı harcayabileceği yaklaşık 15 milyar €'luk bir

miktarda bu rakama eklenebilecektir. Özetle bugün ülkemiz 40 milyon turistten 35 milyar € gelir elde ederken 1 milyon Avrupalı yaşlının bakımını yapabilse elde edeceği gelir yaklaşık 70 milyar € civarında olacaktır. Yani bir yaşlının tedavisi hariç sadece bakımıyla elde edilebilecek gelir yaklaşık 80 tatil turistinden elde edilen gelire denk olacaktır. Ülkemizde gelişmiş olan tedavi ve turizm imkânları yaşlı bakımı çerçevesinde koordine edilebildiğinde 2014 yılında 157 milyar dolar olan Türkiye'nin ihracatının %44'ü kadar bir artı kaynak oluşturulabilecektir.

Sağlık turizmi ve yaşlılık alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde, konunun genel olarak sağlık turizmi veya yaşlılık olarak ayrı ayrı ele alındığı görülmektedir. Ulusal literatüre bakıldığında, sağlık turizmi ve yaşlılıkla ilgili çalışmalara rastlanmıştır. Örneğin, Aybala (2013) "Sağlık hizmeti pazarlamasında tüketici memnuniyeti: hastanede yatan yaşlıların hastane hizmetlerine ilişkin görüşleri" araştırmasında yaşlıların fiziki ortam, hastane birimleri, hastane hizmetlerinden memnuniyet durumlarını incelemiştir. Babaoğlu (2007), yaşlı tüketiciler pazarı ve taraflara öneriler makalesinde, demografik değişime bağlı olarak yaşlı tüketiciler için gelecekte ortaya çıkabilecek önemli pazar fırsatları ve talepleri incelemiştir. Güleç (2011), yüksek lisans tezi olarak sağlık turizmi kapsamında antiaging (sağlıklı yaşlanma) uygulamaları ve yaşlı bakımı: Türkiye değerlendirmesi konusunu incelemiştir.

Çalışmamızda, planlanmış davranış teorisi kullanılarak yaşlı tüketicilerin başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ajzen (2008) planlanmış davranış teorisini, tüketicilerin herhangi bir ürünü ya da markayı satın alması, bir ürün hakkında bilgi araması ya da belirli bir mağazadan alışveriş yapması gibi, tüketicilerin spesifik davranışlarını anlamada, yani tüketici davranışı çalışmalarında iyi bir kavramsal ve metodolojik çerçeve sunmaktadır şeklinde tanımlamaktadır.

Planlı davranış teorisi, bireylerin bir davranışı gerçekleştirmelerinin birinci açıklayıcısının niyet olduğunu, bireylerin niyetlerinin ise davranışa yönelik tutumlar, subjektif normlar ve algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklandığını, bazen de algılanan davranışsal kontrolün niyet aracılığı olmadan, doğrudan davranışı açıklayabileceğini ifade eder. Diğer bir ifade ile planlı davranış teorisi sadece irade ile gerçekleşen davranışları değil bununla birlikte irade dışı gerçekleşen davranışları da ölçmektedir (Han ve Kim, 2010). Davranışa

yönelik tutumların oluşumunda davranışsal inançlar ve her bir inançta belirtilen çıktıya yönelik bireyin değerlendirmeleri; subjektif normların oluşumunda normatif inançlar ve bu normlara bireyin uyma motivasyonu; algılanan davranışsal kontrolün oluşmasında kontrol inançları ve her bir kontrol faktörünün algılanan gücü etkilidir.

Çalışmamızda, Ankara ilinin merkez ilçelerinden Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Sincan ve Yenimahalle’de yaşayan 50 yaş ve üstü kişilerin başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetleri incelenmiştir. Bu doğrultuda, başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetiyle ilgili davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin ve bu değişkenlerin her birinin altında yatan inançların neler olduğunun belirlenmesi ve bu değişkenlerin niyet ile birlikte değerlendirilerek gerçek davranış ne ölçüde açıkladığının tespit edilmesi hedeflenmiştir. Bahsedilen yaklaşım çerçevesinde, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Modelimizde, katılımcıların tutumları, subjektif normları, algıladıkları davranışsal kontrol ve başka bir belde sağlık hizmeti satın alma davranışına yönelik niyetleri, davranışın açıklanmasında nasıl bir mekanizmaya sahiptir?
2. Katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetinin ve davranışının ne kadarlık kısmı açıklanmaktadır?
3. Katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti satın alma davranışına yönelik, davranışsal, normatif ve kontrol inançları nelerdir? Bu inançlar, model çerçevesinde nasıl değerlendirilmelidir? Demografik değişkenler itibarıyla, katılımcıların inançlarında farklılıklar söz konusu mudur?

Araştırma soruları kapsamında ve yukarıdaki yaklaşım çerçevesinde hazırladığımız çalışmamız, giriş, sonuç ve tartışma, öneri ve kısıtlar bölümleri dışında üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık turizmi konusundaki literatür taraması, ikinci bölümde yaşlı bakımı ve yaşlı bakımına yönelik sağlık hizmetleri üçüncü bölümde ise araştırmamız bulunmaktadır.

Birinci bölümde, sağlık turizmi ile ilgili tanımlar, istatistikler ve Türkiye’nin sağlık turizmi güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler (GZFT) analizleri yer almaktadır. İkinci bölümde, yaşlılıkla ilgili tanımlar, yaşlılıkta görülen hastalıklar, Türkiye’de ve Dünya’da yaşlı bakımına yönelik sağlık hizmetleri, planlı davranış teorisi ve literatürdeki uygulamalarından

örnekler yer almaktadır. Üçüncü bölümde, araştırma süreciyle ilgili bilgiler verilmekte ve katılımcılar tanıtılarak, yapılan ön analizlerin bulguları paylaşılmaktadır. Model analizlerine geçmeden önce, verilerin dağılımına ilişkin bulgular, modelde yer alan değişkenlere ait bulgular ve modelde yer alan inançlara ait bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra inançlar, temel modellerle ilişkileri ve demografik değişkenler yönüyle incelenmiştir. İnançların incelenmesinden sonra, hipotez testlerine yönelik istatistikî analizler, modelin değişkenleri arasındaki ilişki düzeyleri ve sağlık turizmini olumlu ve olumsuz etkileyen on sorunun değerlendirilmesi yapılarak sonuçlandırılmıştır.

Sonuç ve tartışma bölümünde ise, bulgular derlenerek elde edilen sonuçlar, hem model çerçevesinde hem de pazarlama stratejileri açısından yorumlanmıştır.

Çalışma, öneri ve kısıtlar bölümünde verilen, çalışmanın kısıtları ve izleyen araştırmalar için öneriler ile son bulmaktadır.



1. BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ

Tarih boyunca tedavi amaçlı hasta hareketliliği her dönemde olagelmıştır. Ancak son yıllarda uluslararası düzeyde hareketlilik, iletişim ve bilgi teknolojilerinin artması ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi adıyla ciddi bir pazar oluşmuştur. Tüm ülkeler bu pazardan pay alabilmek için yarışa girmişlerdir. Bu da tüm dünyada sağlık turizmi alanında hızlı bir ilerlemeyi beraberinde getirmiştir.

Sağlık turizmi, hastaların ve hasta ailelerinin rahatlığını sağlamak için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki eğitim ve refah seviyesinin yüksek olmasına paralel olarak sağlık hizmetleri sunumu da yüksek maliyetli olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payı her geçen gün artmaktadır. Sosyal güvenlik maliyetlerinin artan giderleri sosyal güvenlik kurumlarını zorlamaktadır. Bu sıkıntıları aşmak için, gelişmiş ülkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta kurumlarının kaliteli tıbbi hizmet sunan ve yakında yer alan ülkelerle paket anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerini düşük maliyetli alma çabaları görülmektedir (Aksu, 2001).

Sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerine göre birtakım avantajları bulunmaktadır. “Bu avantajları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Sağlık turizmi dört mevsim yapılabilir
2. Konaklama süresi uzundur (ortalama 8-10 gün)
3. Günlük turizm harcamaları fazladır” (Mintel, 2003).

Sheldon (2006), yukarıda belirtilen avantajlara ek olarak; sağlık turizminin doğal kaynakları korumaya yardımcı olacağını ve ürün çeşitlendirmesi sağlayacağını belirtmiştir.

Sağlık turistlerinin yurtdışı imkânları tercih etmeleri uluslararası turizm çerçevesinde değerlendirildiğinde, ülkeler arası destinasyonlara göre de farklılaşmaktadır. Örneğin, sağlık turizmi için İtalyanlar ve Fransızlar kendi ülkelerinin imkânlarından yararlanırken, Almanlar farklı ülkeleri tercih etmektedirler.

Dünyada nüfusun ve yaşam kalitesinin artması ve özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yükselmesi nedeniyle, insanlar bir kısım tedaviler için kaliteli ve kendi ülkelerine göre daha ucuz hizmet alabilecekleri ülkelere yönelmişlerdir. Yaşlı nüfusun oransal olarak artması da sağlık turizmini artıran etkenlerden biri olmuştur.

1.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Sağlık turizmi kavramı sağlık ve turizm kavramlarının bütünleşmesinden oluşan bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde turizm, insanların amaç, talep, zevk ve hobilerine göre çok değişik alanlara açılarak çeşitlenmiştir. Turizm sektörü, dünyada en hızlı büyüyen ve gelişen sektörlerdendir. Sektör, dünya ekonomisinde önemli bir hizmet pazarlama alanı haline gelmiştir. Sağlık turizmi için yapılan tanımların bazıları aşağıda verilmiştir.

Sağlık turizmi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak sağlık ve turizm olanaklarından yararlanılması olarak tanımlanabilir. Belirtilen amaçlarla seyahat eden kişiye de "sağlık turisti" denilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 5).

Sağlık turizmi, genel olarak cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren diğer tıbbi müdahaleleri içeren uygulamalara ihtiyaç gösteren hastalara "maliyet etkin" özel tıbbi bakım verilmesi maksadıyla turizm endüstrisi ile işbirliği yapılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2015)'nin sağlık turizmi tarifi de şöyledir, kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyaret. Bu kapsamda fizik terapi, diyet kontrol ve ilgili sağlık hizmetleri verilir.

DSÖ (2015)'ye göre sağlık turizminin gelişimi, tıptaki gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Rutin hayat faaliyetleri dışına çıkılarak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin alınması sağlık turizminde ana temayı oluşturmaktadır.

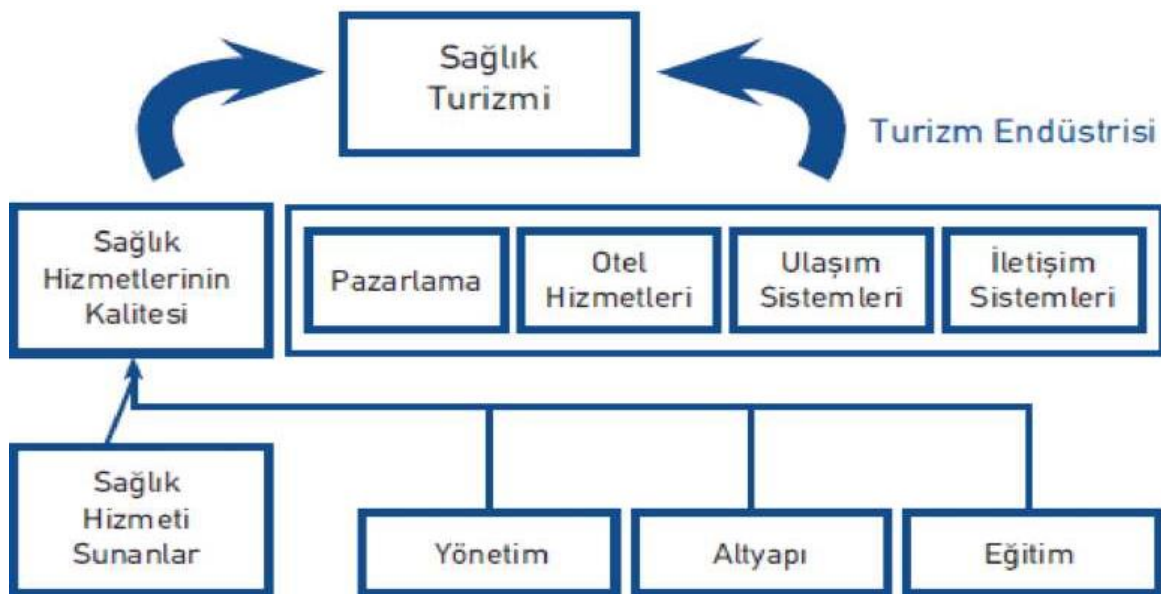
Sağlık Turizmini, kısaca tedavi amacı ile bulunulan beldeden başka bir beldeye yapılan seyahat olarak da tanımlayabiliriz.

Hastaların tedavi maksatlı seyahat etmelerinin farklı nedenleri bulunmaktadır:

1. İleri donanıma ve teknolojiye sahip, bilimsel anlamda dünya çapında etkinliği fazla olan ülkelerde tedavi olma isteği,
2. Tıbbi hizmetlerin pahalı olması ve aynı hizmeti başka ülkede daha ucuza alabiliyor olması,
3. Hastanın başka bir ülkede, kendi ülkesinde bulunan sağlık hizmetinden daha kaliteli bir hizmet alabilmesi,
4. Sahip oldukları sağlık sigortası ile ilgili sorunlar,
5. Tedavi alabilmesi için (uzun bekleme süresini) beklenmesi gereken uzun süreyi kısaltma isteği (DSÖ, 2015).

Tıptaki teknolojik gelişmelerin de etkisiyle sağlıklı olma isteği hiçbir zaman olmadığı kadar öne çıkmıştır. Sağlık turizminde eğlenceyle beraber iş ortamından uzaklaşmak ve tatille beraber sağlığına kavuşmak arzusu rol oynamaktadır. Sağlık turizmi, sağlıklı ve zinde kalmaya yönelik tüm tedavi ve yardımcı tedavileri kapsarken, Medikal turizm kavramı, tıbbi müdahaleler ve tedavi maksatlı turizm olarak anlaşılmaktadır (DSÖ, 2015).

Sağlık turizmi, turizm sektörünün katma değeri en yüksek alt sektörüdür. Katma değeri yüksek olduğu için geliştiği ülkelerde ülke ekonomisine hem büyük katkılar sağlamakta hem de bu katkı çeşitli sektörlerle girdi sağlayarak o sektörleri canlandırmaktadır. Gonzales, Brenzel, Sancho (2001) sağlık turizmi endüstrisinin, farklı sektörlerle girdi sağlamasını Şekil 1.1.'de şu şekilde ifade etmektedir.



Şekil 1.1. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık Turizmi endüstrisi girdileri

1.2. Sağlık Turizmi Türleri

Uluslararası hasta, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yaşadığı ülkeden başka bir ülkeye giden veya yaşadığı ülke dışında bir ülkede iken hastalanıp o ülkede sağlık hizmeti alan kişi olarak tanımlayabiliriz.

Mintel (2004)'e göre, gelişen dünyadaki sağlık harcamaları artma eğilimindedir. İnsanların daha uzun bir hayat beklentisi arttıkça her türlü bakımı denemeyi isteyeceklerdir. Maliyet, bakımdan beklenen fayda (stresi azaltma, yaşlanmayı geciktirme veya sağlığa katkı bağlamında) ve hizmet kalitesi müşterinin tercihlerini etkileyen unsurlar olacaktır.

Mintel (2004) ise, rahatlatıcı tatil yeri (resort) benzeri mekânlarda verilen tıbbi bakımlar kadar, tıbbi bazlı sağlıklı yaşam (wellness) bakımlarına da eğilimin arttığını beirtmiştir. Artan sağlık harcamaları ve gelişmiş ülkelerdeki hastanelerin daha ticari bir mantıkla işletilmesi ile birlikte wellness ve medikal turizmi anlayışında da değişiklikler olduğu görülmektedir. İnsanlar hem rahatlama hem de tıbbi tedavilerini (daha çok diş, cilt hastalıkları, plastik cerrahi operasyonları) aynı merkezde almak istemektedirler.

Kişilerin ileri yaşlarda da sağlıklı kalabilme istekleri, onları görünüşlerine ve fiziksel durumlarına önem göstermeye itmektedir. Bu durum da kişilerde estetik ameliyatlara ve diğer güzellik işlemlerine olan ilgiyi artırmaktadır. Bununla beraber koruyucu hekimliğe ilgi de artmaktadır. Sigorta şirketleri, sağlıklı yaşam tarzları olan kişilerin sigorta kapsamlarını genişletip primlerini düşürmektedirler. Kişiler bu yaklaşımdan dolayı her geçen gün lüks sağlık ürünlerine ve wellness turizmine daha fazla para harcamaktadırlar.

Sağlık turizmi pazarının büyümesine paralel olarak günümüzde hastaneler kendilerine daha resort benzeri bir hava vermeye çalışırken, suyla gelen sağlık (SPA) işletmeleri de kendilerini daha tıbbi bir zemin üstüne oturtmaya çalışmaktadırlar. Tüketiciler kişisel bakım alırken farklı hizmet seçeneklerini değerlendirmektedirler. Yaşlı kimselerin daha yoğun olarak yaşadığı bölgelerdeki SPA'lar (özellikle yaşlıların ihtiyaçlarına cevap vermek için dizayn edilmiş olanlar) da endüstri uzmanları tarafından planlanmaktadır. Bu durum sağlık turizmi endüstrisini; kendini tanımlamaya, geliştirmeye ve yeni standartları takip etmeye mecbur kılarak endüstrinin sertifikalı kalifiye personel istihdam etmesini sağlayacaktır.

Gonzales ve diğerleri (2001), sağlık turizminde sunulan hizmetleri üç ana başlıkta incelemişlerdir (çizelge 1.2.).

1. Sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetler (kaplıca, bitkisel tedavi, masaj vb.),
2. Tedaviye Yönelik hizmetler (Estetik ameliyat, kalp ameliyatı, göz ameliyatı, kanser tedavisi vb.)
3. Rehabilitasyon hizmetleri (diyaliz, bağımlılık programı, yaşlı bakım programı gibi) (Gonzales ve diğerleri., 2001, s.21).

Çizelge 1.1. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık turizmi türleri

Sağlık-Güzellik Turizmi	Tedavi	Rehabilitasyon
• SPA • Doğal Turizm • Eko Turizm • Kitle Turizmi • Bitkisel Tedaviler • Tamamlayıcı Tedavi	• Elektif Cerrahi • Plastik Cerrahi * Eklem Replasmanı * Kardiyotorasik Servisler • Diagnostik Servisler • Kanser Tedavisi • İnfertilite Tedavisi	• Diyaliz • İlave Programlar * Yaşlı Bakımı Programları • Bağımlılık Tedavileri

Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001)'nin yaptığı sağlık turizminde sunulan üç ana hizmet başlığının özellikleri Çizelge 1.2.'de verilmiştir.

Çizelge 1.2. Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001), Sağlık turizminde sunulan üç ana hizmet başlığının özellikleri

Özellikler	Sağlığı Geliştirmeye Yönelik hizmetler	Tedaviye Yönelik Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri
Müşteri Grubu (Hizmetten faydalananlar)	& Orta ve üst düzey gelir grubu & Sağlıklı & Düşük sağlık riski & Bütün yaş grupları	& Orta ve üst düzey gelir grubu & Seyahat edebilecek kadar Sağlıklı & Özel ameliyatlar veya tıbbi ihtiyaçlar & Değişken sağlık riski & Orta ve üzeri yaş grubu	& Üst düzey gelir grubu & Özel ihtiyaçlar & Düşükten orta düzeye doğru sağlık riski & Yaşlı & Madde bağımlısı
Sağlık Hizmetlerinin Kapasite Gerekleri	& İyi bir birinci basamak tedavi & Hastane hizmetleri için artan beklenti	& Uzman hekim becerileri & Yüksek teknoloji seviyesi	& Uzman hekim becerileri & Birinci basamak tedavi hizmeti & Tıbbi tedaviden ziyade terapötik müdahaleler
Süre	& Değişken (müşteriye göre belirleniyor)	& Tahmin edilebilir & Daha kısa & Değişkenlik takip gerektirebilir	& Değişken (müşteriye bağlı) & Daha uzun

Sağlık turizmini üç ana başlıkta inceleyeceğiz;

1.2.1. Medikal turizm (tıp turizmi)

Medikal turizm, genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında hekimler tarafından yapılan tedavi amaçlı uygulamalardan yararlanmak için hastanın ikamet ettiği yerden başka bir yere seyahat etme eylemi olarak tanımlanabilir (Aydın ve diğerleri, 2012: 18). Medikal turizm sağlık turistinın iyilik halinin gelişmesi için yapılan tıbbi işlem ya da etkinlikleri içermektedir. Hastalığın iyileştirilmesi durumu; tıbbi check-up, sağlık taraması, diş tedavisi, kalp ameliyatı, protez takılması, kanser tedavisi, nöroşirurji, organ nakilleri ve nitelikli tıbbi müdahaleleri gerektiren diğer işlemleri kapsamaktadır.

Medikal turizmin alt dallarını üç başlık altında inceleyebiliriz;

1.2.1.1. Turistin sağlığı

İkamet edilen yerden başka bir ülkeye tatil amaçlı giden turistlerin bu eylem sürecinde acil veya plansız sağlık hizmeti almak zorunda kalmasına turistin sağlığı denilmektedir (Aydın ve Şeker, 2011: 6). Kısaca, sağlık turizmi kapsamı dışındaki bir amaçla turizm faaliyetine katılan kişilerin, turist olarak bulundukları yerde ihtiyaç duymaları halinde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları da denilebilir.

1.2.1.2. Sağlık alanında ikili anlaşmalı ülkelerden gelen hastalar

Sağlık alanında yapılan anlaşmalar, uluslararası anlaşmaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ülkemizin de bazı ülkelerle sağlık alanında yapmış olduğu ikili anlaşmalar mevcuttur. Türkiye'ye yapılan sağlık anlaşmaları kapsamında da sağlık turisti gelmektedir. Bu hastaların tedavilerinin yapılması Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmektedir. Türkiye'nin sağlık alanında ikili anlaşması olan ülkelere bazıları, Sudan, Afganistan, Yemen, Arnavutluk, KKTC, Kosova, Azerbaycan'dır. İkili anlaşma kapsamında gelen hastalar Sağlık Bakanlığının ilgili biriminin resmi yazısı ile Kamu hastanelerine veya Üniversite hastanelerine yönlendirilmektedir.

1.2.1.3. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkelerden gelen hastalar

Günümüzde, kişiler kendi ülkesi dışındaki ülkelerde verilen sağlık hizmeti imkanlarından da yararlanmakta ve aldıkları sağlık hizmetlerinin bedelini sosyal güvenlik kuruluşları arasında yapılan anlaşmalarla karşılayabilmektedirler. Sağlık kurumları, sosyal güvenlik kurumları arasında sözleşme yapılmış olan ülkelerden gelen gerek orada yaşayan vatandaşlarımız ve gerekse o ülke vatandaşlarına sunulan sağlık hizmetlerinin bedelini ilgili ülkenin sosyal güvenlik kurumundan tahsil etmektedir. Türkiye 2014 yılı ortası itibarıyla; Almanya, Arnavutluk, Avusturya, Azerbaycan, Belçika, Bosna Hersek, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Fransa, Gürcistan, Hollanda, İngiltere, İsveç, İsviçre, KKTC, Kanada, Kebek, Libya, Lüksemburg, Makedonya, Norveç, Romanya, Lüksemburg ve Hırvatistan'la Sosyal Güvenlik Sözleşmesi yapmıştır.

Sosyal güvenlik kurumları arasında yapılan anlaşmalar çerçevesinde sağlık hizmeti alan uluslararası hastaların tedavi masrafları kişilerin Sosyal Güvenlik Kurumlarının o sağlık hizmeti için belirlediği bedel üzerinden tahsil edilir. Belirlenen bedelin yeterli olmadığı durumda kalan bedel kişinin bireysel sigortasından veya şahsından tahsil edilir.

1.2.2. Termal/SPA/esenlik (wellnes) turizmi

Termomineral su banyosu, inhalasyon, içme, çamur banyosu vb. çeşitli yöntemler ve fizik tedavi, egzersiz, rehabilitasyon, psikoterapi, iklim kürü, diyet gibi destekleyici tedavilerin kaplıca sularının rekreasyon ve eğlence amaçlı kullanımıyla yapılan turizm türüdür.

Kür, tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.

Termal turizmin alt dallarını üç ana başlıkta inceleyebiliriz (Özsarı ve Karatana, 2013: 139);

1.2.2.1. Klimatizm (klimaterapi, iklim tedavisi)

Klimatizm, hava sıcaklığı, nem, rüzgâr şiddeti ve hızı, güneş ışınımı vb iklimsel faktörlerin sistematik, dozlanmış, kür tarzında uygulanmasıyla yapılan tedavi şeklidir. (Özsarı ve Karatana, 2013: 139)

Belli başlı klimaterapi Uygulamaları;

1. Hava banyosu, cilt altı kan dolaşımını hızlandırmak amacıyla, kişinin vücudu güneş ışığına temas edecek şekilde yarı güneşli gölgede, oturmasıyla uygulanır. Özellikle nekahet döneminde vücudun genel direncini artırmak amacıyla yapılmaktadır (Kaplıca Zamanı, 2015).
2. Helio-terapi (güneş banyosu), güneş banyosu yapacak kişinin, vücuduna güneş ışığı temas edecek şekilde elbiselerini çıkararak güneş ışığına maruz bırakılması şeklinde uygulanmaktadır (Kaplıca Zamanı, 2015).
3. Açık hava uygulamaları, oksijen oranı yüksek, orman veya deniz kenarı gibi bir ortamda bulunan ev ya da uygun bir konumdaki bir mekânda yatağa bağlı hastaların, balkona veya açık havaya çıkarılarak veya odasında pencereleri açılıp içeriye temiz hava girmesi sağlanarak, ortam havasından istifade etmesi sağlanarak uygulanmaktadır (Kaplıca Zamanı, 2015).
4. Klimatik arazi kürleri, bu uygulama kaplıca kürüyle birlikte programlanır. Hasta kaplıca tedavisine olumlu cevap vermemişse bu yöntem uygulanmaz. Maksat hastanın açık havada yürüyüş yaparak tedavi olmasıdır, bunun yanında açık hava egzersizleriyle birlikte değişik tedavi şekilleri de uygulanabilir. Klimatik arazi kürü uygulanırken kişinin hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı alerjik hastalıklar orman ikliminden, bazı romatizmal hastalıklar dağ ikliminden, bazı Nöro-vegetatif sinir sistemi rahatsızlıkları da deniz ikliminden zarar görebilir (Kaplıca Zamanı, 2015).

1.2.2.2. Balneoterapi

Kaplıcalar Yönetmeliği (2001)'ne göre balneoterapi, termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı olarak kullanımıdır. Termal ve / veya mineralli suların, deniz suyunun, şifalı çamurların ve gazların, yöntem ve dozları belirlenmiş, banyo, paket, içme ve inhalasyon (soluma) uygulamaları şeklinde, düzenli aralıklarla seri halde tekrarlanarak kullanılmasıyla, belirli bir zaman aralığında ve kür tarzında gerçekleştirilen bir uyarı-uyum tedavisidir.

Çok bilinen balneoterapi yöntemleri şöyledir (Özsarı ve Karatana, 2013: 138);

1. Banyolar, termomineral su, peloid ve gaz banyoları ile bunların bölgesel uygulamalarıdır.
2. İçme kürleri, kaplıcalarda ya da yaşanan yerlerde doğal mineralli suların belirli bir sürede, belirli aralıklarla gün boyunca belirli miktarlarda içilmesiyle yapılan kürlerdir.
3. İnhalasyon uygulamaları, mineralli su zerreciklerinin solunması yoluyla yapılan tedavi biçimidir. Soluma uygulamalarında amaç, solunan mineralli su zerreciklerinin solunum sisteminin istenilen bölgesine ulaşmasıdır. Mineral zerreciklerinin taşıyıcı gazdan ayrılıp ortama bırakılarak girdiği dokuda etkili olması amaçlanır.
4. Peloidoterapi, doğal jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve/veya inorganik maddeler olan peloidlerin (şifalı çamurların) banyo, paket ve tampon şeklinde bir balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2001).
5. Hidroterapi uygulamaları, kaplıca (termomineral) sular ile kür şeklinde yapılan yıkamalar, dökmeler, duşlar vb uygulamalardır.
6. Talassoterapi, koruyucu ve tedavi edici ve/veya kür amaçlı olarak tıbbi gözetim ve denetim altında, deniz suyu iklimi ve unsurlarının kür tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.

Talassoterapi, deniz ve yan unsurlarından kaplıca benzeri uygulamalarla, sağlığı koruma (profilaksi) ve tedavi amacıyla yararlanmayı içerir (Çelik, 2009: 65).

Talassoterapi, günümüzde sağlık turizminde alternatif uygulamalar kapsamında yaygın olarak kullanılmaktadır. Talasso bakımlarının SPA bakımlarından ayrıldığı en önemli nokta sıcak deniz suyu ile yapılan talaso uygulamalarında metabolizmanın hızlanması ve yoğun mineral alımı olmasıdır.

Talassoterapi merkezleri sadece deniz kıyılarında kurulabilmekte, deniz suyu ve denize özgü tüm unsurların (iklim, çamur, yosunlar, kum vb'nin) tıbbi gözetim ve denetim altında, koruyucu ve tedavi edici amaçlarla kür şeklinde uygulanarak kullanılması amaçlanmaktadır.

İnsan vücudu talassoterapi uygulamasında, normal zamanda denize girildiğinde vücudun absorbe edebileceği minerallerin (kalsiyum, magnezyum, iyot, potasyum, sodyum..) yüz katından fazlasını emebilmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2009). Talassoterapi

uygulaması metabolizmanın hızlanmasını, yağ yakımının artmasını, kan dolaşımının hızlanarak endorfin hormonu salgılanmasını böylece toksinlerin vücuttan atılmasına yardımcı olmaktadır.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon, kaplıca tedavisinde kullanılan elektro terapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.

Yaşlılarda yapılan rehabilitasyon etkinlikleri üç başlık altında incelenmektedir; reaktivasyon, resosyalizasyon ve reintegrasyon (Gökkoca ve Baharlıteler, 1999: 3).

1. Reaktivasyon, letarjik, pasif, gerek sosyal gerekse fiziksel aktivite azlığı içerisindeki yaşlıların günlük yaşam için gerekli aktiviteleri tekrar kazanması için yapılan cesaretlendirme ve yönlendirme çabalarını kapsamaktadır.
2. Resosyalizasyon, hastalık sırasında ve sonrasında aile, komşular, arkadaşlar ve diğer yaşlılarla azalmış ya da kaybolmuş olan ilişkilerin yeniden canlandırılmasını amaçlamaktadır.
3. Reintegrasyon, yaşlının günlük yaşamın akışı içerisinde yenilenen ve değişen topluma uyum göstermesini ve bu beceriyi kazanmasını amaçlamaktadır.

Medikal tedavi, kaplıca tedavisi sırasında hastaya lokal veya sistemik olarak uygulanan ilaç tedavi yöntemidir.

Destek uygulamalar, sağlık eğitimi, diyet uygulamaları, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, davranış değişikliği eğitimleri ve psikolojik destek yöntemidir. Egzersiz tedavisi, su içi egzersiz, fizik tedavi ve rehabilitasyon, hidroterapi ve masaj da tamamlayıcı tedaviler olarak katkı sağlamaktadır.

1.2.2.3. Üvalizm (meyve-sebze kür tedavisi);

Bazı yörelerde yetişen meyve ve sebzelerin bu meyve ve sebzelerden hoşlanan insanlara kür şeklinde sunulması ile uygulanan kür (tedavi) yöntemidir.

1.2.3. Yaşlı turizmi

Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üstü nüfus % 20'lere yaklaşmaktadır. Bu büyük nüfus genellikle emekli, ekonomik durumu iyi, yatalak olmayan ancak 2-3 kronik hastalığı olan kişilerdir.

Avrupa'da yaşlılar iyice düşkünleşip yatalak olmadan önce daha iyi bakım ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulması, meşguliyet terapisinin yapılması şeklindeki yaşlı bakım modeli yaygınlaşmaktadır. Bu uygulamayla yaşlı bakımı ve sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti azaltılarak, daha sağlıklı bir yaşlanma temin edilmesi hedeflenmektedir.

Avrupa da 65 yaş ve üstü yaşlılar için bol yeşillikli ve temiz hava olan bölgeler ve altyapısı iyi düzenlenmiş tatil köyleri ve konutların yer aldığı yaşlı bakımevleri yaygınlaşmaktadır. Buralarda kalanlar genellikle ciddi bir tıbbi bakım gerektirmeyen sağlıklı yaşlılardır. Buralarda kalanların ciddi bir tıbbi bakım ihtiyaçları olmasa da meşguliyet terapisi ve rutin sağlık kontrollerinin yapılması gerekmektedir.

1.2.3.1. Sağlıklı yaşlı turizmi

Son dönemlerde sağlık turizminde yaşlıların bakımı ile ilgili kurulan tesisler ve bu amaçla yapılan seyahatler de sağlık turizminin yeni bir türü olarak turizm faaliyetlerinde yerini almaya başlamıştır. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü 31 Aralık 2014 verilerine göre 81 163 229 olan Türkiye nüfusunun 17 704 535'ini 50 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır Çizelge 1.3'de. Önümüzdeki 5 yıllık nüfus projeksiyonuna baktığımızda 45-49 yaş aralığında bulunan 5 011 105 kişinin, takip eden 5 yıla bakıldığında ise 5 875 891 kişinin daha bu rakama dâhil olacağı görülmektedir.

Çizelge 1.3. Nüfus kütüklerine kayıtlı yaş ve cinsiyete göre kişi sayısı (TÜİK, 2014)

Yaş Grubu	Erkek Nüfus	Kadın Nüfus	Toplam Nüfus
40-44	2 955 990	2 919 901	5 875 891
45-49	2 556 106	2 454 999	5 011 105
Toplam	5 512 096	5 374 900	10 886 996
50-54	2 333 283	2 314 020	4 647 304
55-59	1 885 406	1 878 986	3 764 392
60-64	1 448 680	1 542 605	2 991 285
65-69	1 039 161	1 196 923	2 236 084
70-74	723 930	883 130	1 607 060
75-79	474 928	646 762	1 121 690
80-84	360 032	493 496	853 528
85+	152 670	330 522	483 192
Toplam	8 418 090	9 286 444	17 704 535

Yaşlılara yönelik turizm potansiyeli sağlık turizmi yatırımcıları için büyük bir fırsattır. Sadece Türkiye'nin nüfusu değil Dünya'nın nüfusu da hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır. Nüfus yaşlanırken özellikle gelişmiş ülkelerde ortalama insan ömrü de uzamaktadır. Bu nedenle "üçüncü yaş grubu" veya "ikinci bahar" turizminden beklentisi olan ülkelerde bu yaş gruplarındaki kişi sayısının artması sonucu yaşlı turizmi veya sağlık turizmine yönelik potansiyeli yüksek bir nüfus ortaya çıkmaktadır. Bu nüfus tatil tercihini daha çok, güvenli, tedavi imkânları olan, sıcak ülkeler yönünde kullanmaktadır.

1.2.3.2. Bakıma muhtaç yaşlı turizmi

Bakıma muhtaç yaşlılar sağlıklı yaşlılara göre daha spesifik bir gruptur. İki veya daha fazla kronik hastalıkları vardır. Bu yaşlıların bakımında temel amaç kronik hastalığının tedavisinin yapılarak hastalık yükünün ve stresini azaltılmasıdır.

Bu gruptaki yaşlılar yatalak değildir, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. Ama kronik hastalığı vardır kullandığı ilaçlar ve özel diyeti vardır. Sürekli doktor kontrolü gerekir. Takip edilmeyen yaşlı kısa sürede kötüleşebilir.

Bakıma muhtaç yaşlıların bakımının yapılacağı ortamın hava, iklim ve doğa ortamı önemlidir. Bakımın yapılacağı tesiste acil müdahale rutin bakımların yapılabileceği tıbbi donanım ve sağlık personeli olmalıdır. Bu tesislerde özellikle sosyal tesisler ve yürümeyle ilgili yerler merdiven, asansör, yürüme parkurları yaşlıların rahat kullanımına uygun olmalıdır.

Yaşlıların çoğunun aynı zamanda kronik hastalığı da vardır. Türkiye'de yaşlı turistlere yönelik, bakım, eğlence, dinlenme, bakım imkânları ve kronik hastalıklarını tedavi imkânları oluşturulması bu kesimin ülkemizi tercih etmesini sağlayacaktır. Nüfus piramidine baktığımızda ülkemizde hala genç nüfus oranı yaşlı nüfusa göre daha yüksektir. Yaşlı bakım hizmetleri genç nüfusumuz açısından yeni bir istihdam alanı olacaktır.

Aydın'a (2015) göre genel olarak yaşlılarda görülen hastalıklar;

1. Kardiyovasküler hastalıklar (Koroner arter hastalığı, Hipertansiyon, Periferik damar hastalıkları)
2. Diyabet (Özel diyet)

3. Depresyon (iklim ve Sosyal aktivite, doğa turları)
4. Böbrek rahatsızlığı (Diyaliz imkânı)
5. Postmenopozal sendrom ve osteoporoz (Yaşlı kadınlarla ilgili)
6. Romatizmal hastalıklar (iklim tedavisi)'dir.

1.2.4. Engelli turizmi

Geçmişte engelli insanlar bir yük gibi kabul edilmiş sosyal hayata katılımları ve bunun için düzenlemeler yapılması çok gündeme gelmemiştir. Günümüzdeyse engellilerin de sosyal hayata katılımlarının temini, bunun için gerekli düzenlemelerin yapılması, engellilere yönelik pozitif ayrımcılık yapılması toplumun gündemini teşkil etmeye başlamıştır. Bu gelişmelerle birlikte bütün hizmet sektörlerinde olduğu gibi turizm sektörü de engelli turizmini turizm kategorileri arasına almıştır.

Günümüzde turizm alt yapısını oluşturan ulaşım, konaklama ve diğer öğelerin engelli insanlar tarafından da kullanılabilir halde olacak şekilde planlanıyor olması artık engellilerinde turizmde bir potansiyel oluşturduğunun kanıtıdır.

Engelli turizmi, genel turizm işletmelerinin engellilere de hitap edecek şekilde tasarlanmasının yanında, engelliler için hazırlanmış klinik otellerde ve rehabilitasyon merkezlerinde de verilmektedir.

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin 1187. Bakan Yardımcıları toplantısında üye devletlere yönelik 11 Aralık 2013'te özürlülere yönelik Cm/Rec (2013)3 sayılı tavsiye kararı almıştır. Bu tavsiye kararında, "engelli bireylerin kültür, spor, turizm ve boş zaman etkinliklerine tam, eşit ve etkin katılımının sağlanmasına" (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014) yönelik düzenlemeler mevcuttur.

1.3. Sağlık Turizminin Tarihi Gelişimi

İlk çağlardan beri insanlar sağlık alanında çalışmalar yapmışlar, tabiatla bulunan unsurlarla sağlık problemlerine çözüm bulmaya çalışmışlardır. Termal suların sağlık üzerindeki iyileştirici etkisi fark edilmiş bu sular bazan "kutsal su" olarak isimlendirilmiştir (www.healism.com).

Tarihte bilinen ilk sağlık kompleksi M.Ö. 4000'li yıllarda bir sıcak su kaynağının yanındaki tepede Sümerler tarafından kurulmuştur (www.health-tourism.com).

Şu an İsviçre'de Engadine vadisinde bir tatil kasabası olan St. Moritz'in çevresindeki yüksek dağlarda, demir bakımından zengin termal sular bulunmuştur. M.Ö 2000'li yıllarda kasaba ve çevresindeki insanlar bu sulardan tedavi amaçlı olarak faydalanmışlardır (www.health-tourism.com).

Eski Yunanlılar, Asclepia tepesinde büyük bir sağlık merkezi kurmuşlardır. Değişik ölkelerden insanlar bu sağlık merkezine hastalıklarını tedavi ettirmek için gelmişlerdir. Sağlık turizmi adına sistemli bir turizm faaliyetinin ilk defa bu tesise hastaların gelip gidişleri ile ortaya çıktığı düşünölmektedir. Bu tesiste yapılan sağlık turizmi çerçevesindeki faaliyetler M.Ö. 300 yılına kadar devam etmiştir (www.health-tourism.com).

Roma'nın, imparatorluk olmaya başladığı dönemlerde, bu bölgedeki termal sular tedavi amaçlı gelen hastalar tarafından tedavi amaçlı kullanıldığı gibi, bu termal sular çevresinde kurulan konaklama yerleri de Roma'lı zenginlerin ve turistlerin dinlenme ve tatil amaçlı kullandıkları merkezler haline gelmiştir.

Japonlar Orta Çağlarda "Önsen" adı verdikleri termal sulardan iyileştirici özelliğinden dolayı savaşta aldıkları yaralarını iyileştirmek, acılarını dindirmek ve yeniden güç-kuvvet toplamak için faydalanmışlardır.

1248'de, Kahire'de kurulan Mansuri Hastanesi o dönemde dünyanın en gelişmiş ve en büyük hastanesidir. 8 000 hasta kapasiteli hastane yerli ve yabancı dünyanın her yerinden hasta kabul ediyordu (www.health-tourism.com).

Smyth (2005)'in yılında yaptığı araştırmalara göre, 19. Yüzyılda alternatif bir tedavi yöntemi olarak tropik iklimin iyileştirici etkisi ön plana çıkarılmıştır. Bu dönemde tedavi amacıyla tropik iklime sahip bölgelere tedavi amaçlı seyahatler başlamıştır.

1900'lü yılların başında Avrupa ve Amerika sağlık alanında diğeri dünya ölkelerini geride bırakarak bir merkez konumuna gelmiştir. Ancak tedavi maliyetleri, kullandıkları yeni teknolojilerin AR-GE maliyetleri ve yüksek talep sebebiyle çok yüksek olmuştur. Tedavi maliyetlerinin yüksek olması sebebiyle sadece yüksek gelir grubunda yer alanlar bu

Ülkelerin sağlık hizmetinden yararlanmak amacıyla seyahat edebiliyorlardı (www.health-tourism.com).

1980 ve 1990'lı yıllarda ABD ve Avrupa'da tedavi masraflarının hızla artmasıyla hastalar denizaşırlı ülkelerde tedavi görmeye başladılar. Bu dönemde, Orta Amerika ve Küba'ya ciddi miktarda sağlık turisti seyahat etti (www.health-tourism.com).

Bu gelişmelerle birlikte sağlık turizmi, 1990'lı yılların ortalarından itibaren turizm sektörünün bir alt başlığı olarak ele alınmaya başlamıştır. Sağlık turizminde, klasik tıbbın alanları (diş, göz, estetik, kalp-damar ve eklem protezleri, kısırlık tedavisi, tüp bebek gibi cerrahi girişimler v.b.) öne çıkmaktadır. Bu tür sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler, sağlık kuruluşlarının kalitesi, eğitimli insan kaynağı ve fiyat avantajlarıyla öne çıkan ülkelere yönelmektedirler. Güney Asya ve Güney Amerika'da tedavi ve cerrahi girişim ücretleri kuzey ülkelere göre daha avantajlı durumdadır. Bu nedenle bahsedilen ülkeler sağlık turizmi anlamında öne çıkmaktadırlar. Diğer yandan, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilirlik de sağlık turizmi açısından önemli bir faktördür (www.health-tourism.com).

Sağlık turizmi alanında rekabetin yoğunlaşmasıyla birlikte bu alanda bir standart ve kontrol mekanizmasının gerekliliği ortaya çıktı. Bu amaçla, 1994 yılında Uluslararası alanda Joint Commission International (JCI) Akreditasyon Kuruluşu kuruldu. Bu kuruluş, hastanelerin standartlarını kontrol etmeye başladı. Akredite olan hastanelere dünyanın her tarafından hasta daha güvenilir bir şekilde hizmet alabilmek için akın etmeye başladı.

Asya lkeleri, 1997 yılındaki ekonomik krizden dolayı gelir getirici alternatif alanlara yönelmeye başlamıştır. Bu lkeler, gelirlerini arttırmak için alternatif alan olarak sağlık turizmine yöneldiler. Tayland sağlık turizminde özellikle de plastik cerrahi alanında bir merkez haline geldi. Uzak Doğuda Tayland, Singapur ve Hindistan gibi ülkeler zaman içinde sağlık turizminde önemli merkezler haline geldi. Bu lkeler, akreditasyona sahip hastaneleri ve merkezleriyle dünya çapında ün yaptılar (www.health-tourism.com).

2007 yılında Amerikan sağlık turistlerinin sayısı, sağlık turizmi tarihindeki en yüksek rakam olan 300 000'e yükselmiştir. 2008 yılında ABD merkezli birkaç sağlık hizmeti ve sigorta şirketi sağlıkta dış kaynak kullanımını göz önünde bulundurmaya başladı. Bunlar üyelerine

acil olmayan işlemleri ve ameliyatları başka ülkelerde yaptıрма imkânı sunmaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 21).

1.4. Dünyada Sağlık Turizmi Uygulamaları

Turizm sektörü gelir getirici, vasıfsız insan istihdamı yüksek bir alan olması yönüyle bütün dünya ülkeleri için ilgi duyulan bir alandır. Turizm potansiyeli yüksek ve gelişmekte olan ülkeler turizm sektörüne daha fazla önem vermektedirler. Bu alan ARGE katma değerli ürün üretmekte zorlanan gelişmekte olan ülkeler için yoğun döviz girdisi sağlanabilecek bir alan olarak görülmektedir. Bu bakış açısı özellikle aynı özellikleri taşıyan Akdeniz kıyısı ülkeleri, Hindistan ve Uzakdoğu ülkeleri gibi birbirine yakın doğa özellikleri taşıyan ülkeler arasında rekabet oluşmasına sebep olmaktadır. Bu rekabet ortamında ülkeler dünya turizm piyasasında paylarını artırmak için çabalamaktadırlar.

Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) (2013) verilerine göre dünyada uluslararası turist sayısı 1950 yılında 25.2 milyon kişi iken bu rakam 1995 yılında 528 milyon kişiye, 2011 yılında 980 milyon kişiye, 2014 yılında ise 1 milyar 138 milyona ulaşmıştır. Bu sayının 2015 yılında % 3-4 daha artması beklenmektedir.

Dünya genelinde turizm hareketlerinde bir artış olduğu gözlenmektedir. UNWTO verilerine göre, 2010 yılında turist sayısı 980 milyon iken, bu rakam ortalama yıllık % 3,5'lik bir büyüme ile 2011 yılında 1 milyarı geçmiştir. Türkiye dünya turizm destinasyonları arasında 2010 yılında 27 milyon turist ile 7. sırada iken, 2011 yılında 29 milyon turist ile bir üst sıra olan 6. sıraya yükselmiştir. Ancak bu turizm hareketlerinden elde edilen gelirler açısından değerlendirildiğinde Türkiye ilk 10 ülke arasına girememektedir (UNWTO 2012).

İnsanlar hastalıklarının tedavisi için tedavi imkânlarının daha iyi olduğu yerlere eskiden beri seyahat etmektedirler. Bu manada hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı insanoğlu var olduğu günden buyana devam etmektedir. Bu trafik yirminci yüzyılın sonlarına kadar ağırlıklı olarak gelişmekte olan ülkelerdeki varlıklı insanların kendi ülkelerinde olmayan tedavi yöntemleri ve daha kaliteli sağlık hizmetleri için gelişmiş ülkelerdeki daha iyi sağlık hizmeti imkânlarından yararlanmaları şeklinde gerçekleşmiştir. Ancak bu trend günümüzde

gelişmiş ülkelerdeki insanların daha ucuz ve kaliteli hizmetler için gelişmekte olan ülkelere seyahat etmeleri şekline dönüşmüştür.

Sağlık turizminin gelişmesinde çok çeşitli faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Bunlar; Dünyada ulaşım imkânlarının artması, bilgi-iletişim teknolojisindeki hızlı gelişmeler, ülke sağlık sistemlerinde yaşanan problemler, tüketicilerin bilinçlenmesi, sektörlerin yeni pazar arayışları ve ürün çeşitlemeleri ve Avrupa Birliği (AB) gibi dinamikler olarak belirtilebilir (Yıldırım ve Altunkaya, 2006: 2).

Avrupa Birliği Resmi Gazetesi'nde 4 Nisan 2011 tarihli Avrupa Birliği'nin "Sınır Ötesi Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları"na ilişkin 2011/24/EU sayılı Direktifi, yayımlanmıştır.

Bu direktifin amacı, başka bir AB üyesi ülkede sağlık hizmeti alan hastalara tedavi masraflarının nasıl geri ödeneceği ile ilgili hususları düzenlemek, sınır ötesi sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği sağlamak ve sağlık sistemleri arasında resmi işbirliği oluşturmaktır.

Son 10-15 yılda ABD, Hindistan, Singapur, Malezya, Güney Kore, Tayland, Macaristan, Brezilya, Arjantin, Güney Afrika, Küba, Meksika, Almanya, İtalya, Fransa, Polonya, İspanya, Yunanistan ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi ülkelerin sağlık turizmi hareketliliğinde ön plana çıktıkları görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, Dünya genelinde en çok sağlık turisti alan 5 ülke;

1. Panama
2. Brezilya
3. Malezya
4. Kosta Rica
5. Hindistan

olarak sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 23).

Sağlık turizminde ziyaret edilen ülkelerin yanında bir de sağlık turisti gönderen ülkeler vardır. Bu ülkelerden gelişmemiş ülkeler kategorisindeki ülkelerden (Çad, Sudan, Afganistan, Tunus vb) gelen hastalar kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin

yetersizliđi ve eksikliđinden dolayı sađlık hizmetlerinin daha iyi seviyede olduđu űlkelere gitmektedirler. Diđer grup űlkelerse (Amerika, Avrupa űlkeleri) geliřmiř űlkeler kategorisindeki űlkelerdir. Bu űlkelerdeki hastaların diđer űlkelerden sađlık hizmeti alma talebinde bulunmalarının sebebi ise kendi űlkelerindeki sađlık hizmetlerinin pahalı olması, tedavi için bekleme sűrelerinin uzunluđu gibi sebepler sűz konusudur (Sađlık Bakanlıđı, 2012: 24).

Yařlı nűfusun bařka űlkelerde tedavi ve bakımı tercih etmesindeki temel sebeplerse kendi űlkelerinde yařlı nűfusun çok olması, personel yetersizliđi ve bakım maliyetlerinin yűksek olması řeklindedir.

Dűnya Turizm Őrgűtű'nűn arařtırmasına gűre, 2012'de Dűnya'da sađlık turizminin 100 milyar dolarlık bir bűyűklűđe ulařması bekleniyor. Dűnya Turizm Őrgűtű'nűn diđer bir tahminine gűre, "2017 yılına kadar sadece ABD'den 23 milyon potansiyel hastanın 79,5 milyar dolarlık bir harcama yaparak denizařırı űlkelere sađlık turizmi amacıyla gideceđi" hesaplanmaktadır (Stephano ve Edelheit, 2012: 9).

Dűnyadaki kűreselleřme sűreci, űlke sađlık sistemlerinde yařanan problemler (űrneđin uzun bekleme listeleri ve yűkselen maliyetler, hizmetlerde kalite problemleri), tűketicilerin bilinçlenmesi ve Avrupa Birliđi (AB) gibi dinamiklerin bir sonucu olarak hızla bűyűyen bir sektűr olan sađlık turizmi çok genel anlamda hem tatil hem de tedavi unsurlarını içeren bir kavramdır. Gűnűműzde dűnya sađlık turizminden en bűyűk payı alan űlkelerin bařında Hindistan gelmektedir. Her yıl yaklařık olarak Hindistan'a 150.000 sađlık turisti gitmektedir. Hindistan sađlık sektűrűnde her yıl % 30'luk bir bűyűme olduđu kaydedilmekte ve 2012 yılında yıllık sađlık turizm gelirinin 1,2 milyar pound olması beklenmektedir. Bu popűlaritenin temel nedeni bu turizm potansiyelini erken gűrmeleri, dűřűk maliyetle çalıřmaları ve iyi tanıtım yapmalarıdır. Hindistan'ın eski bir İngiliz sűműrgesi olması da İngiltere'de daha olumlu tanınmalarını sađlamaktadır. Hindistan'ın son yıllarda genel olarak ekonomik anlamda gűstermiř olduđu kayda deđer geliřmeyi de gűz ardı etmemek gerekir (Yıldırım ve Altunkaya, 2006: 1).

Dođu Avrupa űlkeleri de űzellikle dűřűk iřçilik maliyetleri ve AB űyeliđi avantajını kullanarak sađlık turizmi pastasından űnemli bir pay almaya bařlamıřlardır. Őzellikle, Tűrklerin bile ilk aklına gelen űlke olan Macaristan, sadece dıř tedavisinden elde ettiđi yıllık 2 milyar dolarlık

girdi ile yıldızı parlayan ülkeler arasında yer almaktadır. Bunun yanısıra, Belçika da özellikle estetik cerrahi ve obezite tedavisi konularında çok ciddi bir sektör payı elde etmiş durumdadır (Yıldırım ve Altunkaya, 2006: 1).

NTV Haber kanalının (2006) bir haberine göre, Fransız Le Figaro gazetesi tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, Orta Avrupa, Asya ve Kuzey Afrika'nın turistik ülkeleri, kalp ameliyatı, böbrek nakli, diş ve göz bakımı gibi sağlık alanlarında kendilerine yeni turist rezervi oluşturmaya başlamışlardır. Aynı araştırmaya göre, Hindistan kalp ameliyatı, Tayland böbrek nakli, Macaristan ve Polonya diş bakımı, Tunus ve Fas ise göz sağlığı konusunda ön plana çıkmaktadırlar. Araştırmalar, bu ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin Batı Avrupa'ya oranla ortalama %40 ile %70 arasında daha ucuz olduğunu gösteriyor.

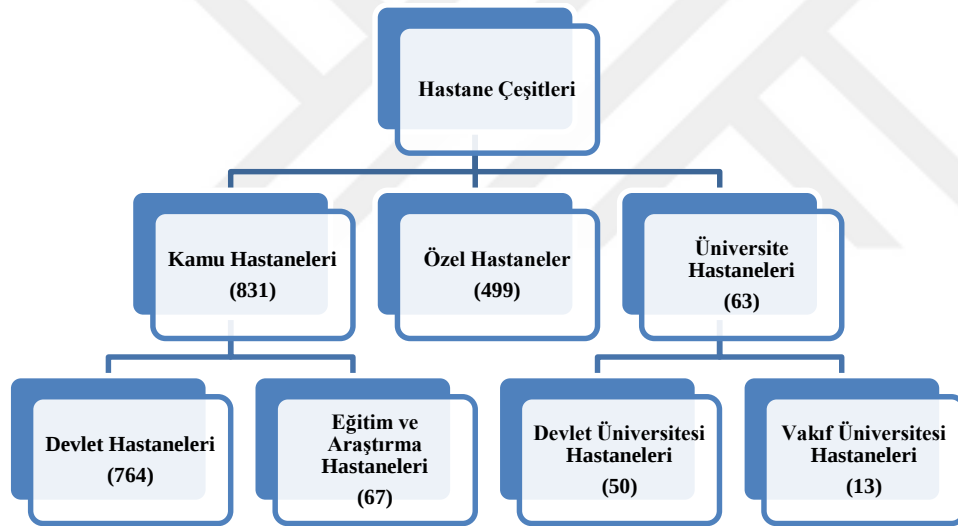
İngilizler; ülkelerindeki kamu sağlık hizmetleri için çok uzun süre bekledikleri ve özel sektörün sağlık hizmetlerini çok pahalı buldukları için binlerce kilometre uzakta tedavi görmeyi kabul ediyor. Fransızlar ise, takma diş veya diş kaplama gibi kendi sigorta kurumlarının ödemediği sağlık hizmetleri için bu tip turizmi benimsemiş durumdadırlar (NTV Haber, 2006).

Özellikle diş bakımı konusunda ön plana çıkan Polonya ve Macaristan'da İngilizce, Fransızca ve Almanca hizmet veren özel klinik sayısının her geçen gün arttığı kaydedilmektedir. Doğu Asya ve Orta Avrupa ülkelerindeki uluslararası sağlık hizmeti sunucuları, sağlık turizmini yükselen yıldız olarak görmektedirler. Bu konuda Hindistan oldukça iyi bir örnek teşkil etmektedir. Hindistan; açık kalp cerrahisi, kozmetik cerrahi, eklem protezi cerrahisi ve diş tedavileri konusunda oldukça ilerlemiş durumdadır. Özellikle, ABD'den her yıl çok sayıda hasta tedavi amacıyla Hindistan'daki merkezlere seyahat etmektedir. ABD'deki tedavi edici sağlık hizmetlerinin dünyanın en pahalısı olduğu bilinen bir gerçektir. Hindistan da ise pek çok ameliyatın birim maliyetleri ABD'dekine kıyasla 4-5 kat hatta kemik iliği nakli gibi bazı tedavilerde 7-8 kat daha ucuzdur. Bu da, ülkesinde tedavi olmaya maddi imkânları yetmeyen ya da sağlık sigortası tarafından tedavi masrafları karşılanmayan ABD vatandaşları için Hindistan'ı çok cazip hale getirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 24).

1.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi Uygulamaları

Türkiye’de sağlık turizminin gelişimi için kamu ve özel sektör yoğun gayret göstermektedir. Kamu, ihtiyaç duyulan teşvik vb. mevzuat düzenlemelerini yapmakta, özel sektörde hedef ülkelerde gerekli lobi ve reklam çalışmalarını yapmaktadır. Ülkemizin sahip olduğu iklim, coğrafi konum, kültürel varlıklar ve tarihi miras sağlık turizmi alanında hızlı bir şekilde gelişmesine imkân sağlayacak şartları bünyesinde barındırmaktadır.

Gerek rehabilitasyona ihtiyacı olanların, gerekse diğer hastaların olumlu çevre koşullarında, kaliteli ve daha ekonomik olarak hastalığını iyileştirmek, sağlığını korumak ve geliştirmek olan tedavi amaçlı sağlık turizmi için Türkiye’nin pek çok avantajları bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2005: 7).



Şekil 1.2. Türkiye’deki hastane türleri (Sağlık Bakanlığı,2013)

2012 yılında mevcut hastane sayısı özel hastaneler 499, kamu hastaneleri 831 ve üniversite hastaneleri 63 olmak üzere toplam 1393’tür. Kamu hastaneleri arasında yer alan devlet hastanelerinin sayısı 764, eğitim ve araştırma hastanelerinin sayısı 67’dir. Üniversite hastaneleri arasında yer alan devlet üniversitesi hastaneleri sayısı 50, vakıf üniversitesi hastaneleri sayısı ise 13’tür (şekil 1.2). 2012 yılında Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hastalar toplam 899 hastaneyi tercih etmiştir. Bu hastanelerin 499’u özel hastane, 308’i devlet hastanesi, 66’sı eğitim ve araştırma hastanesi, 21’i devlet üniversitesi hastanesi, 5’i ise vakıf üniversitesi hastanesidir. Türkiye’de kamu hastanelerinin sayısı yüksek olmasına rağmen uluslararası hastalar bu hastaneler arasında yer alan devlet

hastaneleri ve üniversite hastanelerinin yarısından azını, eğitim ve araştırma hastanelerinin ise neredeyse tamamını tercih etmektedirler. Özel hastanelerin ise tamamına uluslararası hastalar tarafından tedavi amaçlı olarak gidilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 16).

1.5.1. Türkiye'de sağlık turizmine ilişkin yasal düzenlemeler

Konu genel mevzuat düzenlemeleri ve sağlık turizmi teşvikleri ile ilgili yasal düzenlemeler başlıkları altında ele alınmıştır.

1.5.1.1. Genel mevzuat düzenlemeleri

Bu kısımda sağlık turizmi konusunda çıkarılmış olan Kanun, Kanun Hükmünde Kararname, Yönetmelik ve Genelgelere yer verilmiştir. Kaynak olarak Resmi Gazetenin ilgili sayıları ve ilgili Kamu Kurumlarının web sayfaları kullanılmıştır.

2 Kasım 2011 Çarşamba günü 28103 sayılı (Mükerrer) Resmî Gazetede yayınlanan *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname*, sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak görevini Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne vermiştir.

27.03.2002 tarihli ve 24708 sayılı *Özel Hastaneler Yönetmeliği*, bu yönetmelik konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri kapsar. Konaklama tesisleri bünyesinde kurulacak özel hastaneler ve bağlı birimleri ile ilgili düzenlemeler de bu yönetmelikle yapılır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 26/09/2013 tarih ve 2013/18 sayılı *Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Genelgesi*, Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan işletme veya yatırım belgesi almış konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitelerinin başvuru ve işleyişlerine ilişkin hususlar yer almaktadır. Konaklama tesisinde açılacak sağlık üniteleri başvuruları ve işleyişi, konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesi ile birimler için ortak uygulamalar bu genelge ile düzenlenmiştir.

13/06/2011 tarihli ve 2011/41 no'lu *Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri konulu genelge*, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmıştır. Yurt dışında yaşayanlara ve ülkemizi ziyaret eden turistlere birçok hastanemizde sağlık hizmeti sunma imkânımız bulunduğu ve bu tür sağlık hizmetleri talep edenlere, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve milletler arası ikili anlaşmalar kapsamının dışında farklı prensiplerde sağlık hizmeti sunulmasının uygun ve gerekli görüldüğü ifade edilmiştir.

23.07.2013 tarihli ve 25541 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan *Sağlık Turizmi Ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge*, bu yönerge ile ülkemize yurtdışından gelen uluslararası hastalar ile turistlere, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sunulacak sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarının belirlenmesi amaçlanmıştır. 31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na tabi olmayan; yurtdışında ikamet eden ve Türkiye'de oturma izni almamış, ülkemize belirli bir süre için eğitim amacı dışında yasal yollarla giriş yapmış olan kişilere sunulacak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Bu kısımda sağlık turizmi ile ilgili mevzuat düzenlemelerine esas teşkil eden Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 02.07.2013 tarih ve 1041 numaralı kararıyla onaylanan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)'na dayanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan *Türkiye Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı'nın* amaç, kapsam, program hedefleri, performans göstergeleri, program bileşenleri ve koordinatör ve sorumlu kurum/kuruluşlar ele alınmıştır.

Türkiye Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı

Programın Amacı ve Kapsamı, tıbbi tedavinin alınması, termal kaynakların kullanılması, rehabilitasyon hizmetlerinin ve kişilerin kendilerini iyi ve sağlıklı hissetmesini sağlayan hizmetlerin giderek artmasına paralel olarak sağlık turizmi, ülkemizin potansiyeli dikkate alındığında önemli bir fırsat sunmaktadır.

Bu programla, Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilerek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 yılları arasını kapsayan Stratejik Eylem Planı'nda sağlık turizmine ilişkin amaç ve hedefler yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2013-2017

Amaç 4. Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.

Hedef 4.5 Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek.

Hedefe Yönelik Stratejiler

- 4.5.1. Sağlık turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak.
- 4.5.2. Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek.
- 4.5.3. Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek.
- 4.5.4. Sağlık turizmi yönetimini iyileştirmek.

1.5.1.2. Sağlık turizmi teşvikleri ile ilgili yasal düzenlemeler

Sağlık turizmi sektörünün desteklenmesi için devlet tarafından çıkarılmış bir kısım teşvikler bulunmaktadır. Bu teşvikler sektör açısından da önemlidir. Bu teşvikler aşağıda yer almaktadır.

1. *5520 sayılı Kurumlar Vergisi Kanunu*, Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilerle, işyeri, kanuni ve iş merkezi yurt dışında bulunanlara Türkiye'de verilen, ilgili bakanlığın izni ve denetimine tabi olarak eğitim ve sağlık alanında faaliyet gösteren ve Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilere hizmet veren işletmelerin münhasıran bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50'sinin kurumlar vergisinden muaf tutulacağını belirtir.
2. *31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu (G.V.K.)*, Kurumlar Vergisi Kanununda belirtilen %50 indirimin, Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilerle, işyeri, kanuni ve iş merkezi yurt dışında bulunanlara Türkiye'de verilen ve ilgili bakanlığın izni ve denetimine tabi olarak eğitim ve sağlık alanında faaliyet gösteren ve Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilere hizmet veren işletmelerin münhasıran bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50'sinin gelir vergisinden muaf olduğunu belirtmektedir.

3. *Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ (Tebliğ No: 2012/4)*, bu tebliğin üçüncü bölümünde Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörlerine Yönelik Destekler bölümü A kısmı Sağlık Turizmi Sektörüne Yönelik Destekleri açıklamaktadır. Bu destekler pazara giriş desteği, yurt dışı tanıtım desteği, yurt dışı birim desteği, belgelendirme desteği, ticaret heyeti ve alım heyeti destekleri, danışmanlık desteği şeklindedir.
4. 31 Aralık 2012 tarih ve 28514 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan *Kurumlar Vergisi Genel Tebliği*, 5520 sayılı Kurumlar Vergisi Kanununun uygulanması ile ilgili bir tebliğdir. Bu tebliğde Sağlık alanında faaliyet gösteren işletmelerin elde ettiği kazançlara indirim uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığından alınan ruhsat çerçevesinde faaliyette bulunulması zorunludur. Eğitim alanında faaliyet gösteren işletmelerin de Milli Eğitim Bakanlığından alınan izin belgesi veya ruhsat çerçevesinde faaliyette bulunmaları gerekmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olmak şartıyla sağlık turizmi ile uğraşan işletmelerin de indirimden faydalanmasının mümkün olduğunu ifade eder.

Sonuç olarak; sağlık turizmi döviz kazandırıcı önemli bir faaliyettir, ülkemizin cari açığının kapatılmasında göz önüne alınması gereken bir kaynaktır. Dünyada turizm pastasından pay alan ülke sayısı giderek artmakta, bu noktada ürün çeşitliliğine gidip, kendilerini farklılaştıracak yeni yöntemler geliştiren kentler, ülkeler ön plana çıkmaktadır.

10.07.2015 tarihi itibarıyla Dünyada kullanılmakta olan 5 tane sağlık kurumları akreditasyon sisteminden en önemlisi olarak görülen Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip Dünya genelinde 727 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Türkiye'de JCI'ya akredite 46 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu sağlık kuruluşlarının 37 tanesi hastane, 3 tanesi Akademik Tıp Merkezi Programı, 2 tanesi Ambulatuvar bakım programı, 4 tanesi klinik laboratuvar programıdır (UNWTO, 2013). Bu rakam, dünyadaki tüm akredite hastanelerin yaklaşık olarak % 6'sına karşılık gelmektedir. Bu oran 2012 yılında %10 iken geçen 2 yıllık sürede %3,5 civarında gerileme göstermiştir. Türkiye'de 2012 yılında akredite sağlık kuruluşu sayısı 47 iken 2015 yılında 46'ya düşmüştür. Çizelge 1.4.'de görüleceği üzere, 2015 yılı itibarıyla Hindistan'da 23, Tayland'da 43, Singapur'da 21, Brezilya'da 48, Suudi Arabistan'da 79 tane JCI akrediteli hastane bulunduğu bilinmektedir.

Çizelge 1.4. Bazı ülkelerin 2012-2015 yılları JCI'ya akredite sağlık kuruluşu sayıları karşılaştırması, (JCI, 2015)

	2012 JCI Akredite Sağlık Kuruluşu Sayısı	2015 JCI Akredite Sağlık Kuruluşu Sayısı	Değişim Oranı (%)
Türkiye	47	46	-2,10%
Hindistan	16	23	43,70%
Tayland	11	43	290,90%
Singapur	16	21	31,20%
Brezilya	23	48	108,60%
Suudi Arabistan	33	79	139,30%

1.5.2. Türkiye’de sağlık turizminden sorumlu kuruluşlar

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, 31 Mart 2010 tarih ve 18529 sayılı makam oluru ile Sağlık Turizmi Birimi kurulmuştur. Birim, 05.05.2011 tarihinde Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü adında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir.

02.11.2011 sayılı Resmi Gazete ile 663 sayılı KHK gereği Bakanlıktaki yeniden yapılandırma kapsamında; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak yapılandırılmıştır. 26.12.2013 tarih ve 43148 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne aktarılmıştır.

Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyelini değerlendirmek ve sağlık turizmi hizmetlerinin tek elden kontrol edilmesini sağlamak amacıyla; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 31 Mart 2010 tarih ve 18259 sayılı onayı ile Sağlık Turizmi birimi kurulmuş, bu birim bünyesinde yurtdışı koordinasyonu, sağlık turizmi, termal turizm, SPA-Wellness ve ileri yaş ve engelli turizmi bölümleri oluşturulmuştur.

2 Kasım 2011 Çarşamba gün ve 28103 sayılı (Mükerrer) Resmî Gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede, Sağlık Turizmi ile ilgili iş ve işlemler, kurumlar arası koordinasyon ve sağlık turizminin geliştirilmesi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev alanı ve yetkisine verilmiştir.

Sağlık turizmi birimi 05.05.2011 tarihinde 15298 sayılı Makam Oluru ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiş, 02 Kasım 2012 sayılı resmi gazete ve 663 sayılı yasa gereği

Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen yeniden yapılandırma kapsamında Sağlık Turizmi Birimi, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı adını almış ve faaliyetlerini medikal (tıp) turizmi, termal turizm, SPA-Wellness, ileri yaş ve engelli turizmi ve turistin sağlığı bölümleri ile devam ettirmiştir.

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, özellikle 7 büyük ilde İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde örgütlenmiştir. Mevzuat alt yapı çalışmalarına hızlı bir şekilde başlanılmıştır. 663 Sayılı KHK ile yabancı hekim ve yabancı hemşire çalıştırılmasının önü açılmıştır.

444 47 28 hattı (Uluslararası Hasta Destek Birimi) sağlık turizmi hastaları için Almanca, İngilizce, Arapça ve Rusça dillerinde 24 saat tercümanlık hizmet vermektedir.

Sağlık Serbest Bölgeleri mevzuat çalışmaları devam etmektedir.

1.6. Türkiye’de Turizm İstatistikleri

Dünya genelinde turizm hareketlerinde bir artış olduğu görülmektedir. UNWTO (2013) verilerine göre 2000 yılında turist sayısı 677 milyon iken 2010 yılında 949 milyon 2012 yılında ise 1,035 milyon olmuştur.

Türkiye dünya turizm destinasyonları arasında 2010 yılında 27 milyon turist ile 7. sırada iken, 2011 yılında 29 milyon turist ile bir üst sıra olan 6. sıraya yükselmiştir. Ancak bu turizm hareketlerinden elde edilen gelirler açısından değerlendirildiğinde Türkiye ilk 10 ülke arasına girememektedir (UNWTO, 2013).

İnsanları uluslararası turizm hareketlerine yönelten nedenlerden birisi de hiç şüphesiz “sağlık” olmaktadır. Dünyada sağlık amaçlı turizm hareketlerinin yukarıda bahsedilen büyümeye paralel bir seyir izlediğini söylemek doğru bir tespit olacaktır. 2010 yılında sağlık turizminin pasta büyüklüğünün 100 milyar dolar olduğu ifade edilmektedir (Deloitte, 2010). Bu harcamayı yaklaşık 22 milyon sağlık turisti gerçekleştirmektedir. Sağlık turizminin bir alt dalı olarak değerlendirilen medikal turizmin dünyadaki potansiyeline ve gelişme sürecine bakıldığında ilerleyen yıllarda önemli düzeyde küresel bir rekabet ortamının olacağı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 6).

Diğer taraftan sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerine göre önemli bir üstünlüğü de ülkeye kazandırdığı katma değer, ortalama diğer turizm çeşitlerine göre 25 kat fazla getirisinin olmasıdır. Bu çarpıcı rakam, ilerleyen dönemde bu alandaki rekabetinde habercisi olmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2011: 18)

1.6.1. 2012-2014 Yıllarında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının milliyetleri

2012-2014 yılları arasında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının milliyetleri çizelge 1.5'de verilmiştir. Çizelge sektör açısından hedef pazar belirlemede önem arz etmektedir.

Çizelge 1.5. 2012-2014 Yıllarında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının milliyetleri (TÜİK, 2015)

Milliyet	Yıllar			Milliyet Payı (%)			% Değişim Oranı	
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2013/2012	2014/2013
Almanya	5 028 745	5 041 323	5 250 036	15,82	14,44	14,25	0,25	4,14
Rusya Federasyonu	3 599 925	4 269 306	4 479 049	11,33	12,23	12,16	18,59	4,91
İngiltere	2 456 519	2 509 357	2 600 360	7,73	7,19	7,06	2,15	3,63
Bulgaristan	1 492 073	1 582 912	1 693 591	4,69	4,53	4,60	6,09	6,99
Gürcistan	1 404 882	1 769 447	1 755 289	4,42	5,07	4,76	25,95	-0,80
Hollanda	1 273 593	1 312 466	1 303 730	4,01	3,76	3,54	3,05	-0,67
İran	1 186 343	1 196 801	1 590 664	3,73	3,43	4,32	0,88	32,91
Fransa	1 032 565	1 046 010	1 037 152	3,25	3,00	2,82	1,30	-0,85
A.B.D.	771 837	785 971	784 917	2,43	2,25	2,13	1,83	-0,13
İtalya	714 041	731 784	697 360	2,25	2,10	1,89	2,48	-4,70
Yabancı Genel Toplam	31.782.832	34.910.098	36.837.900	100,00	100,00	100,00	9,84	5,52

Çizelge 1.5'de görüldüğü gibi 2014 yılında ülkemize en fazla Almanya vatandaşları gelmiştir. Bu rakam 2012'de 5 028 745 iken 2013'de 5 041 323'e 2014'de 5 250 036'ya çıkmıştır. Bu rakam 2014 yılı için Türkiye'ye gelen yabancıların %14.5'ine karşılık gelmektedir.

1.6.2. 2011-2013 Yılları arasında Türkiye'ye gelen yabancıların geliş nedenleri

2011-2013 yılları arasında Türkiye'ye gelen yabancıların geliş nedenleri aşağıda çizelge 1.6'da verilmiştir.

Çizelge 1.6. Türkiye'ye geliş nedenine göre çıkış yapan ziyaretçiler, 2011 – 2013 (TÜİK Çıkış yapan ziyaretçiler anketi, 2014)

Yıl	Toplam	Geliş Nedeni									
		Gezi, Eğlence, Sportif ve Kültürel Faaliyetler	Akraba ve Arkadaş Ziyareti	Eğitim Staj (1 yıldan az)	Sağlık ve Tıbbi Nedenler (1 yıldan az)	Dini/hac	Alışveriş	Transit	İş amaçlı (konferans, toplantı, görev vb.)	Diğer	Beraberinde giden
2011	36 151 327	18 602 663	6 058 787	240 583	187 363	106 743	1 101 744	795 916	2 134 624	1 166 273	5 756 631
2012	36 463 921	20 331 030	5 436 739	222 442	216 229	66 401	877 687	38 548	2 158 204	956 250	6 160 389
2013	39 226 226	21 680 347	5 757 757	190 272	267 461	59 076	952 204	36 429	2 333 144	1 154 085	6 795 452

Çizelge 1.6'da görüldüğü gibi 2011-2013 yılları arasında ülkemize gelen turist sayısında genel anlamda artış olmuştur. Bu artış sağlık ve tıbbi nedenlerle gelen turist sayısında da gözlenmektedir. 2011 yılından 2013 yılına turist sayısında yaklaşık %8'lik bir artış olmasına karşılık, sağlık turistinin turist sayısı içindeki yeri 2011 yılında %5,1 iken 2013 yılında %6,8'e çıkmıştır.

1.6.3. 2013 Yılında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının giriş yaptıkları sınır kapıları

2013 Yılında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının giriş yaptıkları sınır kapıları çizelge 1.7'de verilmiştir.

Çizelge 1.7. 2013 Yılında Türkiye'ye gelen ilk 10 ülke vatandaşının giriş yaptıkları sınır kapıları (TÜİK, 2015)

Milliyet	Sınır Kapıları									
	Ankara	Antalya	Artvin	Aydın	Edirne	İstanbul	İzmir	Kilis	Muğla	Şırnak
Almanya	88 193	2 831 583	3 410	27 257	228 985	1 177 611	350 959	785	205 110	12 556
Fransa	7 359	221 751	1 011	8 400	62 836	480 304	125 161	541	131 940	815
Hollanda	19 562	547 220	842	11 468	51 453	285 766	81 770	216	274 369	6 078
İngiltere	4 914	444 376	611	107 496	19 146	467 178	114 192	786	1 331 522	10 143
İtalya	2 995	39 135	381	29 060	7 219	450 297	152 637	439	47 227	147
A.B.D.	8 452	15 719	892	163 624	6 542	503 905	51 072	491	24 989	2 173
Bulgaristan	505	11 955	5 326	2 101	1 252 146	71 015	3 654	59	8 211	1 747
Gürcistan	240	7 140	1 633 640	20	45 093	60 652	342	6	213	852
Rusya Federasyonu	18 006	3 335 858	28 257	4 051	8 616	573 459	33 758	193	229 985	124
İran	33 253	70 123	23 595	78	108 47	375 259	27 950	23	3 174	1 101

Çizelge 1.7'de 2013 yılında yurt dışından gelen hastaların Türkiye'ye giriş yaparken çoğunlukla Antalya ilini tercih ettikleri görülmektedir. Bunun sebebi ise gelen turistlerin çoğunluğunun tatil turisti olmasından kaynaklanmaktadır. Sunabileceği sağlık imkânlarının genişliği göz önüne alındığında Ankara'dan Türkiye'ye giriş yapan turistlerin sayısının

düşüklüğü ise dikkat çekmektedir (TÜİK, 2015). Sağlık turizmi yatırımı yapacak olan işletmelerin bu noktaya dikkat etmelerinde fayda olduğu düşünülmektedir.

1.7. Türkiye’de Sağlık Turizmi İstatistikleri

Uluslararası hastalar, sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğu ülkeden başka bir ülkeye seyahat eden hastalardır. Yatırımcıya ve sektöre bilgi verme açısından Türkiye’ye gelen yabancı sağlık turisti hareketlerinin izlenmesi gerekmektedir. Bu açıdan sağlık turizmi ile ilgili istatistiki veriler ilerleyen kısımda verilmiştir. Uluslararası hastaların geliş şekilleri ve geldikleri tüm illerin listesi Ek. 1’de sunulmuştur. Uluslararası hastaların en fazla geldikleri illerden birincisi, turizm açısından da en fazla tercih edilen iller arasında olan Antalya’dır. En fazla tercih edilen diğer iller ise sırasıyla İstanbul, Ankara, Kocaeli, İzmir, Muğla, Aydın, Karaman, Adana ve Sakarya’dır.

Çizelge 1.8. 2011 Yılında sağlık turizmi kapsamında Türkiye’ye gelen turistlerin tercih ettikleri hastaneler ve sayıları (Sağlık Bakanlığı, 2012)

Devlet Hastanesi		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Devlet Üniversitesi Hastanesi		Vakıf Üniversitesi Hastanesi		Özel Hastane	
Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı
308	27 355	66	13 042	21	2 755	5	752	499	218 095

Çizelge 1.8. incelendiğinde hastane başına düşen hasta sayısı yönüyle, 437 hasta ile özel hastanelerin birinci sırada olduğu görülmektedir. Hastane başına düşen hasta yönüyle özel hastaneleri, 198 hasta ile eğitim ve araştırma hastaneleri, 135 hasta ile üniversite hastaneleri, 89 hasta ile de devlet hastaneleri izlemektedir. Uluslararası hastalar % 83’lük oran ile en fazla özel hastaneleri tercih ederken, % 1’lik oran ile de en az üniversite hastanelerini tercih etmektedirler. Genel olarak değerlendirildiğinde medikal turizmde özel hastaneler sağlık turistleri tarafından daha çok tercih edilmektedir. Uluslararası hastaların özel sektörü tercih etmesinin birçok sebebi belirtilebilir. Özel hastaneler genel olarak medikal turizmde daha fazla tanıtım faaliyetlerine sahiptirler (Sağlık Bakanlığı, 2013: 16).

Çizelge 1.9. 2011 Yılında Türkiye’de tatil yaparken rahatsızlanan turistin sağlığı hasta sayısı ve tercih ettikleri hastane türleri, 2011 (Sağlık Bakanlığı, 2012)

Devlet Hastanesi		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane	
Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı
286	21 530	28	3 159	28	9 595	205	60 333

Çizelge 1.9’a bakıldığında, turistin sağlığı kategorisinde de özel hastanelerin kamu hastanelerinin 2 katı daha fazla hasta çektikleri görülmektedir. Turistin sağlığı kategorisinde çok hasta çeken hastaneler daha çok tatil ve iş amaçlı turist çeken bölgelerimizde bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 37).

Çizelge 1.10. Medikal turizm ve turistin sağlığı - 2012 yılı kamu ve özel sektör tahmini gelirler (Sağlık Bakanlığı, 2013)

		2012 Yılı		
		Hasta Sayısı	Hasta Başına Gelir USD	Toplam Gelir USD
Medikal Turizm	Kamu	14 766	9 000	132 894 000
	Özel	154 696	12 000	1 856 352 000
Turistin Sağlığı	Kamu	22 491	2 000	44 982 000
	Özel	47 972	4 000	191 888 000
Toplam		239 925	9 278	2 226 116 000

Çizelge 1.10. incelendiğinde hem medikal turizm, hem de turistin sağlığı kategorilerinde özel hastanelerin kamu hastanelerinden hem hasta sayısı olarak, hem de hasta başı alınan gelir olarak daha üstte olduğu görülmektedir. 2012 yılında sağlık turisti ve turistin sağlığı alanlarında elde edilmesi beklenen 2 226 116 000 dolarlık gelirin %92’lik kısmını özel hastanelerin kazanması beklenmektedir.

Sağlık turizmi ile ilgili veriler; Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'na ait "Yabancı uyruklu Hasta Takip Sistemi" isimli web sitesinde (web tabanlı kayıt sistemi) mevcuttur. Bu web kayıt sistemine 81 ilin tüm hastaneleri, yabancı hasta bilgilerini kaydetmektedir. Bu sistemde kayıtlı olan veriler aylık raporlar halinde elde edilmektedir. Bizim çalışmamızda da bu veriler kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013: 49).

1.7.1. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye'ye gelen hastaların ilk 10 ülkeye göre dağılımı

Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye'ye gelen hastaların ilk 10 ülkeye göre dağılımı çizelge 1.11'de gösterilmiştir. Sağlık turizmi alanına yatırım yapmayı düşünen işletmeler için bu bilgiler önem arz etmektedir.

Çizelge 1.11. Uluslararası hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Ülke	Sayı
Almanya	43 259
Libya	38 898
Rusya	27 604
Irak	16 926
Hollanda	14 959
Azerbaycan	13 023
İngiltere	12 456
Romanya	5 685
Norveç	5 554
Bulgaristan	5 511

Türkiye'ye en fazla sağlık turisti gelen ilk 10 ülke arasındaki Almanya, Hollanda, Rusya, İngiltere, Fransa, Bulgaristan gibi ülkelerin aynı zamanda Türkiye'ye en fazla turist gelen ülkeler arasında da bulundukları görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 34).

1.7.2. Türkiye'deki hastanelerin akreditasyon durumuna göre uluslararası hastaların 2012 yılında Türkiye'ye gelişleri

Türkiye'deki hastanelerin akreditasyon durumuna göre uluslararası hastaların 2012 yılında Türkiye'ye gelişleri çizelge 1.12'de verilmiştir.

Çizelge 1.12. Hastanelerin akredite olma durumlarına göre uluslararası hasta geliş şekilleri, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Hasta Geliş Şekli	Akredite Olma Durumu				Toplam	
	Akredite		Akredite Değil			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İkili Anlaşmalı Ülkeler	3	0,6	541	99,4	544	100
Medikal Turizm	62 914	37,1	106 548	62,9	169 462	100
SGK ile Anlaşmalı Ülkeler	3 823	17,8	17 707	82,2	21 530	100
Turistin Sağlığı	4 939	7	65 524	93	70 463	100
Toplam	71 679	27,4	190 320	72,6	261 999	100

Çizelge 1.12. incelendiğinde turistin sağlığı alanında gelen hastaların akredite hastanelerden ziyade akredite olmayan hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir. Sağlık turisti kapsamındaki hastalarinsa %37,1 oranında akredite hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 45).

Joint Commission International (JCI); sağlık hizmetleri alanında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en eski ve en büyük standart belirleme ve akreditasyon kurumudur ve 20.000'den fazla kurumu değerlendirerek bu kurumlara, güvenli ve etkin bakımda mükemmeliyete ulaşma konusunda ilham vermektedir.

Uluslararası hastaların % 27,4'ü Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş olan hastanelere, % 72,6'sı ise akredite olmayan hastanelere başvurmuştur. Başka bir deyişle, dört uluslararası hastadan birinin akredite hastaneleri tercih ettiği söylenebilir.

Diğer yandan, ikili anlaşmalı ülkelerden gelen hastaların neredeyse tamamı (% 99,4), medikal turistlerin % 62,9'u, Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ülkelerden gelen hastaların % 82,2'si ve turistin sağlığı kapsamında gelen hastaların % 93'ü akredite olmayan hastanelere başvurmuştur (Çizelge 1.12.) (Sağlık Bakanlığı, 2013: 46).

Çizelge 1.13'de akredite olan ve olmayan hastaneler başına düşen hasta sayıları verilmiştir.

Çizelge 1.13. Akredite olan ve olmayan hastaneler başına düşen hasta sayıları, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

	Medikal Turizm			Turistin Sağlığı			Toplam*	
Başvuran Hasta Sayısı	62 914	106 548	169 462	4 939	65 524	70 463	71 679	190 320
Başvurulan Hastane Sayısı	33	755	788	30	601	631	33	866
Hastane Başına Düşen Hasta Sayısı	1 906	141	215	164	109	112	2 172	220

*Toplam sütununa ikili anlaşmalı ülkeler ve SGK ile anlaşmalı ülkeler kapsamında başvuran hastalar ve bu hastaların başvurduğu hastaneler de dahildir.

Çizelge 1.13'te başvuru toplam akredite olan ve olmayan hastane sayıları görülmektedir.

Çizelgeye göre uluslararası hastaların başvurduğu toplam hastane sayısı 899'dur. Bu hastanelerden sadece 33'ü akredite hastane olup diğerleri JCI belgesine sahip değildir. Akreditasyon belgesine sahip 33 hastaneye toplam 71 679 uluslararası hasta başvurmuştur. Bu durumda akredite hastane başına düşen ortalama uluslararası hasta sayısı 2 172'dir.

Akredite olmayan hastaneler için aynı şekilde hesaplanan ortalama hasta sayısı ise 220'dir. Uluslararası akreditasyon belgesine sahip olan hastaneler, bu belgeye sahip olmayan hastanelere göre 10 kat fazla uluslararası hasta çekmiştir. Bu hastaların çoğu medikal turizm kapsamında gelen hastalardır (Sağlık Bakanlığı, 2013: 46).

1.7.3. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde sağlık hizmeti alan hastaların geldikleri ilk 10 ülke

Çizelge 1.14’de Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde sağlık hizmeti alan hastaların geldikleri ilk 10 ülke verilmiştir.

Çizelge 1.14. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde sağlık hizmeti alan hastaların geldikleri ilk 10 ülke, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Ülke	Sayı
Almanya	12 243
Azerbaycan	185
Hollanda	6 405
Romanya	43
KKTC	765
Avusturya	708
Fransa	564
Belçika	560
Makedonya	38
Arnavutluk	11

Çizelge 1.14. incelendiğinde sosyal güvenlik kapsamındaki hastaların geldikleri ülkelerin dağılımı incelendiğinde, Almanya ve Hollanda’nın öne çıktığı görülmektedir. Bu ülkelerin öne çıkmasında buralarda yaşayan vatandaşlarımızın bazı tedavilerini tatil için Türkiye’ye geldiklerinde yaptırmalarının etkisi olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 37).

1.7.4. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de medikal turizm ilk 10 ilde ilk 10 kliniğe göre hasta sayıları

Çizelge 1.15’de sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Türkiye’de medikal turizm ilk 10 ilde ilk 10 kliniğe başvuran hasta sayıları verilmiştir.

Çizelge 1.15. Medikal turizm ilk 10 ilde ilk 10 kliniğe göre hasta sayıları, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

İller	Klinikler										Toplam
	Göz Hastalıkları	Ortopedi ve Travmatoloji	İç Hastalıkları	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Genel Cerrahi	Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Deri ve Zührevi Hastalıklar	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
İstanbul	11 341	5 127	4 253	3 472	4 147	2 317	2 244	1 906	2 772	3 160	40 739
Antalya	5 355	6 404	7 489	6 858	2 699	4 023	3 436	2 288	1 162	102	39 816
Ankara	1 434	1 602	1 089	1 307	2 039	833	1 151	829	978	773	12 035
Kocaeli	191	370	482	298	991	666	54	311	184	235	3 782
İzmir	673	981	516	613	760	664	1 041	244	506	82	6 080
Muğla	521	712	1 046	344	421	442	304	188	178	16	4 172
Adana	233	697	124	195	302	120	237	262	139	104	2 413
Aydın	79	424	604	299	133	492	218	55	52	423	2 779
Gaziantep	168	208	167	144	256	93	92	219	88	109	1 544
Bursa	171	114	160	111	279	73	353	31	70	116	1 478
Toplam	20 166	16 639	15 930	13 641	12 027	9 723	9 130	6 333	6 129	5 120	114 838

Medikal turizm kapsamında klinikler bazında gelinen ilk 10 il ve ilk 10 kliniğin dağılımı çizelge 1.15.'te verilmiştir. Çizelgedeki veriler doğrultusunda Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Deri ve Zührevi Hastalıklar ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları klinikleri için en fazla tercih edilen ilin İstanbul olduğu; Ortopedi ve Travmatoloji, İç Hastalıkları, Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi ile Beyin ve Sinir Cerrahisi klinikleri için ise Antalya'nın tercih edildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 32).

Genel anlamda, Göz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, İç Hastalıkları, Kulak, Burun Boğaz kliniklerinin en fazla talep edilen klinikler olduğu görülmektedir.

**1.7.5. Sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı
ülkelerden Türkiye'ye gelen hastaların hizmet verilen kliniklere ve hastane
türlerine göre dağılımı**

Çizelge 1.16'da sağlık turizmi kapsamında 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı ülkelerden Türkiye'ye gelen hastaların hizmet verilen kliniklere ve hastane türlerine göre dağılımı verilmiştir.

Çizelge 1.16. Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı ülkeler kategorisinde hizmet verilen kliniklerin hastane türlerine göre dağılımı, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Klinikler	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	Toplam
Göz Hastalıkları	182	173	3 419	0	3 774
İç Hastalıkları	484	246	1 809	3	2 542
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	370	85	1 355	31	1 841
Ortopedi ve Travmatoloji	203	190	1 253	6	1 652
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	192	133	1 104	5	1 434
Kardiyoloji	99	239	887	2	1 227
Genel Cerrahi	185	76	775	5	1 041
Nefroloji	0	163	729	0	892
Deri ve Zührevi Hastalıklar	179	202	497	6	884
Kadın Hastalıkları ve Doğum	149	94	541	3	787

Çizelge 1.16. incelendiğinde Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşma kapsamında gelen hastaların tüm kliniklerde daha çok özel hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir. Hastaların üniversite hastanelerine başvuru sayısı ise oldukça düşüktür. En fazla tercih edilen branşların sağlık turistleri tarafından en fazla tercih edilen branşlar olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 32).

1.7.6. Ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları (ilk 10 ülke), 2012

Çizelge 1.17'de 2012 yılı verilerine göre ilk 10 ülke medikal turistlerinin ülkelere ve hastane türlerine göre sayıları verilmiştir.

Çizelge 1.17. Medikal turizm – ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları (ilk 10 ülke), 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Ülke	Hastane Türü					Toplam
	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	Devlet Üniversitesi Hastanesi	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	
Libya	11	50	36 467	6	0	36 534
Almanya	516	81	20 366	74	47	21 084
Irak	367	357	14 771	229	14	15 738
Azerbaycan	529	905	9 176	263	15	10 888
Rusya	287	219	7 742	27	6	8 281
İngiltere	419	49	5 662	36	17	6 183
Hollanda	118	11	5 362	8	26	5 525
Romanya	69	23	4 989	4	4	5 089
Bulgaristan	315	150	4 256	73	5	4 799
Norveç	40	8	4 304	2	34	4 388

Çizelge 1.17. incelendiğinde medikal turizm kapsamında hastanelerimize başvuran hastaların dağılımlarına bakıldığında, ilk 10’da yer alan ülkelere gelen hastaların daha çok özel hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 40).

1.7.7. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma kapsamında gelen hastalar-ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları, 2012

Çizelge 1.18’de 2012 yılında sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma kapsamında gelen medikal turistlerin ülkelere ve hastane türlerine göre sayıları verilmiştir.

Çizelge 1.18. Sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma kapsamında gelen hastalar - ülkelere ve hastane türlerine göre hasta sayıları, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Ülke	Hastane Türü					Toplam
	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	Devlet Üniversitesi Hastanesi	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	
Almanya	2 673	2 462	7 069	30	9	12 243
Hollanda	214	21	6 146	22	2	6 405
Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti	24	17	703	21	0	765
Avusturya	173	68	467	0	0	708
Fransa	137	15	406	5	1	564
Belçika	82	58	420	0	0	560
Azerbaycan	12	32	136	5	0	185
Romanya	6	4	32	1	0	43
Makedonya	2	1	35	0	0	38
Arnavutluk	4	0	7	0	0	11

Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşma kapsamında hastanelerimize başvuran hastaların dağılımlarına bakıldığında da, tüm ülkelerden gelen hastaların daha çok özel hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir. Almanya'dan bu kapsamda gelen hastaların diğer ülkelerden toplam gelen hastaların sayısından daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun sebebi büyük oranda Almanya'da bulunan Türklerin Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşma kapsamında Türkiye'de tedavi görmesinden kaynaklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013: 41).

1.7.8. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların ilk 10 ülke ve ilk 10 kliniğe göre dağılımı, 2012

Çizelge 1.19'da 2012 yılında medikal turizm kapsamında gelen hastaların ilk 10 ülke ve ilk 10 kliniğe göre dağılımı verilmiştir.

Çizelge 1.19. Medikal turizm – ilk 10 ülke ve ilk 10 klinik dağılımı, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Klinikler	Ülkeler										Toplam
	Almanya	Azerbaycan	Bulgaristan	Hollanda	İngiltere	Irak	Libya	Norveç	Romanya	Rusya	
Göz Hastalıkları	3 749	1 670	348	504	642	1 999	4 618	471	213	440	14 654
Ortopedi ve Travmatoloji	2 674	449	159	660	780	1 211	5 521	366	162	1 106	13 088
İç Hastalıkları	3 057	811	240	949	990	1 057	2 627	783	184	849	11 547
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	2 598	501	105	848	510	674	3 370	540	187	797	10 130
Genel Cerrahi	1 613	659	183	428	611	666	1 683	266	326	709	7 144
Kadın Hastalıkları ve Doğum	534	1 440	377	257	307	736	1 340	80	407	1 494	6 972
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi	899	144	204	317	397	257	2 798	1 134	35	483	6 668
Beyin ve Sinir Cerrahisi	884	309	119	222	222	1 324	1 624	170	118	322	5 314
Tıbbi Onkoloji	57	534	1 489	23	8	377	321	0	1 748	180	4 737
Deri ve Zührevi Hastalıklar	229	410	80	102	211	402	2 446	90	86	329	4 385

Medikal turizm kapsamında gelen hastaların ilk 10 ülke ve ilk 10 kliniğe göre dağılımına bakıldığında, göz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kulak, burun, boğaz hastalıkları, genel cerrahi, ağız, diş ve çene hastalıkları ve cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi, deri ve zührevi hastalıklar için en fazla Libya'dan hasta geldiği; iç hastalıkları için Almanya'dan,

kadın hastalıkları ve doğum için Rusya'dan ve tıbbi onkoloji için Romanya'dan daha fazla hasta geldiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 41).

1.7.9. 2012 Yılında Türkiye'ye gelen hastaların geliş şekilleri

Çizelge 1.20'de 2012 Yılında Türkiye'ye gelen medikal turistlerin hastane türlerine göre geliş şekilleri verilmiştir.

Çizelge 1.20. Hastane türlerine göre uluslararası hastaların geliş şekilleri, (2012 Sağlık Bakanlığı, 2013)

Hastane Türü	Hasta Geliş Şekli								Toplam	
	İkili Anlaşmalı Ülkeler		Medikal Turizm		SGK ile Anlaşmalı Ülkeler		Turistin Sağlığı			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastanesi	8	1,5	8 235	4,9	3 328	15,5	15 784	22,4	27 355	10,4
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	534	98,2	4 586	2,7	2 679	12,4	5 243	7,4	13 042	5
Özel Hastane	0	0	154 696	91,3	15 427	71,7	47 972	68,1	218 095	83,2
Devlet Üniversitesi Hastanesi	2	0,4	1 554	0,9	84	0,4	1115	1,6	2 755	1,1
Vakıf Üniversitesi Hastanesi	0	0	391	0,2	12	0	349	0,5	752	0,3
Toplam	544	100	169 462	100	21 530	100	70 463	100	261 999	100

Çizelge 1.20.'de hastane türlerine göre uluslararası hastaların geliş şekilleri verilmiştir. İkili anlaşmalı ülkelerden gelen hastaların neredeyse tamamının eğitim ve araştırma hastanelerine geldiği görülmektedir. İkili Anlaşmaların Sağlık Bakanlığınca yapılması ve özel hastaneleri kapsamaması nedeniyle bu hastalar İkili Anlaşma kapsamında özel hastanelere gelememektedirler. Medikal turist olarak gelen, Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında gelen ve turistin sağlığı kapsamında gelen hastaların büyük çoğunluğu ise özel hastanelere gelmektedirler. Ancak, Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşmalı olup Türk vatandaşı olarak gelen kişilerin sisteme yabancı hasta olarak kaydedilebilmesi gibi nedenlerden dolayı Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında gelen hastaların kayıtları tam olarak tutulamamaktadır. Genel bir değerlendirme yapıldığında, % 83,2 ile en çok özel hastanelerin tercih edildiği görülmektedir. Hasta geliş şekillerine göre medikal turist olarak gelen hasta sayısının 169 462 ile en yüksek olduğu görülmektedir. Yine turistin sağlığı kategorisinde 47 972 hasta %68,1 ile en fazla özel hastaneleri tercih ettiği görülmektedir. Çizelge bize özel sağlık

sektörünün sağlık turizminde ülkemiz için motor güç olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 16).

1.7.10. Turistin sağlığı – bazı branşlara göre Türkiye geneli kamu ve özel hastaneler hasta sayıları dağılımı, 2012

Çizelge 1.21’de 2012 yılında turistin sağlığı kapsamında bazı branşlara göre Türkiye geneli kamu ve özel hastaneler hasta sayıları dağılımı verilmiştir.

Çizelge 1.21. Turistin sağlığı – bazı branşlara göre Türkiye geneli kamu ve özel hastaneler hasta sayıları dağılımı, 2012 (Sağlık Bakanlığı, 2013)

	Acil Polikliniği	Dahiliye	Çocuk Bölümü	Cerrahi Bölümler	Diğer Poliklinikler	Ambulans Nakli
Özel	14 024	9 482	7 564	15 245	12 351	2 258
Kamu	18 589	2 717	1 446	4 408	9 132	69

Çizelge 1.21.’e bakıldığında acil durumlarda turistlerin çoğunlukla kamu hastanelerinde tedavi görmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Diğer bölümlere bakıldığında ise özel hastaneler ön plana çıkmaktadır. Tedavinin acil durumlar dışında planlı olduğu durumlarda yabancı hastalar tarafından özel hastanelerin tercih edildiği yorumu yapılabilir. Ayrıca, yine 2011 yılı verilerine bakıldığında, sadece 69 kamuya ait ambulans tercih edilirken, 2258 adet özel ambulans tercih edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 56).

Ülkemize tatil, eğlence, iş vb. amaçlarla seyahat eden turistlerin aniden rahatsızlanmaları sonucunda hastanelerimizde tedavi görmek üzere başvurdıkları bölümler, acil polikliniği, dâhiliye, çocuk hastalıkları, cerrahi bölümler, ambulans nakli olarak sıralanmıştır.

1.8. Türkiye'nin Sağlık Turizmi GZFT Analizi

Türkiye'nin medikal turizm liginde yerini güçlendirmesi ve bu alanda adından söz ettiren bir oyuncu olabilmesi için tanıtım ve pazarlamaya odaklanması gerekmektedir.

Sağlık turizminde Türkiye'nin mevcut durumunu değerlendirmenin diğer bir yolu da işletme faaliyetlerini etkileyen iç değişkenlerin ve pazardaki mevcut konumunun tespitine ilişkin GZFT analizidir. Aşağıda, sağlık turizmi sektörü bir bütün olarak değerlendirilerek Türkiye'nin mevcut durumu hakkında genel bir fikir verilmeye çalışılmıştır. Genel

değerlendirme sektörün güçlü ve zayıf yanları ile karşı karşıya olduğu fırsat ve tehditler birlikte göz önüne alınarak yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründe işletmelerin güçlü yanları;

1. Türkiye'de sağlık hizmetleri talebini olumlu yönde etkileyecek çok çeşitli turizm olanaklarının bulunması (kültür turizmi, inanç turizmi, deniz turizmi, doğa turizmi, sağlık-kaplıca turizmi vs.),
2. Turizm amaçlı konaklama imkânları ve yatak sayısının yüksek olması,
3. Turizm alanında Dünyanın önde gelen ülkelerinden olması,
4. Türkiye'nin genel olarak hizmet sektöründe iyi konumda olması ve hizmet sektörünün sağlık turizmine olumlu etkisinin yüksek olması,
5. Sağlık turizmi hizmetini sunan ilk ülkeler arasında yer alması ve bu konuda deneyim kazanmış olması,
6. Sağlık hizmetleri satan gelişmiş ülkelere göre sağlık fiyatlarının görece ucuz olması,
7. Sağlık turizmiyle ilgili çeşitli yasal düzenlemeler ve devlet desteğinin olması,
8. Termal kaynak sayısı olarak Avrupa'da 1. Dünyada ise 7. Sırada olması,
9. JCI ile akredite olmuş hastane sayımızın fazla olması,
10. Özel sağlık kurumlarımızın nitelik ve nicelik olarak artması,
11. Genç nüfusumuzun fazla olması,

Türkiye'nin sağlık sektöründe zayıf yanları;

1. Sanayide olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de genel olarak üretime odaklanılması ve üretime göre pazarlamanın ihmal edilmesi,
2. Hem devlet hem de özel sektördeki çok az sayıda kuruluşun sağlık turizmi konusunda aktif bir çaba içerisinde olması,
3. Sağlık turizminin gerektirdiği entegre yaklaşımın (sağlık kuruluşları, turizm kuruluşları, pazarlama kuruluşları, lojistik ve ulaşım kuruluşları vs.) gerçekleşmesine götürecek "işbirliği-ortaklık kültürünün" zayıf olması,
4. Sağlık turizmi yönetimi için ulusal bir stratejinin net olmaması,
5. Hastanelerin, özellikle devlet hastanelerinin, önemli bir kısmının sağlık turizmi hizmeti sunmaya hazır olmaması,
6. Mevcut durumda, katma değeri yüksek "sağlık turizminden" (sağlık hizmetini almak

üzere bir plan dâhilinde ülkemize gelenler) daha çok katma değeri düşük "turistin sağlığı" (turistik amaçlar ile ülkemize gelenlerin karşılaştıkları acil sorunları gidermek üzere aldıkları sağlık hizmeti) hizmetinin ağır basması,

7. Ulusal ölçekte sağlık turizmi alanındaki hareketliliği kayıt altına alacak ve denetleyecek kapsamlı sistem ve süreçlerin geliştirilerek işlerlik kazandırılmamış olması,
8. Sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı ile veri ve bilgi paylaşımında istenilen özen, hız ve işbirliği içerisinde olmaması,
9. Destek ve teşviklerde kamu kurumlarının koordine olmaması,
10. Sağlık personelinin (doktor, hemşire vb.) sayısal azlığı,
11. Yabancı doktor çalıştırılma imkânı olmaması,
12. Yabancı dil bilen personel sayısının az olması,

Türkiye'nin içinde bulunduğu pazardaki fırsatları;

1. Dünyada sağlık hizmetini ulusal sınırların dışında alma eğiliminin artması,
2. Başka ülkelerdeki sağlık kuruluşları ve hizmetleri hakkında bilgi elde etmenin (web siteleri, e-mail, vb. yollarla) giderek daha kolay ve masrafsız olması,
3. Sağlık hizmetleri ihracatına Ekonomi Bakanlığı'nın destek vermesi (araştırma desteği, yurtdışında ofis açma desteği, tanıtım desteği, vs.),
4. Türkiye'nin coğrafi ve sosyo-politik konumunun birçok ülke vatandaşı için sağlık hizmetini ülkemizde almak için tercih nedeni olması,
5. Sağlık hizmetinde artan yurt içi rekabetin, yurtdışına sağlık hizmeti ihracını teşvik etmesi,
6. Yabancı hastaların tedavisinden elde edilen gelirlerden % 50 vergi muafiyetinin yasalaşması,
7. Türkiye'nin uluslararası politikası gereği ülkemize getirerek devlet destekli tedavi ettiği ülke vatandaşları (Libya, Afganistan, vs.) sayısının artıyor olması ve bunun neden olabileceği tanıtımın/ reklamın gerçekleşmesi,
8. Türkiye de sağlık turizmi ile ilgili birçok yasal düzenlemelerin yapılmaya başlanması ve sağlık turizminin 663 sayılı sağlık bakanlığının yeni teşkilat yasası ile tek elden sağlık bakanlığınca koordine edilmeye başlanması,
9. Sağlık turizminin sağlık bakanlığının stratejik eylem planında ve Türkiye'nin onuncu kalkınma planında çok geniş olarak yer alması,

10. Ülkemize bilgi ve tecrübe transferi (know-how) yasal düzenlemeleri temel prensipler,
11. Yeni istihdam oluşturulması (sağlık personeli ve diğer personeller),
12. Ekonomik kazanım (ülkeye döviz girdisi),
13. Yeni yatırımlar (yaşlı tatil köyleri kaplıcalar, hastaneler v.b),
14. Özel sağlık sektörünün finansal yapısının güçlenmesi,
15. Yabancı Sermaye girişi,

Türkiyenin içinde bulunduğu sağlık sektörü pazarındaki tehditler;

1. Çevre ülkelerde yaşanan siyasal istikrarsızlık ve bunun Türkiye'ye muhtemel yansımaları,
2. Batı ülkelerinde yaşanan nüfus nedeniyle artan doktor talebi ve bu talebin oluşturduğu yurtdışında çalışma cazibesi (böylece sağlık hizmetini bulundukları yerde alma ihtimalinin artması),
3. Sağlık alanında mevzuat açısından sık devlet müdahalelerinin yaşanması, sektör kuruluşlarının (kamu ve özel) bu müdahalelerin gerektirdiği değişimlere uyum için zaman ve kaynak harcamaya mecbur kalması ve bu nedenle sağlık turizmi gibi uzun vadeli stratejik yaklaşımlar gerektiren hususlara yeterince odaklanılamaması,
4. Yurtdışında, uluslararası standartları esas alarak akreditasyon yapacak kuruluşların bulunmaması,
5. Sağlık Turizmi alanında hizmet standartlarının oluşmaması, kötü örneklerin yaşanma ihtimali ve yol açabileceği olumsuz ulusal imaj,
6. Sağlık profesyonellerinin (özellikle doktorlar) güçlenen özel sağlık sektörüne kayma olasılığı,
7. Özel sağlık kurumlarına talebin artarak genel sağlık sigortası maliyetlerini artırması,
8. Güçlenen özel sağlık hizmetleri karşısında kamunun hizmet memnuniyetinden azalma olması,
9. Yurtdışından gelen hastalarla bulaşıcı hastalıkların yayılma riski (NDM-1 Hindistan' dan yayıldı),
10. Özel sağlık sektörünün kendi ülke halkımıza genel sağlık sigortası hizmeti sunmaktan vazgeçme riski,

Türkiye sağlık turizminde bu sektöre yeni girmiş bir ülke özellikleri sergilemektedir. Yapılan GZFT analizine bir bütün olarak bakıldığında, sektörde büyük bir pazar payı elde edebilmek için bir taraftan güçlü yönlerini geliştirici ve zayıf yönlerini telafi edici, diğer yandan da zaman içinde doğabilecek fırsatlardan yararlanıcı ve ortaya çıkan veya çıkabilecek tehditleri bertaraf edici vizyon, hedef, yaklaşım ve projeler geliştirilerek uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

1.9. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Konusunda Diğer Ülkelerle Kıyaslanması

Sağlık sigortası primleri bütün dünya ülkeleri için büyük problem oluşturmaktadır. Ülkeler sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek için değişik arayışlar içine girmiştir. Bu da ülkelerarası hasta hareketliliğini arttırmıştır. Diğer yanda yaz turizminin yoğun olduğu ülkeler turizm hareketliliğini bütün bir yıla yayabilmek için alternatif arayışlar içerisine girmişlerdir. Türkiye de bu kapsamda turizm faaliyetlerini bütün bir yıla yayma arayışı içerisinde.

Sağlık turizmi alanında en çok tercih edilen ülkeler; Hindistan, Küba, Kosta Rika, Tayland, Singapur, Kolombiya, Malezya, Almanya ve Güney Kore'dir. Sağlık turizminin ana bölgesi Asya'dır. Tayland, 1970'lerde cinsiyet değiştirme konusunda isim yapmış ve sonrasında estetik operasyonlar konusunda da uzmanlaşmaya başlamıştır. Tayland'da yerli hastalar, ekonomik krizden sonra, yükselen fiyatları ödeyemez duruma geldiğinde 1998 yılında Malezya bu gruba katılmıştır. Singapur, daha sonraları girdiği bu pazarda Tayland ve Malezya ile rekabet edebilmek için fiyatları bu ülkelerin aşağısına çekmiş ve hava alanlarına tıbbi turizm alternatifleri ile ilgili bilgi stantları yerleştirmiştir. (Connell, 2006: 27).

Günümüzde Hindistan, sağlık turizmi alanında öncü ülke olarak görülmektedir. Hindistan, Avrupa, Ortadoğu ve Kanada hastalarını tedavi etmeyi amaçlarken, Singapur Amerika'dan gelecek hastaları tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 21).

Türkiye'ye 2012 yılında sağlık turizmi için 261 999 turist gelmiştir. Bunların bir kısmı yurtdışında bulunup yaz tatilinde sağlık ihtiyacını karşılamayı düşünen vatandaşlarımızdır. Gelen hastalar sırasıyla; göz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları, KBB, kadın hastalıkları, genel cerrahi, ağız ve diş sağlığı gibi bölümleri tercih etmişlerdir. Türkiye'de

sağlık turizminin problemleri tanıtım, pazarlama, yabancılara uygun koşulları oluşturmadaki yetersizlik ve vizyon eksikliği olarak sıralanabilir.

Türkiye sağlık turizmi konusunda tanıtıcı reklam yapma ve sigorta şirketleri ile koordinasyonda zayıf durumdadır. Bununla beraber fiyatlandırmada yanlış uygulamalar bulunması ve kamu hastanelerinin fiziki ve teknolojik altyapılarının yetersizliği de sağlık turizminin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

Bizim için müşteri kaynağı durumunda olabilecek gelişmiş ülkelerin sağlık turizminde durumlarına baktığımızda;

ABD’de hükümet ve özel sektörün sağlık turizmi alanındaki çalışmaları desteklemeleri sonucunda sağlık turizmi gelirleri büyük artışlar göstermektedir. ABD’de yaşanan ekonomik sıkıntılar daha uygun fiyatta tedavi sunan ülkelere gitmeyi teşvik etmektedir. Amerika’da yaşayan sigortasız kesim, bakım maliyetlerini Amerika’da karşılamakta zorluk çekmekte ve daha uygun fiyatta bakım sunan ülkeleri tercih etmektedirler. Tıbbi bakım maliyetlerinin yüksek olması, sağlık harcamalarında büyük artış yaşanması, terör olayları, hasta bekleme sürelerinin çok uzun olması sağlık turizmini olumsuz etkilemiştir (Gülmez, 2012: 85).

Japonya’nın teknolojik yönden gelişmişliğinin beraberinde getirdiği olumlu imaj onlara, sağlık turizmi sektöründe de büyük bir fırsat sunmaktadır.

İngiltere’deki sağlık turizmi sektörü hem genişlemekte hem de gelişmektedir. İngiltere’de de Japonya’da olduğu gibi, sağlık turizmi sektörü olduğu için bu sektörde farklı istihdam alanları oluşmaktadır. Sağlık turizmi tur operatörü gibi bir meslek grubu hem ülkeye sağlık turizmi amaçlı turistlerin gelmesini hem de farklı ülkelere turist gönderilmesini sağlamaktadır (Gülmez, 2012: 73).

Almanya’ya sağlık turizmi kapsamında gelen ziyaretçi sayısı 15-20 yıldır hızlı bir şekilde artmıştır. Almanya, tıbbi teknoloji, yüksek standart, güvenlik ve hızlı tedaviyi arayan hastalar için uygun bir destinasyondur. Yerli turistler için hekimler tarafından hastaya uygulanan kür programları sigorta şirketleri tarafından finanse edilmektedir. Özellikle “kür tıbbı” konusunda uzmanlaşan hekimleri mevcuttur (Gülmez, 2012: 75).

Fransa da diğ er Avrupa ülkelerine göre tedavi maliyetleri daha d    k olup hem tedavi hem de turistik açıdan tercih edilmektedir. Sağlık alanında kullanılan teknoloji yüksek d  zeydedir.

Türkiye diğ er ülkelerle kıyaslandığında; son zamanlarda sağlık alanında yüksek teknolojiyi kullanmaya ba lamı  olması, coğrafik konumu, iklim, doğa güzellikleri ve diğ er turizm imkânlarını da beraberinde sunması açısından yukarıdaki ülkelere göre daha avantajlı durumda diyebiliriz. Turizm sektöründe turistba ı harcamanın sayılan ülkelerden daha d    k olduğu ve medikal turizmde tedavi giderlerinin Avrupa ülkelerinden daha d    k olduğu göz önüne alındığında ülkemizin sağlık turizmi alanında daha üst sıralara çıkmak için eğitimli ve yabancı dil bilen personelle durumunu güçlendirmelidir.



2. BÖLÜM

YAŞLI BAKIMI VE YAŞLI BAKIMINA YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde yaşlılıkla ilgili tanımlar, nüfusla ilgili genel bilgiler, yaşlılıkta görülen hastalıklar, Türkiye ve Dünya’da yaşlı bakımı hizmetleri ve planlı davranış teorisi hakkında bilgiler verilmiştir. Dünya sağlık örgütü 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir. Bizim çalışmamız 50 yaş ve üstü kişileri kapsamaktadır. Hastalıklarda yaş sınırlaması olmayıp orta yaş üzeri kişilerde de yaşlılarda görülen hastalıklar görülebilmektedir.

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreçtir. Başka bir deyişle, molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde süreç içerisinde ortaya çıkan, dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür. Yaşlanma, beden yapısı ve işlevinde süregelen bozuklukların birikiminin sonucudur. Yaşlanma, önlenmesi mümkün olmayan kronolojik, sosyal ve biyolojik bir süreçtir. Yaşlanmaya ilişkin tanımların ortak yanı ise, bu olgunun canlılara özgü olduğu gerçeğidir. Yaşlanma beden yapısı ve işlevindeki süregelen engellerin bir birikimi olarak ortaya çıkmaktadır (Aiken, 1995: 34).

Yaşlanma, anne karnından başlamak üzere ölüme kadar devam eden doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanma hayatın başından itibaren başlasa da bu dönemlerdeki hâkim olan hızlı büyüme ve gelişme periyodu yüzünden fark edilemez. Ancak, bireyde özellikle ergenlik döneminin bitmesinden itibaren bu büyüme ve gelişme periyodunun yavaşlamasıyla, ilk zamanlarda yavaş, daha sonraları hızlanan birikimli yıkım süreciyle belirgin hale gelir.

Son yüzyıla kadar yaşlanma konusu bilimsel bir ilgi odağı değil iken 21. yüzyılla birlikte yaşlı popülasyonunun genel nüfus içindeki payı, önemli sağlık konularından birisi haline gelmiştir. Daha önceleri birçok insan zaten uzun yıllar yaşamadan genç yaşta ölmekteyken, antibiyotiklerin ve aşının bulunması gibi 20. yüzyıldaki gelişmelerle birlikte, özellikle orta-üst tabakadaki insanların atalarına göre daha iyi yaşam koşullarına ulaşması, uzun yaşama düşüncesini de uyandırmıştır. Bu gelişmeler popülasyonun çok daha uzun bir yaşam süresine atlamasına neden olmuştur. Bu büyük sıçrama, mevcut yaşlanma konusunu ve bu

dönemdeki yaşam kalitesini büyük bir ilgi odağı haline getirmiştir (Demirel ve diğerleri, 2006: 251).

Yaşlanma, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır. Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklerine, beslenmelerine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç sorunlu ya da az sorunlu olur.

DSÖ'nün yaptığı bir sınıflandırmaya göre;

- 65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi,
- 75-85 yaş arası orta yaşlılık evresi,
- 85 yaş ve üstü ise ileri yaşlılık evresi kategorisine alınmıştır (Tümerdem, 2006)

Bu yıkım süreci bireyin sahip olduğu genetik yapı ve yaşamını sürdürdüğü çevrenin karşılıklı etkileşimiyle kurulan biyolojik saati sonucunda ortaya çıkmaktadır. Canlı yaşamının evrelerinden olan yaşlılık dönemi, bu nedenden dolayı her bireyde farklı özellikler göstermektedir. Zira bireyin sahip olduğu genetik yapı ve bunun çevre ile etkileşimi diğer bireylerden farklıdır. Bu yüzden yaşlılık için bazı genel belirtiler dışında kesin saptamalar yapılamamaktadır (Hasiloğlu ve Akın, 2008: 68-69).

Yaşlanma tek boyutlu bir süreç değildir. Bu nedenle yaşlanma tanımı da değişik açılardan yapılabilir (Canatan, 2008: 14-16);

Biyolojik yaşlanma, yaşam sürecinde kişinin vücudunda meydana gelen değişimlerdir. Anne karnında başlayıp ölünceye kadar devam eder. İnsan organizmasının zaman içinde fonksiyonlarında gerileme, fiziksel yeterliliğin azalması ve bedensel olarak bozulma ile ifade edilebilir. Örneğin 90 yaşındaki bir yaşlının 20 yaşındaki gençle kıyaslandığında iç organlarında, görmesinde, işitmesinde, yürümesinde ve duruşunda sorunların ve gerilemenin ortaya çıkması biyolojik yaşlanmayı ifade eder.

Kronolojik yaşlanma, doğumdan başlayıp, erişilen zamana kadar geçen yılların toplamıdır. Takvim yaşına göredir, doğumla başlar. "Kaç yaşındasınız?" sorusunun cevabı olarak kronolojik yaş verilir. Örneğin, beş yıl önce doğan üç yıl önce doğana göre daha yaşlıdır. Kronolojik yaşlanma, bireyin dışında gerçekleşir. Yani kendine özen gösterme, sağlığını

koruma, psikolojik olarak güçlü olma, sosyal olarak aktif olma gibi olumlu ve bunların tam tersi olumsuz özelliklerden etkilenmez. Kronolojik yaşlanmaya göre cildi daha kırışık olan daha yaşlıdır denilemez. Toplumsal yaşamda bazı geçişler kronolojik yaşa göre ayarlanır. Örneğin; 14 yaşında bir genç kız 20 yaşında gösterse de, o yaşta davranırsa da yasalar onun evlenmesine izin vermez (www.saglikal.com, 2015).

Psikolojik yaşlanma, kişinin biyolojik yaşlanmasına bağlı olarak sosyal konumunun ve rollerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Kişinin kendini yaşlı bulmasına bağlı olarak hayat görüşü ve yaşamını devam şeklinin değişmesidir. Kişinin zekâ, hafıza, öğrenme kapasitesi ve hızı, algılama ve güdülenme gibi zihinsel işlevlerinde, uyum ve baş etme mekanizmalarında, ruhsal durumunda kronolojik yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan değişikliktir. Ruhsal durumda değişikliklerin olması, geçmişe göre daha az istekli olma, çevreye karşı alıngan bir tutum içinde olma, çevresinde gelişen olaylara karşı ilgisizlik ya da abartılı ilgi, işe yaramazlık düşüncesi, karamsarlık, yalnızlık problemi genel sağlığı ile aşırı uğraşma ya da inkâr etme gibi belirtiler psikolojik yaşlanmanın alanında ele alınır. Ancak bu konular tartışmalıdır.

Sosyal psikolojik yaşlanma, kişinin çevresiyle kurduğu karşılıklı ilişkiler, tutumlar, değerler, inançlar, sosyal roller, kendilik imgesi ve yaşlılığa uyum yönlerinden geçirilen değişimleri dikkate alır. Geçmişte başka insanlarla ilişki kurmakta sorunu olmayan kişi, yaşlanınca kendi içine çekilerek çevresiyle ilişki kurmaya yönelmeyebilir. Çok sayıda kişiyle aynı anda bir yerde bulunmak istemeyebilir. İnançları değiştiği için eski arkadaşlarıyla görüşmek istemeyebilir (www.saglikal.com, 2015).

Sosyal yaşlanma, kişinin konum ve rollerinin değişmesidir. Birey açısından toplumdaki sosyal ilişkileri, aile hayatı, çalışma hayatı, rolleri ve görevlerinin çeşitlenerek değişmesi, zengin hayat tecrübeleri olarak anlaşılabilir. Örneğin, kadının gençken başlayan annelik rolü sürdürülürken, yaşlanınca bu role anneannelik rolü de eklenir. Fakat sosyal yaşlanmanın sadece birey açısından ele alınması eksik olur.

2.2. Dünya Nüfusunun ve Türkiye Nüfusunun Genel Durumu

Dünya genelinde ekonomik, bilimsel, teknolojik, tıbbi ve sosyal gelişmeler sonucunda ortalama beklenen ömür süresi ve yaş ortalaması artmıştır. Doğum oranlarının devamlı düşüş trendinde olması neticesinde 60 yaş ve üzeri nüfus oran olarak da artmaktadır.

BM Dünya Nüfus Beklentileri (2012) raporuna göre, dünyada ortalama yaşam süresinin artacağı, 2005-2010 yıllarında dünyada ortalama yaşam süresi 69 yılken, ortalama yaşam süresinin 2045-2050 döneminde 76'ya, 2095-2100 yıllarında 81'e çıkacağı, bu yüzyılın sonunda ise gelişmiş ülkelerin ortalama yaşam süresinin 89 yıl olacağı, ortalama yaşam süresinin artmasıyla nüfusun da yaşlanacağı ifade edilmektedir.

2000 yılında 605 milyon civarında olan 60 yaş ve üzeri nüfusun 2025 yılında 1.2 milyara; 2050 yılında ise 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Sosyo-ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki her 7 insandan biri 65 yaşın üzerinde iken, 2030 yılına gelindiğinde bu oran her 4 kişiden biri olacaktır. Bu durum, yaşlı nüfus için "yaşlıların yaşlanması" olarak adlandırılan bir süreci başlatacaktır. 2000'li yılların ilk yarısı sonunda 85 yaş üzerinde "yaşlı yaşlılar/ileri yaş" kategorisindekilerin sayısı; 65 yaşındaki "genç yaşlıların sayısından altı kat fazla olacaktır (UNFPA, 2012).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2012)'nin, "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu yayımladığı rapora göre dünyadaki yaşlı nüfusun kararlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, "1950 yılında 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi vardı. Bu sayı 2012 yılında 810 milyona yükseldi. En az 10 yıl içinde bu sayının 1 milyara çıkması, 2050'ye kadar ise 2 milyara çıkması öngörülüyor" (UNFPA, 2012) denilmektedir. Bu tahmin daha önce açıklanan bilgileri de desteklemektedir. Birleşmiş Milletler' in öngörüsüne göre 2050 yılında 100 yaş üzerindeki kişilerin sayısının da 3,2 milyona ulaşması beklenmektedir. BM Genel Sekreteri Ban Ki-moon, "Yaşlanan nüfus, göz ardı edilemeyecek bir durumdadır. Yaşlılar, normal nüfusa göre daha hızlı artmaktadır" (UNFPA, 2012) diyerek konunun önemine vurgu yapmaktadır. Rapora göre yıllık olarak 58 milyon kişi 60 yaşına ulaşmaktadır. 15 ülkenin her birinde, 10 milyonun üzerinde yaşlı nüfus bulunduğu, bu ülkelerin 7'sinin gelişmekte olan ülke olduğu belirtilmektedir.

2010 Yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri Raporu (2010)'na göre; Türkiye de ortalama yaşam süresinin 2010 yılında 69.31 yıl, 2010-2015 yıllarında 75.1 yıl, 2020-2025 yıllarında 78 yıl, 2045-2050 yıllarında 83 yıl, 2095-2100 döneminde ise 89'a çıkacağı tahmin edilmektedir. Raporda ortalama yaşam süresinin Dünyada da artacağı belirtilmektedir. Buna göre, 2005-2010 yıllarında dünyadaki ortalama yaşam süresi 69 yılken 2045-2050 döneminde 76 yıla, 2095-2100 yıllarında 81 yıla çıkmasının beklenildiği ifade edilmektedir. Yüzyılın sonunda gelişmiş ülkelerin ortalama yaşam süresinin ise 89 yıl olacağı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte ortalama yaşam süresinin artmasıyla nüfusun da yaşlanacağı kaydedilmektedir.

Raporda Türkiye'ye ilişkin nüfus beklentisi 2025 için 83 milyon 713 bin, 2050 için 94 milyon 606 bin olarak belirtilmiştir. Nüfusun daha sonra azalarak 2100'de 86 milyon 465'e gerileyeceği tahmin edilmektedir.

Demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir. 2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi, bunların toplam nüfusa oranı %7,5'tir. 2023 yılına gelindiğinde bu nüfus 8,6 milyon kişiye, oranı ise %10,2'ye yükselecektir (www.medikalakademi.com.tr, 2015).

Yapılan araştırmalar ve istatistikler gösteriyor ki Türkiye Dünya'da en hızlı yaşlanan ikinci ülkedir. Hesaplamalara göre böyle devam etmesi durumunda 2050 yılında dünyada nüfusa göre yaşlısı en fazla olan ikinci ülke Türkiye olacaktır (www.medikalakademi.com.tr, 2015).

2.3. Yaşlılarda Görülen Hastalıklar ve Hastalık Grupları

Geriatri, 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal hayatları, fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, duygu durumu, bilişsel sorunları, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır (www.hastane.hacettepe.edu.tr).

Geriatri, genel iç hastalıkları konularının yanı sıra Alzheimer Hastalığı başta olmak üzere sık görülen kognitif problemler ve bunların tıbbi ve davranışsal tedavileri ile de ilgilenmektedir (http://nedir.ileilgili.org).

Yaşamın bu döneminde hastalıkların yoğunlaşmasıyla birlikte koruyucu hekimlik de ön plana çıkar. Bu hasta popülasyonunda strese karşı rezerv düşük olduğu için koruyucu hekimlik uygulamalarında gereksiz tahlil ve tetkiklerden kaçınarak mümkün olan en iyi koruyucu hekimlik hizmetini sunmak da geriatri uzmanlarının sorumluluklarındandır (Büyükkucak, 2013: 12).

İnsanlar artık daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve sonuçta yaşlı nüfus sayı ve oranı gün geçtikçe artmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %5.7'si iken 2007'de bu oran %7.1, 2009'da %6.9 ve son olarak Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 verilerine göre bu oran % 7.2'dir (5 327 736 kişi). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan verilere göre yaşlı nüfusun 2015 yılında 8.4 milyon, 2025 yılında ise 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2009 yılı itibarıyla doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi 73,4 yıl olup bu değer erkekler için 71,5 ve kadınlar için 76,1'dir. Nüfus oranlarının dışında hastane hizmetlerinin ve akut hospitalizasyonların % 36'sını ve sağlık harcamalarının %50'lere yaklaşan kısmını 65 yaş üstü hastalar kullanmaktadır (www.hastane.hacettepe.edu.tr, 2014).

Yaşlanma bir dizi sağlık problemini de beraberinde getirmektedir. Altmış beş yaş ve üzerindeki insanların %80' inden fazlasında kronik ya da sürekli bir fiziksel rahatsızlık ya da birkaç rahatsızlığın bir arada bulunduğu durumlar yaşanmakta, çalışmalar, yaşlıların ortalama olarak 3,5 hastalığı olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlanma ile görülme sıklığı artan hastalıkların başında demans, alzheimer, idrarı tutma zorluğu, görme bozuklukları, işitme bozuklukları, kemik erimesi, yetersiz beslenme, yürüme bozuklukları ve kireçlenme gelmektedir (Danış, 2006).

Yaşlılarda görülen hastalıkları ayrı ayrı inceleyecek olursak;

2.3.1. Yaşlılarda bunama (demans)

Demans, ilerleyici ve ölümcül bir hastalıktır. Hafızada bozukluk, günlük yaşam aktivitelerinde ilerleyici gerileme, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve davranış bozukluklarıyla karakterizedir. Alzheimer hastalığı demansın en sık nedenidir (www.turkgeriatrivakfi.org).

İnsan belleğinin normalden demansa kadar evreleri:

1. Normal
2. Basit unutkanlık
3. Hafif Bellek Bozukluğu
4. Demans

Demans yaşlılarda sık görülen bir sorundur. Altmış beş yaş üzerinde %5, seksen yaş üzerinde %50 oranında görülür. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal olarak görülmemelidir (<http://sirnakdh.saglik.gov.tr>).

Fonksiyonel ve davranış problemleri

1. Yüksek dereceli günlük yaşam aktivitelerinde bozulma (çek yazma, toplu taşıma araçlarını kullanma gibi),
2. Temel günlük yaşam aktivitelerinde bozulma (yemek yeme, giyinme, tuvaleti kullanma gibi),
3. Ruhsal durum değişiklikleri, erken evrede içe kapanma, donukluk,
4. Orta ve ileri evrede hayal görme, şüphecilik, aşırı sinirlilik hırsızlıkla, kendini aldatmakla suçlayabilir (<http://sirnakdh.saglik.gov.tr>).

2.3.2. Depresyon

Uzun süreli ve sürekli, moral bozukluğu, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik, suçluluk duyguları, uyku, iştah değişiklikleri, ölüm ve intihar düşüncelerinin eşlik edebildiği bir bozukluktur. Yaşlıda depresyon yukarıda söz edilen klasik semptomlarla kendini göstermeyebilir. Çoğunlukla unutkanlık, dikkat ve ilgi kaybı, bedensel şikayetler ve bunlarla aşırı uğraşı, ajitasyon, irritabilite ile kendini gösterebilir (www.turkgeriatrivakfi.org.tr).

Yaşlıda depresyon sıklıkla görülür, yaşlının genel sağlığını bozar, yaşam kalitesini azaltır ve hasta yakınları için yük oluşturur.

Depresyon hastalarının kişiliklerinde bir zayıflık yoktur. Tembellik, zayıflık, iradesizlikle alakalı değildir. Bu durum da beyin kimyasındaki değişikliklerden kaynaklanır. Tedavisi

vardır. Yaşlıda depresyonun normal olabileceği ile ilgili yanlış düşünce hastalıkla mücadeleyi engeller (Sağlık Bakanlığı,2011: 275).

2.3.3. Yaşlılık döneminde sık görülen kanserler

Yaşlılık döneminde sık görülen kanserler aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

1. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Mamografi, klinikte meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi tanıya yardımcı olan en önemli tarama yöntemleridir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 30).
2. Kolorektal kanserler, sık görülen kanser türleri arasındadır. Erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığının eşit olduğu bilinmektedir. Hastalığı erken dönemde yakalamak için uygun tarama yöntemleri bulunmaktadır. Rektal muayene, gaitada gizli kan, fleksible rektosigmoidoskopi, kolonoskopi, baryumlu kolon grafisi uygulamaları tarama yöntemi olarak kullanılır. Tarama testleri kolon kanserinden ölümleri 50-70 yaş grubunda önemli ölçüde azaltmaktadır. 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaitada gizli kan testi (GGK) ve her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 31).
3. Serviks kanseri, düzenli jinekolojik muayene ve alınan servikal smear'in sitolojik ve HPV enfeksiyonu yönünden incelenmesi serviks kanseri riskini %80'in üzerinde azaltmaktadır. Ulusal kanser kontrol programına göre 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır ve smear alımı beş yıllık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmelidir. Benign jinekolojik nedenler ile total histerektomi yapılan olguların sitolojik takibi gereksizdir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 31).
4. Prostat kanseri, erken tanıda en sık kullanılan yöntemler, rektal tuşe ve prostat spesifik antijen (PSA) değerlendirilmesidir. Tarama başlangıç yaşı 50 olup yaşam beklentisinden 10 yıl önceye kadar yıllık rektal muayene ve PSA ile tarama önerilmektedir. Birinci derece tek yakınında, 65 yaş öncesi prostat kanseri saptanan kişiler yüksek risk grubunda yer alıp bunların taraması 45 yaşında başlatılmalıdır. Şayet yakınında birden çok kimse 65 yaş altında prostat kanseri olmuşsa tarama başlatma yaşı 40'a indirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 31).

5. Akciğer kanseri, erken tanı koymak için etkili bir yöntem olmadığı düşünülmektedir. Bilgisayarlı tomografinin sigara içenlerde tarama amacıyla kullanılmasına ilişkin çalışmalar sürmektedir. Sigaradan uzak durmak akciğer kanserinin birincil korunmasındaki en etkili yöntemdir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 32).
6. Cilt kanseri, cilt dokularından kaynaklanan kanserlerdir. Cilt kanserleri ileri yaşlarda, güneş ışığına maruz kalan bölgelerde veya bağışıklık sistemi zayıf olan kişilerde ortaya çıkar. Cilt kanserleri en çok görülen kanser türüdür. Tüm kanser vakalarının yaklaşık yarısını cilt kanserleri oluşturur. Birden fazla türü vardır. Cilde rengini veren melanosit simile hücrelerden kaynaklanan kanserler Malign melanoma olarak adlandırılır. Kendi kendine ve/veya doktor tarafından cilt muayenesi dışında erken tanı için önerilen standart bir tarama testi mevcut değildir. Rehabilitasyon hizmetlerinin kanser hastalarının yaşam kalitelerinin sürdürülmesi açısından önemi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 32).

2.3.4. Yaşlılık döneminde kalp yetmezliği

Kalp kasının yapısı veya işleyişinde bozulma olması nedeniyle kalbin odacıklarının kanla dolma veya kanı pompalayabilme yeteneğinin bozulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 191).

2.3.5. Yaşlılarda görülen romatolojik hastalıklar

Yaşlı popülasyonun hemen tümünde kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrı ve yaşam kalitesi azalması mevcuttur. Toplum içi ve bakım evlerinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, bireylerin çoğunda bir veya birden fazla romatizmal hastalık olduğu ve çoğu yaşlıda bunların yeterli tedavisinin yapılamadığı saptanmıştır. Sağlık istatistiklerine bakıldığında da romatizmal hastalıkların, yaşlılarda hekime başvuru ve fonksiyon kaybının başta gelen nedenlerinden birini oluşturduğu görülmektedir. Bunun başlıca sebepleri; hem bazı romatizmal hastalıkların (osteoartrit, polimiyaljiya romatika gibi) yaşla belirgin olarak artması hem de daha önceden varolan kronik hastalıklara (ankilozan spondilit vb.) bağlı sorunların yaşlılığa bağlı kas-iskelet sistemi değişiklikleri ve ek patolojilerin eklenmesiyle daha fazla fonksiyon kaybına neden olmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 347).

Yaşlılarda görülen romatolojik hastalıkları kısa kısa inceleyecek olursak;

1. Osteoartrit (Oa) (kireçlenme), özellikle gelişmiş toplumlarda, beklenen yaşam süresi arttıkça, yaşla ilişkili hastalıklar önem kazanmaktadır. Bunların başında OA gelmektedir. Çünkü OA sıklığı, yaşla çok belirgin bir ilişki göstermektedir. OA eklem kıkırdağının harabiyeti ve eklem çevresi kemik yapıların yeniden şekillenmesi ile giden, ilerleyici özellikte olan, sistemik olmayan dünyada en yaygın görülen eklem hastalığıdır. Tüm eklemlerde görülmekle birlikte en sık el, diz, kalça ve omurga eklemlerinde ortaya çıkar. Yaşlı hasta grubunda özürüllüğün ve ağrının en sık nedenidir. Elli beş yaşın üzerinde sıklığı %10 iken, yetmiş beş yaş üzerine sıklığı %50'yi geçmektedir. Radyolojik incelemeler ve otopsilerde altmış beş yaş üzeri tüm bireylerde görüldüğü tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 348).

Hasta eğitimi, tedavinin birinci basamağıdır. OA olan hastaların çoğu ağrıya odaklanır, oysa tedavinin tek amacı ağrıyı gidermek olmamalı, eklemün korunması, fonksiyon kaybının önlenmesi, ilerleyişin durdurulması veya geciktirilmesi planlanmalıdır. Hasta eğitimi: hastaya hastalığın kesin tedavisinin olmadığı, sorunla başetme konusunda ve OA etkilerini azaltmak için; davranış değişikliği (dizini bükerek oturmaması, namazı oturarak kılması, hareketliliğini koruması, uygun ayakkabı seçimi, gibi) konusunun önemi vurgulanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 349).

2. Bel ağrıları, iş gücü kaybına, geçici veya kalıcı fonksiyonel kayıplara neden olduğu için gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların temel sağlık sorunlarından biridir. Yaşlılıkta da bel ağrısı en sık yakınılan şikayetlerden birisidir. Yetmiş beş yaşın üzerindeki hekime başvuru nedenleri arasında üçüncü sırada gelmektedir. Bel ağrısının yaşlı nüfusta günlük fonksiyonları kısıtlama oranı oldukça yüksektir. Gençlerde bel ağrıının nedenleri genellikle çevre yumuşak dokularda zorlanma ve sinir kökü basısı iken yaşlılarda bunlara ilaveten omurganın dejeneratif hastalıkları (diskopati, faset eklem artropatisi, spondilolistezis, spinal stenoz), enfeksiyon, tümörler, osteoporoza bağlı kırıklar ve başka bölgelerin ağırlı organlarından yansıyan ağrılar (karın içi, idrar yolları ve kalp-damar hastalıklarına bağlı yansıyan ağrılar) olabilmektedir. Yaşlılığa bağlı fonksiyonel kayıplar, daha önceki mesleki durum, sedanter yaşam, yaş, kilo, eşlik eden diğer sistemik

hastalıklar, metabolik bozukluklar ve kronik hastalıklar bel ağrıları için risk faktörü oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 351).

3. Boyun ağrıları, yaşlılarda sık görülen yakınmalardandır. Yaşlılarda travma, mekanik, dejeneratif, inflamatuvar, metabolik ve eklem dışı yumuşak dokuları ilgilendiren romatizmal hastalıklar, nöromusküler problemler, neoplazik nedenler, vasküler problemler ve yansıyan nedenlere bağlı olmaktadır. Ağrılar genelde omuz ve sırtta doğru yayılabilir, sefalo-servikobrakial dağılımlı olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 349).
4. Osteoporoz, düşük kemik kütlesi, kemik dokusunun mikroyapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliği ve kırık riskinin artması ile karakterize metabolik kemik hastalığıdır. Primer ve sekonder osteoporoz olarak iki gruba ayrılır. Osteoporoza bağlı kemik kırıkları giderek artan oranlarda morbidite ve mortaliteye dolayısıyla sağlık harcamalarına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 353).

Yaşla birlikte osteoporoz ve buna bağlı kırık gelişimi özellikle de kalça kırıkları artmaktadır, morbidite, mortalite ve yaşam kalitesinde bozulmada artışlar olmaktadır. Osteoporoz sinsi bir hastalıktır. Kırık oluşuncaya dek belirti vermeyebilir. Hastalık ilerledikçe; sırt ağrısı, boya kısalma, torasik kifoz, periodontal hastalıkların varlığı, travma olmaksızın veya düşük enerjili travmalara bağlı osteoporotik kırıklar (vertebra, önkol distali, femur proksimali, pubis ve kosta kırıkları) görülür. Tanısı fizik muayene, radyolojik değerlendirme, biyokimyasal testler ve DEXA kemik mineral yoğunluk ölçümleri ile konulur (Sağlık Bakanlığı, 2011: 353).

5. Polimiyaljiya romatika (Pmr), boyun, omuz ve kalça çevresinde ağrı, gerginlik, hassasiyet ve belirgin sabah tutukluğu ile karakterize genellikle yaşlılarda görülen romatizmal bir hastalıktır. Yaygın ağrısı olan yaşlılarda daima akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Omuz kalça kuşağı ve ekstremitte proksimallerinde ağrı ve yorgunluk/güçsüzlükle karakterizedir. Sabahları hastalar kendilerini daha kötü hissederler. Sıklıkla sistemik yakınmalar (halsizlik, iştahsızlık, hafif ateş, kilo kaybı, vb.) eşlik etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 354).

6. Temporal arterit, şiddetli baş ağrısı, çenede yorgunluk, saçlı deri hassasiyeti ve görme kaybıyla karakterize bir tabloda seyretmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 354).

2.3.6. Pnömoni

Akciğerin enfeksiyonudur. Yaşlıda enfeksiyonlara bağlı ölümlerin en önemli nedenidir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 163).

2.3.7. Hipertansiyon

Kan dolaşımının sağlanması için uygulanan basınca tansiyon, bu basıncın normalden fazla olmasına hipertansiyon denir. İki çeşit tansiyon ölçülür. Büyük tansiyon (sistolik kan basıncı) ve küçük tansiyon (diyastolik kan basıncı). Büyük veya küçük tansiyondan birisinin yüksek olması hipertansiyon tanısı koymak için yeterlidir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 198).

Hipertansiyon özellikle yaşlılarda çok yaygındır. Toplumdaki yaşlıların %60'ı tansiyon hastasıdır. Çoğu yaşlı hipertansiyon hastası olduğunun farkında değildir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 199).

2.3.8. Yatak yarası

Hareket yeteneğinde sınırlanma ya da kaybolma nedeniyle devamlı yatma, vücudun belli yerlerinde fazla basınç ile birlikte, derinin beslenmesinin engellenmesine ve yatak yaralarına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 439).

2.4. Yaşlılar İçin Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı yaşam davranışları çeşitlendirilebilecek olsa da biz sağlık turizmi kapsamında fiziksel aktivite ve bağışıklama (aşı) üzerinde duracağız.

2.4.1. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir. En basit tanımı ile enerjiyi harcamak için vücudun hareket etmesidir. Aşağıda fiziksel aktivite kapsamında yapılabilecekler maddeler halinde sıralanmıştır.

1. Yaşam tarzı değişikliği, yaşamda daha fazla aktivite yapmaya yönelik tüm davranış şekillerini kapsar. Park ederken arabayı evden, işten veya marketten uzağa park etmek, asansör yerine merdivenleri kullanmak, uzaktan kumandasız televizyon seyretmek, bahçe işleriyle uğraşmak, arabayı kendi yıkamak, müzik dinlerken dans etmek örnek olarak verilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 73).
2. Aerobik egzersiz, hafif tarzda yürüyüş (eğer kalça, diz ve ayak bileğinde problem mevcutsa yüzme, kol bisikleti ya da spor merkezlerinde bulunan yatay bisiklet kullanılabilir) (Sağlık Bakanlığı, 2011: 76).
3. Esneklik egzersizleri, sırt, bel, hamstring, gastrocnemius kasları ve aşil tendonları her sabah 5 dakika tanımlanan şekilde gerilmeli ve doktorun verdiği ve tanımladığı germe egzersizleri haftada yedi gün yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 77).
4. Güçlendirme egzersizleri, ana kas gruplarını içeren egzersiz aletleri ile ve 1 set 10 tekrar olacak şekilde, toplam 3 set olarak özellikle gövde ana grup kaslarını içeren abdominal kas ve sırt ekstansörleri içerecek şekilde egzersiz yapılmalıdır, (Sağlık Bakanlığı, 2011: 77).
5. Yeterli ve dengeli beslenme, üç ana ve üç ara öğün şeklinde olması önerilen günlük beslenme düzeninde ekmek-pirinç-makarna, meyve, sebze, et-balık-tavuk-baklagiller-yumurta, sütyoğurt-peynir, hayvansal-bitkisel yağlar temel besin grupları yeterli miktarda ve denge içinde tüketilmelidir.

Ayrıca, yaşlılık döneminde 2 litre (8-10 bardak) sıvı tüketilmesi de önerilmektedir, ancak, hastalıkların varlığı, fizik aktivite durumu alınması gerekli sıvı miktarının değiştirilmesini gerektirebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 29).

6. Bedensel etkinlik, kas gücünün korunması, kronik hastalıkların önlenmesi için her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılık döneminde özellikle orta yoğunlukta bedensel etkinliğin önemi büyüktür. Dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri yaşlılar için önerilen egzersizlerdir. Dayanıklılık egzersizleri (yüzme, bahçe etkinlikleri, düz zeminde hızlı yürüme, vb.) yaşlılık döneminde kalp ve damar sistemi hastalıkları açısından önem taşıırken kuvvet

egzersizleri (sandalyeden kalkma egzersizleri, kol kaldırma egzersizleri, vb.) ise kas ve kemik sağlığını geliştirmek için önerilir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 29).

7. Sigara içmeme, sigara içme çoğunlukla ergenlik döneminde kazanılan riskli bir davranıştır. Yaşlılık döneminde en çok yanılığ oluşturan konu sigara içen bireylerin bu davranışlarını sürdürmeleridir. Gerçekte; sigara bırakıldığı an sigaraya bağlı olan olumsuzluklar geri dönmeye başlamaktadır. Bu nedenle birey bu dönemde de sigarayı bırakmak için çaba göstermelidir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 29).
8. Yeterli ve düzenli uyku, sağlıklı bir uyku düzeni için gürültüsüz ortamların seçilmesi önemlidir. Bireyler günde 6-8 saat ve olabildiğince günün aynı saatlerinde uyumaya özen göstermelidirler. Uyku düzenini bozacak bir yaşam şekli sağlıklı olumsuz olarak etkilemektedir.
9. Stresle baş edebilme, stres, bireyin dışında seyreden ve onun yaşamını ve sağlığını olumsuz etkileyen bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Yaşamda çok çeşitli olduğu bilinen stres kaynaklarının uzaklaştırılması bireyler için stres karşısında alacakları tutumu belirlemeden daha zor olabilir. Bu nedenle hekimler ve diğer sağlık çalışanları yaşlı bireylerin stresle karşılaştıklarında nasıl davranmaları gerektiği konusunda deneyim kazanmalarını kolaylaştırmalıdır. Bireyin stresle mücadele edebilmesinin başlıca yöntemi değiştiremeyeceği durumlarda karşılaştığı olaya vereceği tepkiyi değiştirmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 30).
10. Boş zamanları üretken bir biçimde değerlendirebilme, yaşlılık döneminde bireylerin boş zamanları daha genç yaşlara göre fazla olabilir. Boş zamanları değerlendirebilmek için sedanter yaşam tarzından uzaklaşmak için yollar aranmalıdır. Boş zaman değerlendirme konusunda kadınlar ve erkeklerin farklı tercihleri olabilir. Kadınlar daha çok ev gezmeleri, el becerilerini ya da sosyal ilişkileri geliştirici kurslar, vb. aktiviteleri daha sıklıkla tercih ederken erkekler kahvehane gibi toplu bulunulan yerlerde vakit geçirmeyi tercih etmektedirler. Bu farklılık onların sağlık açısından karşılaştıkları riskleri de birbirinden ayırıştırabilmektedir. Kahvehaneler sigara içiminin yoğun olduğu ve bireylerin sigara dumanından pasif etkilenim riski ile karşılaştıkları alanlardır. Bununla beraber kadınların tercih ettikleri ev gezmeleri ise obezite açısından risk oluşturabilecek ortamlardır.

2.4.2. Yaşlılıkta bağışıklama (aşı)

Yaşlanma ile birlikte bağışıklık sistemindeki gerileme bireylerde süregelen hastalık sıklığına ve bu hastalıklara bağlı komplikasyon ve ölümlere neden olabilmektedir. Doğal ve sonradan kazanılmış immünitede değişimler yaşlılık döneminde görülmektedir. Aşılama, bireyde bağışıklık düzeyini istenilen seviyeye getirmek anlamı taşıyan bağışıklamayı sağlamak için yapılan bir uygulamadır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak ileri yaşta bağışıklama konusu özellikle gelişmiş ülkelerde başlatılmış, bu yaklaşım gelişmekte olan ülkelere de örnek olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011: 30).

Günümüzde ileri yaş bağışıklama uygulamalarının en önemli gerekçesi bu yaş grubunda mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) sebebi olan durumlardan ya da istenmeyen etkilerinden korunmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 30).

İleri yaş (bir başka ifadeyle; 65 yaş ve üzeri) gruptaki bireyler için “kırılgan” ifadesi de kullanılmakta olup bu döneme özel önlemlerin alınması gereği üzerinde durulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 19). Bu dönemde alınması gereken özel önlemlerden biri de yaşlılara yapılacak aşılardır. Yaşlılık döneminde uygulanacak aşılarla ilgili bilgiler aşağıda başlıklar halinde yer almaktadır.

1. Mevsimsel grip aşısı, Dünya’da ve Türkiye’de altmış beş yaş ve üzeri grup için genel ve bölgeye/ülkeye özel bağışıklama seçenekleri bulunmaktadır. Dünyada 75 ülkede yaşlılara özel bağışıklama programının olduğu üzerinde durulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 yılında yapılan Genel Kurulunda 2006 yılına kadar taraf ülkelerin %50’sinde ve 2010 yılına kadar da %100’ünde yaşlıların influenza aşısı olabilmesi ile ilgili olanak ve koşulların sağlanması kararı alınmıştır. Mevsimsel grip aşısı için zamanlama genellikle Ekim ayında başlayıp Aralık ayı ve Ocak ayında da devam edebilir. Bu sürenin değişimi grip salgınının zamanının değişimine göre farklılaşabilmektedir. 65 ve üzeri bireylerin bu aşığı yılda bir kez olmaları önerilmektedir. Aşının koruyucu etkisi 1-2 hafta sonra başlamaktadır. Ülkemizde de mevsimsel grip aşısı altmış beş yaş ve üzeri grup için sağlık kurumlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20).
2. Pnömonokok aşısı, yaşlı nüfus için aşılama konusunda öncelikler arasında yer alan bir diğer aşı da pnömonokok (zatürre) aşısıdır. Pnömonokok aşısının etkinliği %60-64 olup aşılamadan

sonra yaklaşık 9-10 yıl koruyuculuğu sürmektedir. Altmış beş yaş ve üzerinde kişiler için ilk aşılama altmış beş yaşın altında yapıldıysa ve bu aşidan sonra 5 yıl ya da daha uzun süre geçtiyse yeniden aşılama önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20).

3. Tetanoz aşısı, erişkin bireyler her on yılda bir tetanoz tekrar dozlarını yaptırmalıdır. Dolayısıyla, altmış beş yaş ve üzeri kişiler için de aynı öneri geçerlidir.
4. Hepatit B aşısı, yaşlılık döneminde hekim tarafından gerekli görüldüğünde hepatit B aşısı da yaptırılabilir. Bu konuda genel sağlık taramaları kapsamında hekimle iletişim kurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20).
5. Herpes Zoster aşısı, yaşlılık döneminde herpes zoster (zona zoster) bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla viral bir etken (varicella zoster) nedeniyle gelişir. Hastalık sinir yolağı boyunca baloncuklar içeren yaralar (veziküler lezyon) şeklinde kendini gösterir. Yaralar belirmeden 2-7 gün önce tutulan bölgede yanma, batma şeklinde ağrıyla başlar.

Bu hastalıktan korunmak için zoster aşısı farklı ülkelerde rutin aşılama programı içinde yer almıştır. 65 yaş üzeri bireylerde tek doz zoster aşısı cilt altına daha önce hastalığın geçirilme durumuna bakılmaksızın önerilmektedir. Süregen hastalığı olanlar klinik tablo açısından herhangi bir risk oluşturmuyor ya da önlem alınması gerekli bir durum yok ise aşılama yapılabilir. Bu konuda hekim danışmanlığı ve yönlendirmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20).

2.5. Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmeti Verecek Kurumların Birimleri

Yaşlılara sağlık bakım merkezlerinde verilecek hizmetler; konaklama hizmetleri, yaşlı bakım hizmetleri, sağlık hizmetleri, fiziksel aktivite hizmetleri, sosyal destek hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır.

2.5.1. Konaklama hizmetleri

Ailesi ile beraber yaşayan yaşlıların anti sosyalleşmelerini önlemek ve yaşlılarıyla beraber organizasyonlara katılıp, yakınları tarafından işe gittiklerinde evde hangi şartlarda kalıyorlar endişesinden kurtarıp iş verimlerini artırıp kendilerine de vakit ayırmalarına imkân sağlayan gündüz getir akşam götür bakımı için gündüz bakım hizmeti. Ameliyat sonrası kısa süreli bakım hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri vb yönüyle kısa vadeli bakım hizmetleri, ameliyat

sonrası orta vadeli bakım hizmetleri, felç ve benzeri hastalıklarda ilaç takibinin ve bakımın özenle yapılması gereken durumlar için orta vadeli bakım hizmeti, alzheimer ve demans hastalarının, ALS hastalarının, felçli hastaların, dâhili hastalıkların takibi ve bakım hizmetleri için uzun vadeli bakım hizmetleri olarak sınıflandırma yapılabilmektedir.

2.5.2. Yaşlı bakım hizmetleri

Çamaşırlarının yıkanması ve ütülenmesi, yaşına uygun diyet hazırlanarak gerekli yemek pişirilip servis edilmesi, alması gereken ilaçları düzenli olarak almasının sağlanmasıdır.

2.5.3. Sağlık hizmetleri

Verilecek bakım hizmetinin niteliğine göre doktor, hemşire veya sağlık memurunun gerekli hizmeti vermesi, periyodik laboratuvar hizmeti, gerektiğinde konsültasyon yapılması, kronik bakım hizmetleri verilmesi, felçli ve ameliyat sonrası hastalara rehabilitasyon hizmeti verilmesidir.

2.5.4. Fiziksel aktivite hizmetleri

Yaşlıların günlük yapmaları gereken fiziksel aktivitelerin veya rehabilitasyon amaçlı hareketlerinin ilgili uzman veya yardımcı personel eşliğinde yaptırılmasıdır.

2.5.5. Sosyal destek hizmetleri

Sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi görevlilerin yaşlılara yaptıracakları değişik aktivitelerle, aile ortamında bulundukları hissini vermektir.

2.6. Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmeti Veren Tesislerin Taşınması Gereken Özellikler

Yaşam alanlarının fiziki koşulları ve çevre düzenlemeleri yaşlıların emniyet ve güvenliğini sağlayacak, gündelik hayatlarını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmelidir.

Yaşlı bireyler için geriatri hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile kronik (Alzheimer, MS, Diyabet vb) hastalığı olan, tedavileri uzun süreli yatakta kalmalarını gerektiren ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar için, hastanelere yakın olmalıdır.

Yaşlılık (Geriatri, gerontoloji vb.) alanında multidisipliner nitelikli eleman bulundurulmalıdır.

Yeterli sayıda ve nitelikte yaşlı bakım elemanı yetiştirilmeli ve istihdam edilmelidir.

2.7. Türkiye’de ve Dünya’da Yaşlı Bakımına Yönelik Sağlık Hizmetleri

Yaşlı bakımına yönelik sağlık hizmeti vermek kendi içinde birçok avantaj ve dezavantajları beraber taşımaktadır. Yaşlı bakımı öncelikle özveri gerektirmektedir. Yaşlılık bir yönüyle çocukluk demektir, çocukların beklediği ilgi, alaka ve yakınlığı yaşlılar daha fazlasıyla beklemektedirler. Yaşlı bakımı öncelikle yaşlıya zaman ayırmayı gerektirmektedir.

Yaşlı bakım hizmetleri Dünya’da yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak artmakta, hizmet sektöründe karlılığı yüksek bir alan olarak üst sıralara yükselmektedir.

Avrupa; nüfusun yaşlanması, boşanmalar artması, kadın başına düşen ortalama çocuk sayısının azalması, kadınların iş piyasasındaki katılımının artması, emeklilik yaşının artması ve emekli aylığı, yaşlıların bakımı, sağlık sisteminin finansman problemleri gibi konularda pek yakında çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalacaktır. Bütün bunlar evdeki yaşlıya bakacak genç aile ferdi noksanlığına sebep olacağından bakım hizmetlerine ciddi ihtiyaç doğuracaktır. 21. yüzyıla girerken Avrupa nüfusunun %17’si 65 yaşının üzerindedir. 2025 yılında bu oranın %20’yi aşacağı tahmin edilmektedir (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 1).

Avrupa’da, bakım evlerinin maliyetleri yüksek, fonksiyonelliği az olduğundan son yıllarda evde bakım hizmetleri yaygınlaştırmaya çalışılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşlı bakımına aşağıda değinilmiştir.

Danimarka’da, 1987’deki yasal düzenlemelerle kurumsal bakım hizmetleri yerine kurumsal olmayan evde sosyal bakım hizmetleri ve yaşlılar için konutlar anlayışına geçilmiştir. Bunun bir neticesi olarak 1985’de Danimarka’nın bakıma muhtaçlar için kişi başına harcamaları ABD’nin harcamalarından iki kat fazla iken 1997’de kişi başına harcamalar hemen hemen

ABD ile aynı düzeye indirilmiştir. Diğer taraftan 1982’de 75 yaş ve üstünde olanların %16’sı huzurevinde veya bakım yurdunda kalırken 1999’da bu oran %9’a düşürülmüştür (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 1).

Yunanistan ve İtalya’da, bakım evleri çok azdır ve yaşlı nüfusun hızlı artışı aile fertleri için büyük bir sorun oluşturmaktadır. Bunun çözümü olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından insanlar getirtmekte veya yabancı gurbetçilerden destek almaktadırlar. Yaşlıların ve kronik hastaların uzun süreli bakımı için İngiltere, ABD, Danimarka, Hollanda, Almanya gibi ülkeler genel bütçelerinin yaklaşık %1’ini ayırmaktadırlar (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 1).

Finansman birçok ülkede genel vergilendirme ve zorunlu sosyal sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Özel sigortaların rolü ülkeden ülkeye değişmesine rağmen azdır. Hollanda’da bu hizmetler %79 kamu kaynakları, %21 özel sigortaların kaynaklarından karşılanmaktadır. Ayrıca Hollanda’da hastaya direk maddi yardım yapılarak hizmeti istediği yerden alabilmesi sağlanmaktadır (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 1).

İsveç, yaşlı bakımında koruyucu hekimlik ön plana çıkmıştır. Yaşlılar iyice düşkünleşmeden ve yatalak olmadan, 60-70 yaşlarındayken bakıma ve bilgilendirmeye daha çok önem verilmektedir. Almanya’da 1990’lı yıllarda Robert Bosch Vakfının “bakımın elit insanlara ihtiyacı var” sözüyle başlayan bakım yerine önlem prensiplerinde yaşlıların bilgilendirilmesi, sağlıklı bir ortam, gezi, temiz ve güneşli hava, (yaşlıların seyahati, meşguliyet terapisi, bol hareket vb.) ön plana çıkmaya başlamıştır (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 2).

Kısaca görüldüğü gibi Avrupa’da yaşlılık büyük bir sorun ve bütçeye yük olarak görülmektedir. Ülkemizin iklimi, coğrafyası, misafirperverliği, bölgesel yakınlığı ve turizm potansiyeli ile Avrupalı yaşlılara özellikle 65-75 yaşları arasındaki (sağlıklı olan) yaşlılara belli projeler çerçevesinde daha güzel ve daha ekonomik bakım hizmeti ve yaşlı tatil köyleri sunulabilir. Böyle bir proje Avrupa’nın yaşlılarına daha ekonomik ve müreffeh bir hizmet, ülkemiz içinde büyük bir sağlık turizmi geliri olacaktır. Aynı zamanda böyle bir proje yürütülmesi ülkemizin gelecekteki yaşlı sorunları için ön bir hazırlık çalışması olacaktır (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 2).

ABD, hastanelerde geriatri bölümleri, geriatri hastaneleri, yaşlılara hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve bakım yurtları bulunmaktadır. Tam bir uzmanlaşmaya dayanan bakım yurtları; bakım gerçekleştiren, hastanın tam bir uzmanlığa dayanan ihtiyaçlarını karşılayan kurumlardır. Kısmen uzmanlaşmaya dayanan bakım yurtları barındırdıkları yaşlılara bazı konularda uzmanlaşmış tedavi sağlarlar. Bu hususlar onların esas bakım fonksiyonlarına ilave edilmiştir.

ABD'de hastane-bakım yurdu işbirliğinin gerçekleşmesi tedavi planının başarıya ulaşmasına imkân vereceğinden bakım yurtları kanunen hastane başhekimliğine bağlanmakta ve kurum personelinin eğitimi ve çalışma tarzı hastanelerden tamamen ayrılmaktadır.

Yaşlı kişi, evinde yaşıyorsa ev sağlık hizmetleri verilmektedir. İngiltere'de bu tip sağlık hizmetleri çok gelişmiştir. Bölge bakım servisi isteyene doktor sağlamakta, hastaya tıbbi bakım hizmeti evinde verilmektedir. Yaşlının hastaneye sevki ya da hastaneden çıkışında gerekli olan yardım yapılmaktadır. Gönüllü kuruluşlar bu konuda çok aktif hizmet vermektedirler (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 3).

İngiltere, geriatrik uzun ve kısa tedavi hizmeti veren hastaneler ile birçok hastanede geriatri birimleri bulunmaktadır. Bu hastanelerin bazılarında, psiko-geriatrik ve rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Yaşlıların günlük tedavilerini yapan geriatri hastanelerinin yanı sıra geriatri alanında uzmanlaşmış hekimler ev ziyaretleri de yapmaktadırlar. Genellikle hastanelerde özellikle geriatrik hastanelerde sosyal hizmet ofisleri bulunmaktadır (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 3).

Bakım yurtları, kronik hastalığı olanlar, hastalık ve tedavileri uzun süre yatakta kalmalarını gerektiren kimseler (yatalaklar) ve hastanelerde gerekli ameliyatları geçiren veya tıbbi bakım gördükten sonra uzun bir nekahet dönemine ihtiyacı olanların barınacakları kurumlardır. Bu tip hastaların bakım yurtlarına alınmaları hem hastanelerin yoğunlaştırılmış tedavi fonksiyonlarını engellememekte hem de özel bir bakım görmeleri gereken bu kimselerin uzman personel elinde bakıma kavuşmaları mümkün olmaktadır. Özetle, bakım yurtları genel olarak kronik hastalığı olan yaşlıların bakıldıkları yerlerdir. Pek çoğu hastanelerin uzantısı olarak hizmet vermektedir.

Ayrıca İngiltere'de yaşlının kendi evinde ya da korumalı ev ve dairelerde bakılamayacak duruma geldiğinde kalabileceği huzurevleri vardır. Burada kalanlar bakım yurtlarında bakılanlardan farklı olarak devamlı bakıma gerek duymayan kişilerdir. ABD, İngiltere, Almanya ve İskandinav ülkelerinde kurumsal bakım gelişmiş, kültürel bakımdan büyük kabul görmüştür. Ayrıca, evinde gündüz yalnız kalması sakıncalı olan yaşlıların bakımlarının yapıldığı çeşitli nitelikte gündüz bakımevleri de bulunmaktadır. Buralarda bakım hizmeti çerçevesinde yemek ve gündüz aldığı ilaçlar zamanında verilmekte, yaşlının istirahati sağlanmakta, yaşlı akrabaları ile bir arada olduğundan ilişkileri daha sağlıklı olmaktadır (www.saglikturizmi.org.tr, 2015: 3).

ABD ve İngiltere'de yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat ya da küçük evlerden oluşan bakım kurumları bulunmaktadır. Bu mekânlar yerel yönetimler ya da konut birlikleri tarafından inşa ettirilmekte ve yaşlılara kiralanmaktadır. Korumalı ev ve daireler olarak tanımlanabilen bu tip kurumlarda sosyal servis bulunmakta, bir müdürün idaresinde bulunan sosyal servis yaşlılara istediklerinde hizmet götürmektedir.

2.8. Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Sağlık Turizmi Açısından Potansiyeli

Gelişmiş batı ülkelerinde tedavi ve yaşlı bakım hizmetlerinin maliyetleri çok yüksektir. Batı ülkelerinde yaşlı nüfus hızla artmakta (%20'ye yaklaşıyor), kronik hastalıklar yaygınlaşmakta emekli sayısı artmakta, çalışan genç nüfus azalmaktadır. Çizelge 2.1.'de görüldüğü gibi 2025 yılında birçok Avrupa ülkesinde 65 yaş üstü nüfusun %20 oranını geçeceği tahmin edilmektedir (www.saglikturizmi.org.tr, 2014: 2).

Çizelge 2.1. Ükelere göre ortalama ömür ve 65 yaş üstü nüfus (www.saglikturizmi.org.tr, 2014: 2)

Ülke	Doğumda beklenen yaşam ömür süresi		65 Yaş Üstü Nüfusun yüzdesi			
	Erkek	Kadın	1960	1980	2000	2025
Fransa	74,6	82,2	11,6	14,1	16	22,3
Yunanistan	75,5	80,8	9,4	13,2	17,3	23,5
İtalya	74,9	81,3	9,2	13,1	18,1	25,4
Polonya	68,9	77,3	5,9	10	12,3	20,7
İsveç	76,9	81,8	11,6	16,2	17,3	23,8
İngiltere	74,6	79,6	11,7	14,9	15,7	21,2

Artık özellikle Avrupa ülkeleri tedavi ve yaşlı bakım hizmetlerinin maliyetlerini düşürmeye çalışmaktadır. Bunun için sigortaların kapsamını daraltma, katılım payını yükseltme gibi metotlar geliştirilmektedir. Bu uygulamalar rekabetçi piyasa ve bilinçli toplumlarda çok başarılı olamamaktadır. Çünkü kişiler hem kaliteli hem de geniş kapsamlı sağlık hizmetleri istiyorlar ve sağlık hizmeti haklarının sınırlandırılmasını kabullenmiyorlar. Kamu veya özel sigorta kurumları kaliteli ve ucuz sağlık hizmetini sigortalısına temin etme durumundadır (www.saglikturizmi.org.tr, 2014: 2). Bunun da bugün bu hizmetleri kaliteli ve ucuza sunabilecek, bu hizmetleri sunarken hizmet alıcıların bu hizmetleri başka bir ülkeden almalarına makul gerekçe üretebilen adreslerden olacağı düşünülmektedir.

Çizelge 2.1.'de görüldüğü gibi Dünyada yaşlı nüfusu ve bu nüfusun sağlık hizmeti ihtiyaçları her geçen gün artmaktadır. Sağlık turizmini bir yatırım ve istihdam alanı olarak gören ülkeler açısından yaşlı bakım hizmetleri potansiyeli çok yüksek bir yatırım alanıdır.

3. BÖLÜM

PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ

Planlı davranış teorisi, davranışı ve niyeti açıklamak üzere, düşünülmüş eylem teorisi (The Theory of Reasoned Action) modeline algılanan davranışsal kontrol değişkeninin 1985 yılında Ajzen tarafından eklenmesiyle geliştirilmiştir. Ajzen böylece modelin açıklayabileceği davranış alanını genişletmiştir. Geniş kapsamlı bir teori olup tutum ve davranış arasındaki ilişkiyi incele ve davranış üzerinde etkili olabilecek değişkenleri açıklamaya çalışır.

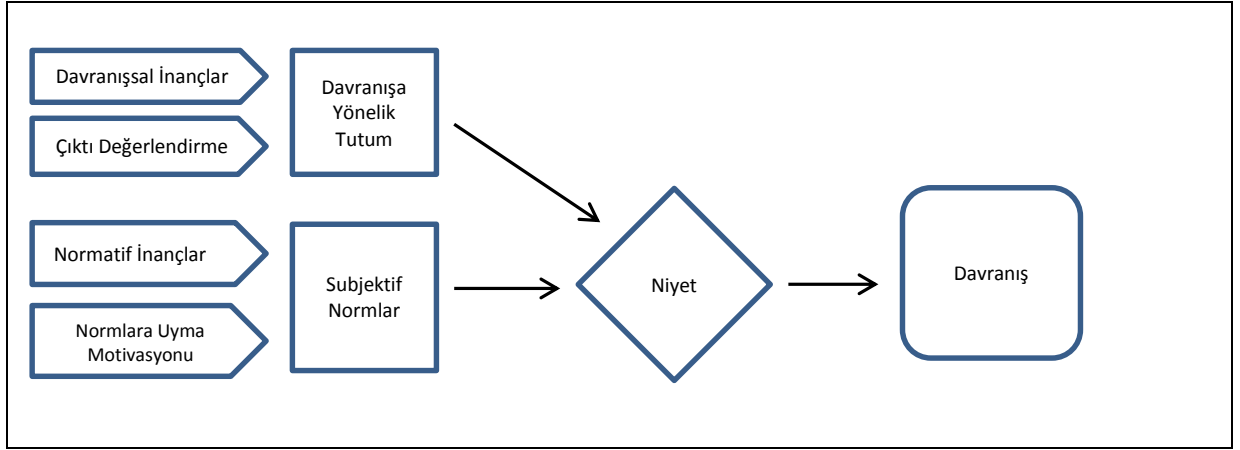
Teori; davranışı niyetle, niyeti de davranışa yönelik tutum, subjektif normlar ve algılanan davranışsal kontrolle açıklar. Davranışa yönelik amaç ölçülebilmekte ve dolaylı olarak da söz konusu davranışın ortaya çıkma olasılığı tespit edilebilmektedir.

Sosyal-psikologlar bir taraftan daha önceki çalışmalarda metodolojik yaklaşımlardaki hataları ve yapısal sorunları incelerken, diğer yandan henüz incelenmemiş olan ve tutum ve davranış arasında neden doğrudan bir ilişkinin kurulamayacağını açıklayabilecek üçüncü bir değişkenin bulunup bulunmadığıyla da ilgilenmişlerdir. Armitage ve Christian (2003: 187) davranışın öngörülmesinde niyetin göz önüne alınması gerektiğini ifade etmişlerdir.

3.1. Düşünülmüş Eylem Teorisi

Sosyal faktörlerin davranış üzerine etkilerinin araştırıldığı, tutum ve davranış arasındaki ilişkiyi belirleyen en çok bilinen modellerden biri, Fishbein ve Ajzen (1975)'in geliştirdiği ve içerisinde tutum-davranış ilişkisinin yanında sosyal faktörlerin de yer aldığı geniş bir model olan düşünülmüş eylem teorisidir. Orijinal adı "The Theory of Reasoned Action"dır.

Teori kişinin tamamen kontrolü altındaki davranışların açıklanabileceğini ifade eder. Tutum ve davranış ölçekleri birbiriyle uyumlu olduğunda tutum ve davranış arasında güçlü bir ilişki bulunabileceğini ortaya koymuşlardır. Düşünülmüş eylem teorisinde tutumların, subjektif normlarla birlikte bireylerin davranışa yönelik niyetlerini açıkladığı, niyetin de davranışı doğrudan etkilediği söylenmektedir.



Şekil 3.1. Düşünölmüş Eylem Teorisi Modeli

Ajzen (1991: 179), niyeti; bireyin bir davranış gerçekleştirmek için duyduğu arzu düzeyi ve ortaya koymayı planladığı çabanın yoğunluğu olarak tanımlamaktadır. Teoride niyet, iki temel değişkenin bir fonksiyonu olup, davranışa yönelik tutum ve subjektif normlarla açıklanır.

Teoriye göre kişi ilgili davranış olumlu görüyorsa ve çevresinin de kendisinin bu davranış sergilemesini desteklediğini düşünüyorsa, söz konusu davranış gerçekleştirmeye niyetlenecek ve niyeti de davranışını açıklayacaktır. Ancak düşünölmüş eylem teorisinin irade dışı davranışları ölçmede yetersiz kaldığı öne sürölmektedir (Ajzen, 2012). Genel olarak davranışlar iradeye dayalı olarak nitelendirilse de irade kontrolü dışında davranışların oluşması da söz konusudur (Ajzen, 2012). Bu tür irade dışı davranışlarında ölçölmesi amacıyla planlı davranış teorisi geliştirilmiştir. Planlı davranış teorisi modeline göre niyet davranışa yönelik tutum ve sübjektif normun yanısıra algılanan davranışsal kontrolden de etkilenmektedir.

3.2. Planlı Davranış Teorisi ve Öğeleri

Düşünölmüş eylem teorisi, her ne kadar iradi davranışları hesaplamakta oldukça başarılı olsa da, Ajzen (1985; 1988; 1991) davranış ve niyeti açıklamak üzere, gerekçelendirilmiş eylem teorisi modeline algılanan davranışsal kontrol değişkenini eklemiş ve modelin açıklayabileceği davranış alanını geliştirmiştir. Bireyin tamamıyla kendi kontrolünün altında olmayan davranışlarının açıklanılmaya çalışıldığı bu teori planlanmış davranış teorisidir.

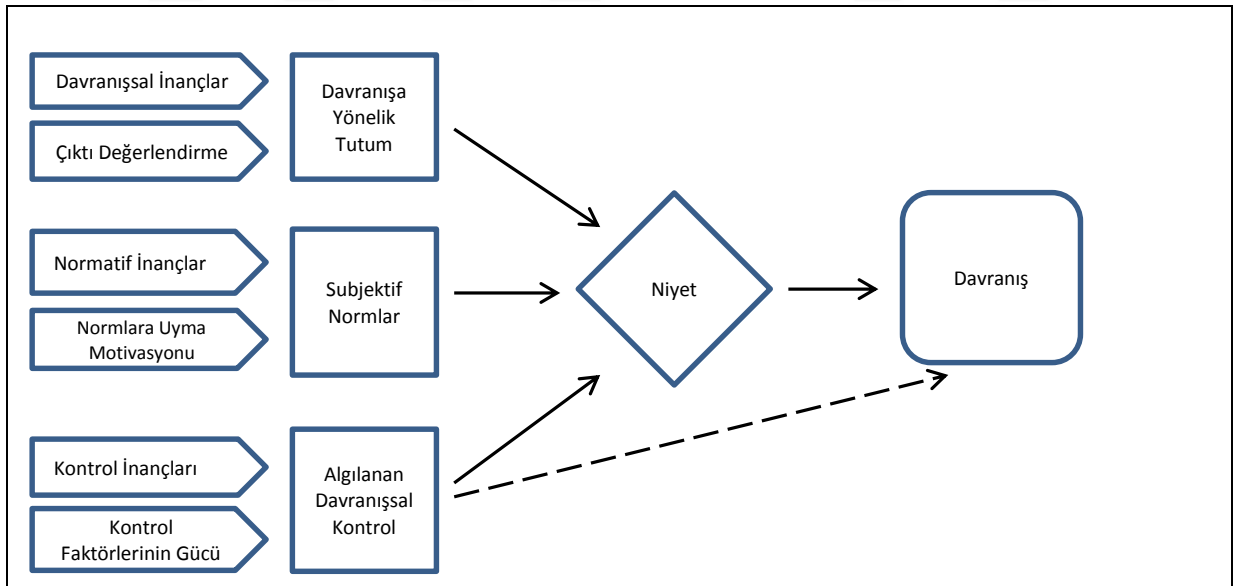
Modele sonradan eklenen algılanan davranışsal kontrol, bireyin söz konusu davranış üzerindeki kontrol algısını ifade etmektedir ve özellikle bireyin geçmiş davranışlarında

karşılaştığı engelleri ya da kolaylıkları yansıttığı varsayılmaktadır. Algılanan davranışsal kontrol, kontrol inançları ve kontrol inançlarında yer alan faktörlerin algılanan gücüyle açıklanabilmektedir.

Teori ilk defa Fishbein ve Ajzen tarafından 1975 yılında ortaya atılmıştır. Daha sonraları Ajzen (1985, 1988 ve 1991) yaptığı çalışmalarda davranışı ve niyeti açıklamak üzere, düşünülmüş eylem teorisi modeline algılanan davranışsal kontrol değişkenini eklemiş ve modelin açıklayabileceği davranış alanını geliştirerek bireyin tamamıyla kendi kontrolünde olmayan davranışlarını açıklamaya çalışmıştır. Orijinal adı “The Theory of Planned Behavior” dır.

Modele eklenen algılanan davranışsal kontrol, bireyin söz konusu davranış üzerindeki kontrol algısını ifade etmekte ve geçmişte karşılaştığı engelleri ya da kolaylıkları yansıttığı düşünülmektedir. Şekil 2.2.’de de görüleceği üzere, algılanan davranışsal kontrol, kontrol inançları ve kontrol inançlarında yer alan faktörlerin algılanan gücüyle açıklanabilmektedir.

Teorinin modeli Şekil 2.2.’de gösterilmektedir.



Şekil 3.2. Planlı Davranış Teorisi Modeli

Planlı davranış teorisine göre, insanların toplumsal davranışları belirli faktörlerin kontrolü altında olup belirli sebeplerden kaynaklanır ve planlı bir şekilde ortaya çıkar. Bir insanda bir davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle “niyetin” oluşması gerekir. “Niyeti” etkileyen faktörler, “davranışa yönelik tutum”, “subjektif norm”lar ve “algılanan davranışsal kontrol

”dür. Bu faktörler de, “davranışsal inançlar”, “normatif inançlar” ve “kontrol inançları”nın etkisi altındadır. Bu inançlar, oluşacak olan davranışın aynı zamanda sonuçlarını oluşturur. Şekil 2.2.’de de görüleceği gibi sadece “niyet”in etkisiyle, davranışlar oluşur veya değişebilir. Yani davranış, doğrudan “niyetin” kontrolü altındadır. Davranışa doğrudan etki edebilen bir başka faktör ise “algılanan davranışsal kontrol” faktörüdür fakat bu her zaman ve her olay için geçerli değildir. “Niyet” ise, “davranışa yönelik tutumlar”, “subjektif normlar” ve “algılanan davranışsal kontrol” tarafından açıklanır. Bu faktörler de inançların etkisi altındadır (Erten, 2002b).

Ajzen (1988) planlı davranış teorisinin, tüketicilerin, herhangi bir ürünü ya da markayı satın alması, bir ürün hakkında bilgi araması ya da belirli bir mağazadan alışveriş yapması gibi spesifik davranışlarını anlamada, yani tüketici davranışı çalışmalarında iyi bir kavramsal ve metodolojik çerçeve sunmaktadır der.

Bu teorinin iyi bir şekilde açıklanabilmesi için öncelikle davranışa etki eden faktörlerin açıklanması gereklidir. Davranış ve davranışa etki eden faktörler aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

3.2.1. Davranış

Satın almadan, tüketicinin marka ya da alışveriş yapacağı mağazayı seçmeye, satın aldığı üründen memnun olduğunda bunu dostlarıyla paylaşmasından, memnun olmadığı bir ürünü iade etmesine kadar birçok davranış, tüketici davranışının konuları arasındadır. Davranışlar, bilişsel bir çabanın ürünüdür. Tüketiciler, bir ürünü satın almadan önce o ürünle ilgili olumlu ve olumsuz yargılarını değerlendirecek, ihtiyaçlarını göz önünde bulunduracak, belki de çevresinin buna ne tepki vereceğini düşünecektir (Kocagöz, 2010: 33).

Planlı davranış teorisi, bu bilişsel çabanın bir model olarak sunumundan ibarettir. Tüketicilerin herhangi bir davranışa yönelik tutumları, subjektif normları ve algılanan davranışsal kontrolleri, o davranışa yönelik niyetlerini şekillendirmektedir.

Bu teoriye göre, tüketici davranışı, davranışsal niyetler ve algılanan davranışsal kontrol yoluyla açıklanmaktadır. Genel olarak, bir birey, davranış üzerindeki kontrolünün yüksek

olduğunu algılıyorsa ve davranışı gerçekleştirme hususundaki niyeti de yüksekse, davranışı gerçekleştirme ihtimali de o derece yüksek olacaktır. Algılanan davranışsal kontrolün davranışın doğrudan açıklayıcısı olarak modelde yer almasının nedeni, algılanan davranışsal kontrolün, şayet gerçek kontrolü yansıtıyorsa, davranışı doğrudan etkileyeceği varsayımıdır (Ajzen, 1985; 1991; 2007).

Niyet ve algılanan davranışsal kontrolün davranışı tahmin etmedeki nispi ağırlıkları, çeşitli durumlarda ve farklı davranışlarda değişiklik gösterebilir. Niyetin ve algılanan davranışsal kontrolün davranışı açıklayabilmesi için bir takım şartlar yerine getirilmelidir (Ajzen, 1991). İlk olarak, niyet ve algılanan davranışsal kontrol ölçeği tahmin edilecek olan davranış ile uyumlu olmalıdır. Ajzen (1991: 179) bunu şu şekilde açıklamaktadır: Örneğin, tahmin edilecek davranış “Kızıl Haç’a para bağışında bulunmak” ise, niyet kesinlikle “para bağışı yapmak niyeti” ya da “Kızıl Haç’a yardım etmek niyeti” şeklinde değil, “Kızıl Haç’a para bağışında bulunmak niyeti” şeklinde ve algılanan davranışsal kontrol de “Kızıl Haç’a para bağışında bulunmak hususunda algılanan davranışsal kontrol” şeklinde ifade edilmelidir.

İkinci olarak, niyet ve algılanan davranışsal kontrol, bireylerin araştırmaya yanıt verdiği ve davranışı gerçekleştirdiği zaman aralığında sabit kalmalıdır. Bu iki durum arasındaki zaman aralığında araya giren olaylar yeni bir niyet oluşturabilir ya da algılanan davranışsal kontrolü değiştirebilir. Dolayısıyla, bu değişkenler için yapılan ölçümler davranışın doğru tahmin edilmemesine sebep olabilir. Tahmin geçerliliği ile ilgili olarak üçüncü koşul ise, algılanan davranışsal kontrol ile ilgilidir. Davranışsal kontrol algılaması mevcut kontrolü gerçekçi olarak yansıtabilmelidir.

Davranış zihinsel bir uğraşının sonucudur. Zihinsel uğraş, bir davranış ilk kez gerçekleştirilirken daha yoğun olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce gerçekleştirilen bir satın almada, ilk defa gerçekleştirilen bir davranışa kıyasla çok fazla zihinsel uğraş olmayacaktır. Ancak, o satın alma davranışına özgü olarak, tüketici düşük düzeyde olsa da bir zihinsel uğraş gösterecektir. Yaşlı bir insan bulunduğu beldeden başka bir belde sağlık hizmeti satın alacağı zaman ailesinin ve çevresinin bu davranışına nasıl bir tepki vereceklerini düşünebilir. Diğer taraftan sağlığın kendisi için önemli olduğunu, çevresindeki bazı insanların da başka belde sağlık hizmeti satın aldıklarını, bunun kendisinin sağlıklı olmasını sağlayacağı vb. zihinsel bir uğraş verecek ve bu uğraş sonucunda ya satın alma

yönünde, ya da almama yönünde bir niyet oluşturarak ilgili davranışı gerçekleştirecektir. Daha önce başka bir beldede sağlık hizmeti satın almış olan kişi ise ilk kez satın alan bir kişiye göre daha az zihinsel uğraş verecektir. Çevresinin vereceği tepkileri vb öğrenmiştir. Dolayısıyla, ilk kez satın almayı planladığı ürüne göre göstereceği bilişsel çaba düzeyi daha düşük olacaktır. Ancak, yeni bir sağlık kuruluşu, doktor, tedavi tekniği gibi yeni bir durum ortaya çıktığında tekrardan yoğun bir zihinsel uğraş göstermesi gerekebilecektir. Yani, daha önce yapılmış bir davranış, yeni bir durum ortaya çıktığında, yeniden bir zihinsel uğraş gerektirebilecektir.

Bamberg, Ajzen ve Schmidt (2003)'de benzeri bir değerlendirme yaparak, basit de olsa daha önce tekrarlanmış bir davranışın az veya çok zihinsel bir uğraşla gerçekleştiğini belirtmektedirler. Yani kişinin bir davranışı daha önce gerçekleştirmiş olması, aynı konuyla ilgili daha sonra oluşması beklenen davranışın tahminine her zaman anlamlı bir katkıda bulunamayabilir demektirler. İnsan davranışlarının doğasının karmaşık olması nedeniyle, daha önce aynı davranış birçok kez gerçekleştirilmiş olsa bile, davranış yeniden oluşurken zihinsel bir uğraş ve denetimden geçerek sergilenmektedir. Yani, davranışsal, normatif ve kontrol inançlarında değişiklik oluşturabilecek yeni bir durum, davranışa yönelik tutumları, subjektif normları veya algılanan davranışsal kontrolleri etkileyerek, yeni niyetlerin oluşmasına neden olarak önceki davranıştan daha farklı bir davranış oluşmasını netice verebilir. Bamberg, Ajzen ve Schmidt (2003), insan davranışı, içerisinde otomatik bir takım unsurlar barındırır ve çokça tekrar edilmiş olsa da, her zaman bir şekilde bir nedene bağlı olarak gerçekleşmektedir ve her seferinde değişim gösterebilmektedir.

3.2.2. Niyet

Düşünölmüş eylem teorisi ve planlı davranış teorisinde niyet davranışın açıklanmasına aracılık yapmaktadır. Bu teorilerde davranışın en yakın tahmincisi olarak niyet ele alınmakta ve bu aracı değişken diğer değişkenlerle davranış arasında bağ kurmaktadır. Niyet, bireylerin ilgili davranışı gerçekleştirme ya da gerçekleştirmeme yönündeki eğilimlerini/planlarını ifade etmektedir. Ajzen (1991) niyeti, kişinin bir davranışı gerçekleştirmek için duyduğu arzu seviyesi ve ortaya koymayı planladığı uğraşın düzeyi olarak tanımlamaktadır.

Bir kişinin davranışı “niyet”inin kuvvetine bağlıdır. Niyet ne kadar güçlü ise davranışın gösterilme olasılığı da o kadar yüksektir (Frey ve Eichenberger, 1993). Yani niyet, bir kişinin belirli bir davranışı gösterebilmek için harcadığı çabaların derecesini gösteren faktördür.

Niyet, planlı davranış teorisinde davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenleri ile davranış arasında bir aracı değişken statüsündedir. Teoride niyeti üç bağımsız değişken açıklamaktadır (Ajzen, 1988; 1991; 2008). Bunlardan birincisi davranışa yönelik tutum olup, bireyin söz konusu davranışı değerlendirmesinin veya o davranışa biçtiği değerin olumluluk ya da olumsuzluk düzeyini ifade eder. Niyetin tahmincilerinden ikincisi, bir sosyal faktör olan subjektif normlardır ve birey için önemli olan kişilerin, kurum veya kuruluşların belirli bir davranışın gerçekleşmesinin ya da gerçekleşmemesinin beklentisi içinde olduklarını ifade eder. Son olarak, niyetin üçüncü tahmin edicisi algılanan davranışsal kontroldür. Algılanan davranışsal kontrol, bir davranışı gerçekleştirmek hususunda bireyin algıladığı kolaylık ya da zorluğu ifade eder ve bu değişken aynı zamanda geçmiş deneyimlerde karşılaşılan engelleri ve zorlukları da yansıtır. Genel olarak, herhangi spesifik bir davranışla ilgili tutum ve subjektif normlar ne kadar olumlu ise ve algılanan davranışsal kontrol ne kadar büyük ise, bireyin söz konusu davranışı gerçekleştirme hususundaki niyetinin o kadar güçlü olacağı söylenebilir. Algılanan davranışsal kontrol, eğer davranışın kontrolü, kişinin kendi isteğine bağlı değilse o zaman davranışı doğrudan açıklayabilmektedir.

3.2.3. Davranışa yönelik tutum

Tutum, bireylerin bir nesneye, bir fikre, olaya ya da davranışa yönelik olumlu ya da olumsuz eğilimlerini, duygularını ifade eder. Bireylerin zihninde bu fikirler, nesneler ya da davranışlar olumlu ya da olumsuz olarak nitelendirilerek gruplandırılır. Tutumların oluşmasında daha önce kazanılan tecrübeler, tecrübelerden edinilen ya da çevreden toplanan bilgi birikimi ve çevresel diğer faktörler rol oynar (Kocagöz, 2010: 21).

Dolayısıyla tutum, davranışın ortaya çıkaracağı sonuçla ilintilidir. Birey davranışın olumlu sonuç getireceğine inanınca, davranışı gerçekleştirmeye ilgili olumlu bir tutum içine girebilir. Davranışı belirleyen, bir anlamda onu sergilemenin olası sonucudur. Yani, sonuç davranışı besler (Baltaş, 2009: 5).

Genel olarak değerlendirmek gerekirse, eğer birey herhangi bir davranışı gerçekleştirmenin pozitif bir sonuç doğuracağına inanırsa, o davranışa yönelik olumlu bir tutuma sahip olacaktır, eğer negatif sonuçlar doğuracağına inanırsa bu durumda o davranışa yönelik olumsuz bir tutuma sahip olacaktır. Davranışa yönelik tutumun altında incelenen bu inançlara, davranışsal inançlar denir (Kocagöz, 2010: 23).

Davranışsal inanç, bireyin gerçekleştireceği bir davranışın sonuçları hakkındaki inançlarıdır. Bu davranış hakkındaki inançları meydana gelecek davranışa karşı olumlu veya olumsuz tutum geliştirmesine neden olur. Davranışa yönelik tutumu oluşturan bir faktör olarak değerlendirilir.

Çıktı değerlendirme, davranışsal inanç neticesinde ortaya konulan tutumun beklenen neticeyi doğurup doğurmadığı sonucunun değerlendirilmesi.

Davranışsal inanç ve çıktı değerlendirme kavramlarına şu örnek verilebilir: “Kitap satın alan insanlar daha entelektüel görünür” ifadesi bir davranışsal inançtır. Burada “kitap satın almak” davranış, davranışsal inanç ifadesinin çıktısı “entelektüel görünmek”tir. “Entelektüel görünmek benim için çok önemlidir”, ifadesine verilen cevap ise çıktı değerlendirmedir.

3.2.4. Subjektif normlar

Gerekçelendirilmiş eylem teorisinde subjektif normlar, sosyal bir faktör olarak tanımlanmış ve bireyin herhangi bir davranışı gerçekleştirme ya da gerçekleştirmeme hususunda algıladığı sosyal baskı ya da kolaylığı ifade ettiğine değinilmiştir. Bu değişken aslında, tutumların neden davranışları açıklamakta yetersiz kaldığı sorusuna cevap olarak bulunmuş bir değişkendir (Kocagöz, 2010: 33). Plotnik (1989), başlangıçta sigara içmeye karşı olumsuz tutumları olan bir insanın daha sonra sigara içmeye başlaması ne ile açıklanabilir? sorusundan yola çıkarak, gençlerin bazılarının sigara içmeye karşı başlangıçta olumsuz tutumlara sahipken, yaşlılarının baskısından dolayı ya da onlardan etkilendikleri için sigara içtiklerini söylemektedir. Bu durum, davranışa yönelik tutumla birlikte davranışı açıklayan diğer değişkenlerden subjektif norm kavramını karşımıza çıkarmıştır.

Planlı davranış teorisinde, niyet üzerinde kişinin kendi tutumları etkili olduğu kadar, başkalarının kendisinden beklentilerine yönelik sahip olduğu kişisel düşünceleri de etkilidir. Yani, kişinin göstereceği davranışta, çevresinin veya sosyal grupların beklentileri de önemlidir. Bireyler, değer yargılarının uyuştğu kişi ve grupların davranışını kabul etmeye eğilimlidirler (Baltaş, 2009: 14). Yapılan birçok çalışma, kişilerin davranışlarında normatif algılamalarının rolü olduğunu göstermiştir (Aarts ve Dijksterhuis, 2003; Terry, Hogg ve White 1999; Schultz ve ark., 2007; Ajzen, 1985; 1991; Chung, 2004; Gatfield ve Chen, 2006; Johnston ve White 2003; Park, Klein ve Smith 2007).

Subjektif normlar, bir davranışı gerçekleştirmek için toplumsal şartların kişilerin üzerindeki etkisini gösterir. Yani kişinin bir davranışı gerçekleştirmek veya gerçekleştirmemek konusunda üzerinde hissettiği sosyal baskıyı ifade eder. Kişi, önem verdiği ve uyumlu olduğu referans gruplarının bir davranışı gerçekleştirmesi gerektiğini düşündüklerine inanıyorsa, bu davranışı gerçekleştirmek için üzerinde sosyal bir baskı hisseder (Fishbein ve Ajzen, 1975; Ajzen 1985, 1991). Tam tersi olarak, kişi eğer uyumlu olduğu kendi referans gruplarının, bir davranışı gerçekleştirmemesi gerektiğini düşündüklerine inanıyorsa, davranışı gerçekleştirmemesi yönünde üzerinde sosyal bir baskı hisseder. Burada önemli olan, kişinin uyumlu olduğu referans gruplarının düşüncelerine ne kadar önem verdiğidir.

Planlı davranış teorisinde, subjektif normların, normatif inançlar ve bireyin bu normlara uyma motivasyonları ile şekillendiği varsayılmaktadır (Conner, 1993: 27). Subjektif normlar, davranışa yönelik tutumlarda olduğu gibi, inançların bir fonksiyonudur. Ancak buradaki inançlar davranışsal inançlardan farklı olarak, başka kişilerin ya da grupların o kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirmesini bekleyip beklemediği konusunda kişinin sahip olduğu inançları ifade etmektedir (Ajzen, I. 1991: 179).

Tüketiciler her zaman çevrelerindeki insanlardan etkilenebilirler. Hayatımızda aldığımız bazı seçim kararlarımız ve bu kararlarımızı uygulamamız tamamen özel olsa da, pek çok davranışımız başkaları tarafından görülür. Bu durum, hayatımızdaki diğer bazı kararlarımız için olduğu gibi tüketimdeki tercihlerimiz için de geçerlidir (Yaşın, 2007: 42). Kişilerin niyetlerinde etkili olabilecek referans çevresi; anne, baba, aile üyeleri, akranları, ait oldukları sosyal grupların fikir önderleri, meşhurlar ve çevrelerindeki diğer kişi ve gruplardan oluşur. Tüketicilerin davranışlarında sosyal çevre faktörlerinin etkili olduğu artık

genel kabul görmüş bir durumdur. Bu çevrenin özelliği, kişinin bu çevreyi referans alıyor olmasıdır. Bu çevre elemanlarının her birisi, kişinin davranışını oluştururken o elemanı dikkate alma seviyesine bağlı olarak, davranışı etkiler. Kişinin bu referans çevresi, teşvik etme veya engelleme yoluyla kişinin davranışı üzerinde etkili olur.

Hawkins, Mothersbaugh ve Best (2007), çevrenin kişilerin davranışları üzerindeki etkisinin bilgiye dayalı, normatif ve özdeşleşme/tanımlama yoluyla olduğunu söylemektedir. Bilgiye dayalı etki, kişinin çevresiyle günlük iletişimi, ilişkisi ve gözlemleriyle oluşur. Bir kişi, amatör olarak futbol oynadığı arkadaş grubunda en iyi futbol oynadığını düşündüğü kişinin ayakkabı markasının Adidas olduğunu biliyorsa (bilgiye dayalı etki), kişinin bu bilgiye davranışsal cevabı, aynı marka spor ayakkabısından satın almak olacaktır. Bir bayanın arkadaşları, makyaj yapmadığı için bakımsız olduğunu ifade ederek kendisini eleştiriyorlarsa (normatif etki), o bayan bu eleştirilere cevap olarak makyaj yapma ve kendine bakma davranışı gösterebilir.

Hawkins, Mothersbaugh ve Best (2007), normatif etkinin reklamlarda kullanımına güzel bir örnek vermektedirler. Bir reklam filminde geçen “nefesiniz kötü kokuyorsa arkadaşlarınız bunu size söylemezler fakat sizden uzak durmaya çalışırlar” mesajı normatif etkiye işaret etmektedir. Bu mesajı alan kişi, reklamda tavsiye edilen ağız kokusu giderici ürünü satın aldığı anda, davranışsal bir cevap sergilemiş olmaktadır.

Özdeşleşme ve tanımlama yollu etkide ise, birey genellikle bir gözlem yapar ve bir kaniya ulaşır. Örneğin bir kadın, iş ortamında terfi eden kadınların saçlarının sürekli bakımlı olduğunu, ciltlerinin daima sağlıklı ve dinç göründüğünü fark ettiğinde, yükselmek için iyi bir görüntüye sahip olmanın önemli olduğuna inanabilir (özdeşleşme-tanımlama). Buradan hareketle, kendisi de cilt ve saç bakımı hizmetlerinden yararlanmak isteyebilir (Kocagöz, 2010: 23). Hawkins, Mothersbaugh ve Best (2007) arkadaşları düzenli olarak sağlıklı gıdalar tüketen bir kişinin, zaman içinde sağlıklı gıdaların insanlar için faydalı olduğuna karar verir ve düzenli olarak sağlıklı gıdalar tüketmeye başlar diyerek, bu konuyla ilgili örnek verirler.

Davranışa yönelik niyetin oluşmasında özellikle subjektif normlar çok güçlü bir etkiye sahipse, pazarlamacıların subjektif normların gerçeklik payını öğrenmesi gerekebilecektir. Çünkü davranışı gerçekleştirmesine çevresinin şiddetle karşı çıkacağı bir birey için, pazarlamacıların o çevreye müdahale etme şansı bulunmamaktadır. Bu durumda, en fazla

o çevrenin içerisindeki bireye “farklı ol, asi ol, kalıpları kır” vb. radikal mesajlar ileterek hedef kitlesini yüreklendirebilir. Eğer birey çevresiyle ilgili yanlış bir kanıya sahipse, bu durumda da bu kanıları değiştirecek stratejiler geliştirilmelidir (Kocagöz, 2010: 23).

Subjektif normlar, normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu temel alınarak incelenebilmektedir.

Normatif inançlar, bireyin bir davranışı gerçekleştirdiğinde, başkalarının bunu nasıl değerlendireceğine dair sahip olduğu inançlardır. Norm olarak isimlendirilen öğeler, arkadaşlar, eş, dost, akraba, ebeveynler, gibi bireyin çevresindeki grupları ifade eder. Bir öğrencinin “arkadaşlarım yeni bir cep telefonu almamı destekler” şeklindeki inancı, normatif inançtır. Bireylerin sahip olduğu bu kanılar ya da kabuller farklı referanslar için farklı oluşabilir. Bu öğrenci, bir taraftan arkadaşlarının söz konusu davranışını destekleyeceğini söylerken, diğer taraftan “annem ve babam yeni bir cep telefonu almama karşı çıkarlar” diyebilir. Bireyin hangi inancının davranışına daha çok etkisinin olacağı, bu normlara atfettiği önem veya onlara uyma motivasyonunun düzeyiyle bağlantılıdır. Yani, birey için anne babasının ne düşündüğü mü daha önemli, yoksa arkadaşlarının ne düşündükleri mi?

Normlara uyma motivasyonu, bireyin normlara atfettiği önem, hangi inancın davranışına daha çok etkisinin olacağı, normlara uyma motivasyonunun düzeyiyle bağlantılıdır. Yani, birey için anne babasının ne düşündüğü mü daha önemli, yoksa arkadaşlarının ne düşündükleri mi?

Subjektif normların tüketicilerin kararlarında önemli olduğunun farkında olan işletmeler, subjektif normları pazarlama kampanyalarında başarıyla kullanmaktadırlar (Golstein ve Cialdini, 2009).

3.2.5. Algılanan davranışsal kontrol

Algılanan davranışsal kontrol, bir bireyin herhangi bir davranışı gerçekleştirmesinin kendi kontrolünde olup olmadığı yönünde yetenekleri ve imkânlarıyla ilgili algılamalarını ifade etmektedir. Algılanan davranışsal kontrol düzeyi, davranışın performansını kolaylaştıran veya baskılayan faktörlerin oluşma sıklığına göre derecelendirilerek değerlendirilmektedir.

Bu faktörler, iç kontrol (bilgi, kişisel yetersizlikler, yetenekler, duygular) ve dış kontrol (fırsatlar, başkalarına bağıllık, bariyerler) faktörleridir (Conner, 1993). Bilindiği gibi bu değişken gerekçelendirilmiş eylem teorisi modeline sonradan eklenmiş olan bir değişkendir ve planlı davranış teorisiyle ilgili yapılan birçok meta-analitik çalışmanın sonucunda, algılanan davranışsal kontrol değişkeninin modele eklenmesinin, davranışsal niyetlerin ve davranışın tahminine anlamlı katkıda bulunduğu hususunda görüş birliği sağlanmıştır (Ajzen, 1991; Armitage ve Conner, 2001; Godin ve Kok, 1996).

Özetle, bir birey ne kadar fazla kaynak ve fırsata sahipse ve ne kadar az engel ile karşılaşlıyorsa, o bireyin davranış üzerindeki algılanan kontrolü o kadar büyük olacaktır.

Algılanan davranışsal kontrol değişkeninin model içerisinde ayrı bir konumu bulunmakta, dolayısıyla algılanan davranışsal kontrolün davranışa doğru izlediği yol birkaç farklı şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, algılanan davranışsal kontrol niyet aracılığı ile davranış açıklar, ikincisi ise niyet aracılığı olmaksızın doğrudan davranış açıklar. Algılanan davranışsal kontrolün davranış doğrudan açıklayabilirliği durumunu ise Ajzen (1985, 1991) şu şekilde izah etmektedir: Niyet sabit tutulduğunda, bir davranış başarılı bir sonuca ulaştırmak için (o davranış tam olarak gerçekleştirmek için) sarfedilen çaba, algılanan davranışsal kontroldeki artış yoluyla mümkün olabilir. Örneğin; kayak yapmak için eşit düzeyde kuvvetli niyetleri olan ve bu aktiviteyi başarmak için çabalayan iki kişiden bu aktiviteyi başaracağına olan güveni ve inancı daha yüksek olan kişi, yeteneği hakkında şüphesi olan bireye kıyasla, daha azimli çalışır ve diğerine nazaran daha başarılı olması beklenir.

Algılanan davranışsal kontrol ile davranış gerçekleştirme arasında doğrudan bir bağlantının olabilirliğinin diğer bir nedeni de, algılanan davranışsal kontrolün bazen gerçek kontrolü (actual control) temsil ediyor olmasıdır. Zaten bu değişken, gerçek kontrolü doğru yansıtabildiği düzeyde davranış tahmin edebilmektedir. Algılanan davranışsal kontrolün gerçek kontrolün yerine geçmesi ise algıların doğruluğuna bağlıdır. Birey davranışla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip değilse, davranış gerçekleştirmek için gerekli olan şartlar ve ulaşılabilir kaynaklar değişmişse ya da yeni ve aşina olunmayan şartlar duruma dahil olmuşsa, algılar değişebilecektir, bu durumda gerçekçi bir davranışsal kontrol algılamasına ulaşılması zordur. Gerçekçi bir algılanan davranışsal kontrol elde edilemediğinde ise, bu

değişkenin davranışın açıklanmasına doğrudan yaptığı katkıda oldukça düşük gerçekleşebilir. Bu yüzden algılanan davranışsal kontrol ne kadar gerçekçi olursa, yani ne kadar gerçek kontrolü yansıtır, davranışı doğrudan açıklamada o kadar başarılı olur.

Notani (1998)'de, bu değişkenin gerçek kontrolü değil algılanan kontrolü ifade ettiğini hatırlatmakta, ancak algılanan kontrol ne kadar gerçekçi olursa o oranda söz konusu davranışla ilgili kontrolü doğru yansıtacağını ifade etmektedir. Notani (1998)'e göre, algılanan davranışsal kontrolü ölçmeyle ilgili bir zorluk bulunmaktadır. Herhangi bir bireyin ilerdeki davranış ya da davranışlarıyla ilgili algıladığı davranışsal kontrolü tahmin edebilmesi/değerlendirmesi zordur. Dolayısıyla, bir bireyin davranışsal kontrolü, ölçüldüğü zaman ile o davranışın gerçekleştirileceği zaman arasında değişebilir ve bu yüzden davranışla ilgili yapılan tahminlerin geçerliliği de zayıflayabilir.

Notani (1998) aynı çalışmasında, algılanan davranışsal kontrolün tahmin gücünü etkileyebilecek iki faktörden söz etmektedir. Birincisi, bireyin algılanan davranışsal kontrolünün ölçümündeki doğruluk, ikincisi ise, aynı bireyin algılanan davranışsal kontrolünün zaman içerisinde değişmeyerek sabit kalması. Bilindiği gibi, planlı davranış teorisinde, algılanan davranışsal kontrol, hem niyetin hem de davranışın tahmincisi olarak görülmektedir. Algılanan davranışsal kontrolün tahmin gücünü etkileyebilecek faktörlerden ikincisi olan, algılanan davranışsal kontrolün zaman içerisinde değişmeyerek sabit kalması kriteri, sadece davranışın tahmininde sorun teşkil etmektedir ve hatalı bulgulara ulaşılmasına neden olabilecektir. Buna karşılık, niyet ile algılanan davranışsal kontrol eş zamanlı olarak tespit edildiğinden, niyetin tahmin edilmesi açısından algılanan davranışsal kontrolün sabit kalması bir gereklilik değildir.

Örneğin, bir ev kadını altı ay sonra çamaşır makinesini yenileyebilecek finansal gücünün olduğunu düşünüyorsa, altı ay sonra bir çamaşır makinesi satın alma yönünde olumlu motive olacaktır ve satın almayla ilgili olumlu bir niyet taşıyacaktır. Bu aşamada, niyet, algılanan davranışsal kontrol tarafından doğru olarak tahmin edilebilir. Bu durum elbette ki, hem niyetin hem de algılanan davranışsal kontrolün 6 aylık sürenin başlangıcında, eş zamanlı olarak ölçülmesinde söz konusudur. Bireyin altı ay içerisinde finansal durumunda bir değişiklik gerçekleşebilir. Çamaşır makinesi fiyatlarında kendisinin altı ay önce beklediğinden daha fazla bir artış söz konusu olabilir. Bütçesinden çamaşır makinesi almak

için ayırdığı miktarı kullanmasını gerektiren başka bir zorunluluk hali ortaya çıkabilir ya da satın almayı engelleyecek başka bir faktör devreye girmiş olabilir. Bu gibi durumlarda, davranışın tahmininde niyetin ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin tahmin gücü zayıflayacaktır. Dolayısıyla, algılanan davranışsal kontrolün zamanla stabil olması gerekliliği, niyetin tahmini açısından bir sorun teşkil etmemekle birlikte, davranış açısından hatalı bulgulara ulaşılmasına neden olabilecektir. Buna karşılık, niyet, algılanan davranışsal kontrolün tespitinden belirli bir süre sonra öğrenilecekse, davranışta olduğu gibi niyet açısından da algılanan davranışsal kontrolün zamanla sabit tutulması koşulu söz konusu olacaktır.

Algılanan davranışsal kontrol gerçek davranışsal kontrolün tahminini kesin olarak yansıtamadığı gibi, niyetin tahminini de kesin olarak yansıtamaz. Notani (1998) de bu konuya değinmiştir. Algılanan davranışsal kontrolün niyet üzerindeki etkisinin, bireyin bu algılamasını niyete dönüştürmedeki motivasyon düzeyiyle ilgili olduğunu belirtmektedir. Örneğin, bir kişi gerçekte bir davranışı gerçekleştirebilecek özyeterliliğe sahip olmadığı halde, böyle bir yeterliliğe sahip olduğunu düşünebilir. Böyle düşündüğü için de, o davranışla ilgili olumlu motive olup, davranışı gerçekleştirme niyeti geliştirebilir. Bu durumda, algılanan davranışsal kontrol, niyeti tahmin edebilecektir. Ancak, bu birey, gerçekte davranışı gerçekleştirebilecek yeterlilikte olmadığı için, zamanı geldiğinde o davranışı sergileyemeyecektir. Dolayısıyla, bu durum, niyet ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin davranışı tahmin gücünü zayıflatabilecektir. Bu sebeple, davranışsal kontrol algısı, gerçek kontrole yaklaştıkça, bu değişkeninin davranışın tahmininde başarı düzeyi de artacaktır (Kocagöz, 2010: 31).

Kontrol inançları, planlı davranış teorisinde, davranışsal ve normatif inançlara ek olarak üçüncü bir inanç kategorisidir. Kontrol inançları bir davranışı gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakların ve fırsatların varlığı ve yokluğuyla ilgilendir. Algılanan davranışların birey tarafından ne derece kontrol edilebilir olduğuna ilişkin algıdır, yani zorluklarını ve kolaylıklarını gösterir. Örneğin, yeterli laboratuvar araç ve gereçlerinin bulunup bulunmaması gibi inançlar. Kontrol inançları, söz konusu davranışla ilgili geçmiş deneyimler, davranışla ilgili dışarıdan alınan bilgiler, tanıdıkların ve arkadaşların deneyimleri ve söz konusu davranışla ilgili algılanan güçlüğü artıracak veya azaltacak diğer faktörlerle şekillenebilmektedir.

Son olarak, modelde yer alan bu değişkenin Bandura (1982)'nin özyeterlik (self efficacy) konseptiyle ne düzeyde aynı olduğu yönünde bir tartışma bulunmaktadır. Öz yeterlik, bireylerin karşılaştıkları durumların altından kalkabilmek için sergilemeleri gereken davranışları ne kadar iyi yapabildiklerine ilişkin bireyde oluşan yargılardır (Bandura, 1982; 1995; 1997). Ajzen (1991), çalışmasında bu iki kavramın aynı şeye karşılık geldiğini belirtmektedir. Ancak Bandura (1992), bu iki kavram arasında teorik olarak bir ayrım bulunduğunu iddia etmiştir. Kaiser (2006) da, bir bireyin bir davranışı gerçekleştirmesinin tamamen kendi kontrolü altında olduğunu düşünebileceğini, ancak aynı zamanda o davranışı gerçekleştirebilecek yeteneklere sahip olup olamayacağını da sorgulayabileceğini ifade ederek Bandura (1992)'yi desteklemektedir. Bu iki kavramın farklı şeylere karşılık geldiği yönünde çeşitli araştırma bulguları da bulunmaktadır (Manstead ve Van Eekelen 1998).

Algılanan davranışsal kontrol değişkeni, niyetin diğer açıklayıcıları olan tutumlar ve normlar gibi inançların temel alındığı bir yaklaşımla tespit edilebileceği gibi, doğrudan kendisini ölçmeye yönelik hazırlanmış bir ölçekle de incelenebilmektedir. Böyle bir genel yaklaşımda da, daha önce de değinildiği gibi, davranışla ilgili kontrol faktörleri net bir şekilde ortaya konulamamakta ve kontrol faktörlerinin bireylerin davranışını ne derecede etkilediği bilinmemektedir.

Kontrol faktörlerinin gücü, kontrol inançlarında belirtilen faktörlerin satın alma performansını etkileme gücünü ifade eder. Kontrol inançlarında belirtilen her bir faktörün satın alma kararlarını ne sıklıkla etkilediği sorularak ölçülür. Hangi kontrol inancının, davranışın açıklanmasına katkısının daha fazla olacağı, kontrol faktörlerinin algılanan güç düzeyiyle belirlenir. Örneğin; kişi indirim olduğunda bir ürünü alacak olabilir fakat ürünü alacağı mağazanın uzak olması durumunda davranışı üzerinde arzu ettiği ürünü almasında indirim mi yoksa mağazanın uzaklığını etkili olacak, bu durum kontrol faktörlerinin gücü ile ilgilidir.

3.3. Planlı Davranış Teorisi Modeli Kullanılarak Yapılmış Çalışmalar

Planlı davranış teorisi, geniş bir alanda davranışları ve bu davranışları ortaya koyan niyetleri açıklamak için araştırmacılar tarafından kullanılmıştır. Bu araştırmalar neticesinde hem

çalışılan alanda başarılı sonuçlara ulaşılmış, hem de teoriyi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Bu alanda yapılmış çalışmalardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Kocagöz (2010) Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı'nda yapmış olduğu "Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlı Davranış Teorisinin Bir Uygulaması" konulu doktora tezi. Kocagöz 2010 yılında yaptığı çalışmasında, çalışmakta olan lise ve üzeri eğitilmiş kadınların makyaj ürünlerini satın alma davranışlarını araştırmıştır. Araştırmacı bu çalışmada anket yapılan katılımcıların makyaj malzemelerini satın alma tutumlarını, niyetlerini etkileyen subjektif normları ve algılanan davranışsal kontrolleri incelemiş, bu değişkenler niyetle birlikte değerlendirildiğinde davranışı ne ölçüde açıkladığını tespit etmeye çalışmıştır.

Araştırmacı çalışmasında davranış için varyansı %44, niyet içinse %37 bulmuştur. Planlı davranış teorisi ile ilgili literatür incelendiğinde, bu değerlerin literatürdeki bulgular istikametinde olduğu söylenilebilir. Katılımcıların makyaj malzemelerini satın almayla ilgili davranışsal kontrollerinin, davranış üzerinde niyete oranla daha fazla etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada diğer bir önemli bulgu da, niyetin açıklanmasında tutumların ve subjektif normların etkisinin sıralanmasıdır. Katılımcıların satın almaya yönelik davranışsal niyetlerini açıklamada, subjektif normların tutumlara kıyasla daha başarılı olduğu söylenebilir.

Araştırmacı bu çalışmada, planlı davranış teorisi modelini temel alarak oluşturduğu modelde, katılımcıların sahip oldukları inançlar ve modelde yer alan değişkenlere ait bulguları ayrı ayrı incelemiş, oluşturduğu model elde ettiği veriler tarafından desteklenmiştir. Model analizleri sonucunda ulaşılan geçerli model özetle, örnek grubu açısından makyaj malzemelerini satın alma davranışının sergilenmesinde, katılımcıların algılanan davranışsal kontrollerinin ve niyetlerinin etkili olduğunu, niyetlerinin de tutumlar ve subjektif normlar tarafından açıklandığını göstermiştir.

Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde, makyaj malzemelerini satın alma ve kullanmaya ilişkin olumlu tutumlara sahip oldukları, çevrelerinin de bu davranışı destekledikleri ya da engel olmadıkları söylenilebilir. Algılanan davranışsal kontrol

açısından da, katılımcıların, makyaj malzemelerini satın almayla ilgili kaynaklara sahip oldukları ve kendi kararları doğrultusunda davranışı gerçekleştirdikleri görülmüştür. Katılımcıların, genel olarak davranışa kadar olan süreçte işleyen mekanizmayı olumlu etkileyecek doğrultuda inançlara sahip oldukları da söylenilebilir. Söz konusu analiz grubunun özelliklerine pazarlama açısından bakıldığında, tüketici kitlesinin normal tüketici davranışları sergilediği sektör çalışanları için bazı ipuçları taşıdığı düşünülmektedir. Bulguların tüm tüketici grubuna genelleştirilemeyeceğinin de altını çizmekte fayda vardır.

Shaw, Shiu ve Clarke (2000) tüketicilerin alışveriş yaparken serbest piyasada ticareti yapılan ürünleri satın almaya yönelik davranışa bağlı niyetlerini incelemişlerdir. Bu incelemede gerekçelendirilmiş eylem teorisi ve planlı davranış teorisi modellerine özkimlik ve etik sorumluluk değişkenliklerini ekleyerek alternatif bir model oluşturmuşlar ve tüketicilerin satın almaya yönelik davranışa bağlı niyetlerini karşılaştırmışlardır.

Gerekçelendirilmiş eylem teorisi modelinde, tutumlar niyeti açıklamada en başarılı değişken olarak bulunmuştur. Niyeti açıklamada ikinci sırada subjektif norm değişkeninin açıklayıcılığı anlamlı bulunmuştur. Niyet için açıklanan varyans bu modelde %0.7'dir. Planlı davranış teorisi ile ilgili genel bulgular bu araştırmada da değişmemiştir. Tutumlar yine niyet üzerinde en fazla açıklayıcılığa sahip değişken olarak karşımıza çıkmıştır. Algılanan davranışsal kontrol değişkeninin gerekçelendirilmiş eylem teorisi modeline eklenmesi, subjektif normların niyet üzerindeki açıklayıcı etkisini azaltmış, subjektif normların etkisi çok zayıf kalmıştır. Niyet için açıklanan varyans önemli bir artış göstererek, %0.07'den %21'e yükselmiştir. Üçüncü alternatif modelde ise, subjektif normların niyeti açıklayıcılığı anlamsızlaşırken, niyeti en fazla açıklayan değişken algılanan davranışsal kontrol olarak ortaya çıkmıştır. Algılanan davranışsal kontrolü sırasıyla, tutumlar ve öz-kimlik ile etik sorumluluk takip etmiştir. Alternatif modelde niyet için açıklanan varyans ise %24'e yükselmiştir.

Hansen, Jensen ve Solgaard (2004), internet üzerinden alışveriş yapma ile ilgili davranışsal niyeti incelemişlerdir. Bu çalışma için katılımcılarla bir yıl arayla iki kez görüşülmüş, her iki çalışmada da tutumlar ve subjektif normların davranışsal niyeti açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. İlk araştırmada algılanan davranışsal kontrolün niyeti açıklamada anlamsız olduğu, bir yıl sonraki araştırmada ise niyeti açıklayabildiği görülmüştür. Ancak ikinci

araştırmada açıklayıcılığı en düşük olan değişken de yine bu değişken olmuştur. Her iki araştırmada niyeti açıklayan en önemli değişkenin tutumlar olduğu görülmüştür. Bu çalışmada araştırmacılar, subjektif normların tutumları açıklayabileceği hipotezini test etmişler ve iki grup için de anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir.

Verbeke ve Vackier (2005), tüketicilerin balık satın alma ve yeme davranışını araştırmışlar. Algılanan davranışsal kontrol, tutumlar ve subjektif normlar değişkenlerinin üçünün de niyeti açıkladığını görmüşlerdir. Çalışma sonucunda niyeti açıklamada birinci sırada algılanan davranışsal kontrol, ikinci sırada tutumlar ve üçüncü sırada ise subjektif normların geldiği anlaşılmıştır. Niyet için açıklanan varyans %30,8 bulunmuştur. Davranışı açıklamada, niyet ve algılanan davranışsal kontrol değişkenleri başarılı olmuş ve varyans %41.9 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar, modele alışkanlık değişkenini de ekleyerek modeli yeniden analiz etmişlerdir. Bu şekilde yapılan analizde, alışkanlık değişkeninin niyeti açıklamada oldukça başarılı olduğu görülmüştür. Alışkanlık değişkeni eklenerek yapılan analizde subjektif normlar niyeti yine açıklayabilmiş ancak tutumlar ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin sonuçları anlamsız çıkmıştır. Bu analizde niyetle ilgili varyans %52'ye yükselmiştir. Davranışı açıklamada ise niyet, algılanan davranışsal kontrol ve alışkanlık değişkenleri anlamlı olup, varyans %44.3 olarak bulunmuştur.

Sheppard, Hartwick ve Warshaw (1988)'ın araştırmasında, omurilik zedelenmesi yaşayan insanların cilt bakımı davranışları incelenmiş, modeldeki tüm değişkenlerin sonuçlarının anlamlı olduğu ve modele eklenen cilt bakımı bilgisi ve ruh hali değişkenlerinin cilt bakımı davranışını ve niyetini açıklayabildiği ortaya çıkmıştır. Dawkins ve Frass (2005) Amerika'nın orta batısında yer alan bir imalat işletmesindeki işçilerin çalışanların örgütlenmesi programlarına katılım davranışlarını tahmin etmek üzere planlı davranış teorisini uygulamışlar ve programlara katılım niyetlerinin tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklanabildiğini ortaya koymuşlardır. Park ve Smith (2007) ise organ bağışı davranışını inceledikleri çalışmalarında subjektif normların davranışsal niyetleri tahmin etmede oldukça başarılı olduğunu bulmuşlardır. Kan bağışı örneğinde olduğu gibi daha fazla sosyal içeriğe sahip davranışlarda subjektif normların niyet üzerinde baskın bir etkisinin olması da beklenen bir durumdur.

Elliott, Armitage, ve Baughan (2007), hız yapma davranışını; Arnado, Koyuncu ve Kaça (2010), Türkiye’de alkollü araba kullanma davranışını; Gatfield ve Chen (2006), Tayvanlı öğrencilerin Amerika, İngiltere ve Avusturya’da eğitim alma niyetlerini; Nucifora, Gallois ve Kashima (1993), Bennett ve Bozionelos (2000) ve Albarracin, Johnson, Fishbein ve Muellerleile (2001) prezervatif kullanımını; Armitage ve Conner (2001), kan bağışı davranışını; Arnscheid ve Schomers (1996), basketbol oyuncularında grup içi tutum ve performansları; Kaça ve ark. (2009), organ bağışına yönelik tutumları; Droomers, Schrijvers ve Mackenbach (2004) ve Babrow, Black ve Tiffany (1990), sigarayı bırakma davranışını; Erten (2002b), kız ve erkek öğrencilerin evde enerji tasarrufu yapma davranışsal amaçlarını; Blanchard ve ark. (2002), göğüs ve prostat kanserine karşı egzersiz yapma davranışını, Levin (1999), sağlık çalışanlarının eldiven kullanımını; Rise ve Wilhelmson (1998), gençlerin alkol kullanmama davranışlarını; Spijkerman ve ark. (2004) ise gençlerin sigara kullanma ve alkol içme davranışlarını; Davis ve ark. (2002), Afro-Amerikan öğrencilerin liseyi bitirmeye karşı tutumlarını; İncedayı (2005) fiziksel aktivite ölçeğini Türk toplumuna uyarlama çalışmasını; Erten (2002a), Türk ve Alman öğretmenlerinin uygulamalı ders işleme öğretim metodunu kullanma amaçlarını; Davis ve arkadaşları (2003) Afro-Amerikan kadın ve erkeklerin akademik davranış niyetlerini; East (1993) ise yatırım kararlarını planlı davranış teorisini kullanarak incelemiştir.

Araştırmacıların bir kısmı teorinin davranış ve davranışsal niyetleri açıklamada ne kadar başarılı olabileceği üzerinde çalışırken, bir kısmı da daha önce yapılan çalışmalardan yola çıkarak meta-analiz şeklinde teorinin çeşitli davranış alanlarındaki sonuçlarını incelemişlerdir. Bu bölümde literatürde tüketici davranışı ile ilgili konuları açıklamak üzere yapılan çalışmalara ve meta-analizlerden örnekler verilmiştir.

Ajzen (1991) çalışmasında planlı davranış teorisinin kullanıldığı 12 farklı araştırmayı incelemiştir. Bu araştırmalarda hem niyetin hem de algılanan davranışsal kontrol değişkeninin davranışla anlamlı ve pozitif bir korelasyon içerisinde olduğu görülmüştür. 12 araştırmanın 5 tanesinde hem niyet hem de algılanan davranışsal kontrolün regresyon katsayılarına göre her iki değişken davranışı açıklamakta anlamlı sonuçlar vermiştir. Teorinin tahmin geçerliliğini incelemek üzere söz konusu araştırmalardaki çoklu korelasyon sonuçlarına bakılmış ve 0,23 ile 0,84 aralığında bulunan bütün korelasyonların anlamlı olduğu görülmüştür, bu aralığın ortalama değeri ise 0,51 olmuştur. Bahsedilen 12

araştırmada yalnızca “kilo vermek” ve “derslerden A skorunu almak” davranışları için söz konusu katsayılar düşük çıkmıştır. Ajzen bu durumu, her iki davranış için algılanan kontrol ile gerçek kontrol arasındaki farkla açıklamaktadır. Örneğin “derslerden A skorunu almak” ile ilgili niyet ve algılanan davranışsal kontrol dönem başında birey için farklı iken dönem sonunda daha farklı olacaktır. Çünkü dönem başındaki niyet ve kontrol algılamasına nazaran dönem sonundaki niyet ve kontrol algılaması daha gerçekçidir. Bu durum niyet ve algılanan davranışsal kontrol ölçümü ile gerçekleşen davranış ölçümü arasındaki süreyi mümkün olduğu kadar kısa tuttuğumuzda tahmini de mümkün olduğu kadar gerçeğe yakın bulacağımız şartını yine karşımıza çıkarmaktadır.

Rivis ve Sheeran (2003) meta-analiz çalışmalarında 18 araştırmayı incelemişler ve bu araştırmaların verileri üzerinde yaptıkları hiyerarşik regresyon sonucunda, niyeti en fazla tutumların, sonra sırasıyla subjektif normların ve algılanan davranışsal kontrolün açıkladığı bulgusuna ulaşmışlardır. Niyet için açıklanan varyans ise %39 bulunmuştur. Yazarlar, söz konusu araştırmalarda tanımlayıcı norm değişkeninin modele eklenmesiyle açıklanan varyansın %44’e yükseldiğini ifade etmişlerdir. Tanımlayıcı norm değişkeninin modele eklenmesi niyette açıklanan varyansı yükseltirken, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrolün açıklayıcılığını ise düşürmüştür.

Armitage ve Conner (1999a) yaptıkları meta-analiz çalışmalarında planlı davranış teorisinin kullanıldığı 185 farklı araştırmayı incelemişler ve bu araştırmalarda ortalama olarak davranıştaki değişimin (varyans) %27’sinin ve niyetteki değişimin (varyans) de %39’unun açıklandığını hesaplamışlardır. Yazarlar algılanan davranışsal kontrolün niyetin ve davranışın tahmininde anlamlı bir etkisinin bulunduğunu ve bunlardaki varyansın açıklanmasında kabul gören bir paya sahip olduğunu ifade etmektedirler. Bunun yanında subjektif normların da ortalama olarak davranışa yönelik niyetle 0.34 korelasyon içerisinde olduğunu ve niyetteki varyansın %12’sini açıkladığını belirtmektedir.

Yukarıda verilen örneklerdeki geniş yelpaze, teorisin ne kadar geniş bir alanda davranışı açıklamak üzere kullanıldığının ispatı mahiyetindedir. Oldukça farklı alanda birçok davranışı açıklamada başarılı bulunan gerekçelendirilmiş eylem teorisi ve planlı davranış teorisine, Armitage, Conner ve Norman, 1999; Gibbons, Gerrard, Blanton ve Russel, 1998; Ingham, 1994; Morojele ve Stephenson, 1994 tarafından çok rasyonel oldukları, başta duygular

olmak üzere, güçlü dürtüleri ve davranışın diğer bilişsel ya da rasyonel olmayan belirleyicilerini hesaba katmadığı şeklinde eleştiriler de yapılmaktadır. Ajzen (2008) bu teorilerin çerçevesinde yürütülen çalışmaların birçoğunda niyetlerin ve davranışların tahmininde “duyguların” rolüne çok az önem verildiğini kabul etmekle birlikte bu tarz teorilerde duyguların bir değişken olarak yerinin olmadığını da vurgulamaktadır.

Bireylerin genel modu (ruh hali) ve duyguları sistematik olarak inançlarını ve değerlendirmelerini etkilemesi beklenen bir durumdur; örneğin, pozitif bir ruh haline sahip kişilerin negatif bir ruh haline sahip olan kişilere kıyasla olayları daha olumlu değerlendirdikleri/yargıladıkları bilinmektedir. Dolayısıyla, bu gibi etkilerin uygulamaya konu olan bireylerin tutumlarına ilişkin ya da niyetlerine ilişkin cevaplarında farklılık oluşturmak suretiyle davranışı etkileyebileceği beklenebilir. Özetle bilişsel bir sürecin ürünü olmayan bu gibi durumlarda bireyler davranışın bilişsel birer belirleyicileri olan tutumlarını, normlarını ya da davranışsal kontrollerini farklı yansıtabilirler. Bu yüzden duyguların ya da modun davranışın temel açıklayıcıları arasına alınmasının pratikte bir anlamı bulunmamaktadır (Ajzen, 2008: 525).

Planlı davranış teorisinin ilk ortaya konulduğu 1985 yılından günümüze kadar çeşitli davranışları açıklamak üzere ele alındığı birçok araştırmanın yanı sıra son güncel çalışmalarda da halen kullanılıyor olması teorisinin köklü ve kabul görmüş bir sosyal-psikoloji teorisi olduğunu göstermektedir.



4. BÖLÜM

50 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ KAPSAMINDA SAĞLIK AMACIYLA SEYAHAT ETME NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA; ANKARA ÖRNEĞİ

4.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Sağlık turizmi tüm dünya için olduğu gibi ülkemiz içinde yeni bir kavramdır. Kısa bir geçmişi olmasına rağmen oluşturduğu yüksek katma değer nedeniyle sağlık turizmi, özellikle gelişmiş ülkelerin büyük yatırımlar yaptıkları ve dolayısıyla rekabetin her geçen gün arttığı bir sektör haline gelmiştir. Sağlık turizmi ülkemiz sağlık sektörünün de dikkatini çekmeye başlamıştır. Gerek ülke içinde sağlık hizmeti almaya yönelik turizm hareketliliği, gerekse ülkemize gelen medikal turist sayısı ve doğurduğu ekonomik hacim her geçen yıl artmaktadır. Bütün dünyada bir fırsat olarak görülen sağlık turizminin ülke ekonomisine kazandırabileceği ivme ve Türkiye'nin gelişmiş turizm hizmetleri sektörünün insan ve tesis kapasitesinin bu alanda kullanılabilmesine yönelik akademik çalışmaların yapılması kaçınılmaz hale gelmiştir. Yapılacak çalışmalar ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının Dünya medikal turizm piyasasında payını artırmasında yol gösterici olacaktır. Sağlık turizminin kapsamı sadece yurtdışından gelen hastalar değildir. Kültür Ve Turizm Bakanlığı (2015)'nin özet tanımına göre "ikamet edilen yerden başka bir yere (yurtiçi veya yurtdışı) her hangi bir sağlık sebebiyle hizmet almak için yapılan seyahatler"dir.

Çalışmada iç turizm kapsamında 50 yaş ve üstü kişilerin başka bir belde de sağlık hizmeti alma talebiyle ilgili tercih sebepleri ve demografik değişkenlere göre talep durumları incelenmiştir. Böylece turizm işletmelerinin toplumsal pazarlama hareketlerine uyumunun sağlanmış olmasının yanısıra turizm sektörüne yeni kaynaklar oluşturulmasına da katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Bu çalışmada literatür tarama ve anket yöntemleri kullanılmıştır.

İç turizm kapsamında bulunduğu beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alan veya alma niyetinde olan 50 yaş ve üzeri kişilerin sağlık hizmeti alma niyetlerine etki eden faktörleri tespit edebilmek için Planlı Davranış Teorisi modeli kullanılmıştır. Ajzen (1985;

1991)'in geliştirdiği planlı davranış teorisi tüketicilerin, herhangi bir ürünü ya da markayı satın alması, bir ürün hakkında bilgi araması ya da belirli bir mağazadan alışveriş yapması gibi spesifik davranışlarını anlamada, yani tüketici davranışı çalışmalarında iyi bir kavramsal ve metodolojik çerçeve sunmaktadır.

Bu çerçevede, araştırmanın hedef kütlesini oluşturan 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmetlerini satın alma davranışıyla ilgili algılanan davranışsal kontrolleri, subjektif normları, davranışa yönelik tutumları, kontrol faktörlerinin gücü değişkenlerini ve bu değişkenleri etkileyen davranışsal inançlar, normatif inançlar, kontrol inançlarının niyet ile birlikte değerlendirilerek davranışı ne ölçüde açıkladığının tespit edilmesi hedeflenmiştir.

Han ve Kim'in (2010) planlı davranış teorisi modelinde kullanmış olduğu hipotezler bu çalışmanın amacı doğrultusunda düzenlenerek kullanılmıştır. Bu çerçevede aşağıdaki hipotezler geliştirilerek test edilmiştir.

Hipotez 1. Katılımcıların davranışsal inançları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 2. Katılımcıların normatif inançları ile subjektif normları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 3. Katılımcıların kontrol inançları ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 4. Katılımcıların davranışa yönelik tutumları, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.

Hipotez 5. Katılımcıların subjektif normları, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.

Hipotez 6. Katılımcıların algılanan davranışsal kontrolleri, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.

Hipotez 7. Katılımcıların subjektif normları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 8. Katılımcıların normlara uyma motivasyonu ile subjektif normları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 9. Katılımcıların çıktı değerlendirmeleri ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 10. Katılımcıların kontrol faktörlerinin gücü ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 11. Sağlık hizmetlerinin fiyatı katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti alma niyetini pozitif yönde etkiler.

Hipotez 12. Katılımcılara yönelik reklamlar ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Hipotez 13. Katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetini fizyoterapist, doktor, uzman vb. sağlık personelinin görüşleri olumlu yönde etkiler.

Hipotez 14. Bir belde sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği katılımcıların bulundukları belde o beldeye giderek sağlık hizmeti satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.

Hipotez 15. Katılımcıların daha önce almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyetleri, o beldeye tekrar giderek sağlık hizmeti satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.

Hipotez 16. Katılımcıların demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi) ile sağlık hizmeti satın alma niyetleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 17. Katılımcıların algılanan davranışsal kontrolleri davranışlarını niyete bağlı olmadan direk etkiler.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada, Ajzen (1985, 1991) tarafından geliştirilen planlı davranış teorisi modeli kullanılarak hipotezlerimiz test edilmiştir. Araştırma modeli Şekil 4.1’de verilmiştir. Modeldeki demografik değişkenler (değişkenler demografik), inançlar (değişkenler

inançlar), davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol (temel değişkenler), niyet (aracı değişken), davranış (bağımlı değişken) olarak tanımlanmıştır.

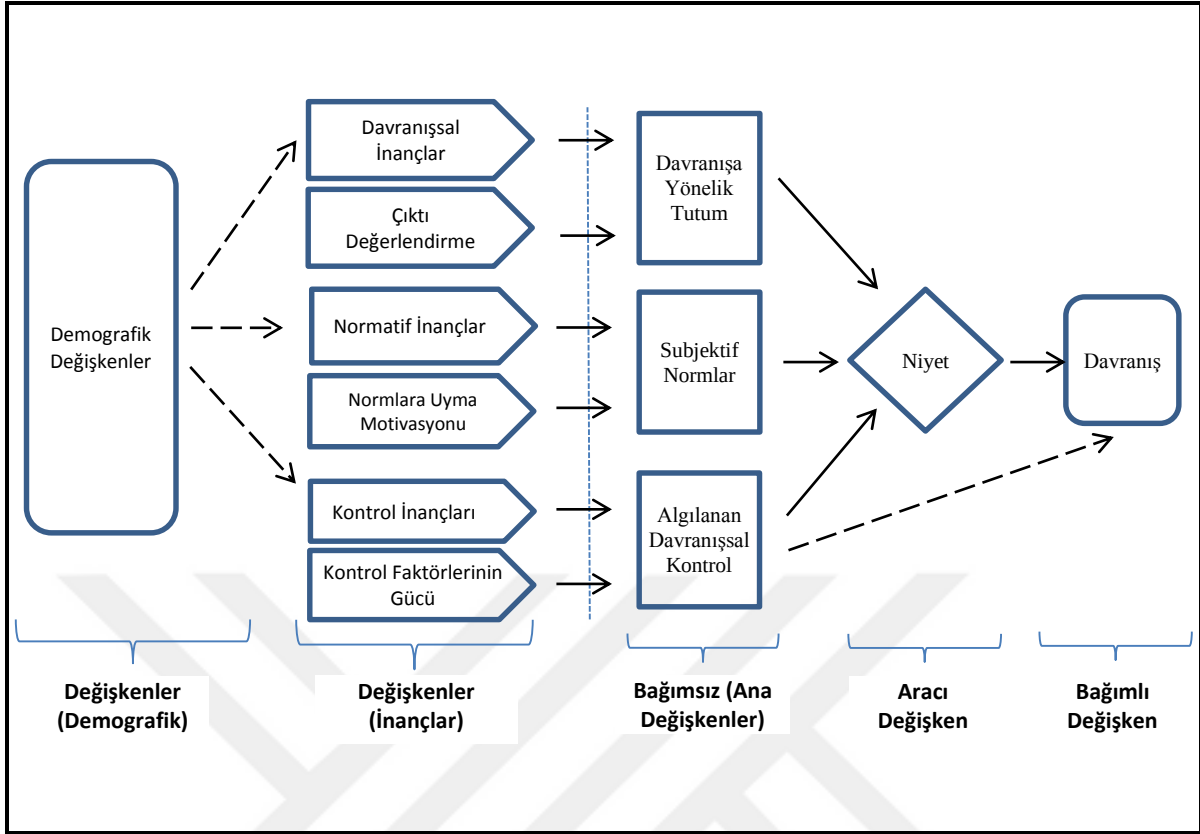
Bu model kullanılarak Ankara ilindeki Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Sincan, Yenimahalle merkez ilçelerinde 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmetlerini satın alma niyetleri incelenmiştir.

Çalışmada, 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmetlerini satın alma davranışıyla ilgili tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin ve bu değişkenlerin her birisine etki eden inançların neler olduğunun belirlenerek bu değişkenlerin niyet ile birlikte değerlendirilerek gerçek davranış ne ölçüde açıkladığının tespit edilmesi hedeflenmektedir. Bu çerçevede öncelikle pilot anket, daha sonra da araştırma anket formumuz hazırlanmıştır.

4.2.1. Araştırma modelimiz

50 yaş ve üstü kişilerin başka bir belde sağlık hizmeti alma niyetleri planlı davranış teorisi kapsamında ölçülmeye ve niyetleri üzerinde etkili olan değişkenler belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca bu incelemenin yapılabilmesi için planlı davranış teorisi'nin genişletilmiş hali olan ve içinde hizmet kalitesi, müşteri tatmini gibi tüketici davranışlarını incelemekte önemli olan değişkenleri barındıran planlı davranış teorisi'nin genişletilmiş modeli kullanılmıştır.

Planlı davranış teorisi modeline ek olarak konulan değişkenler niyetin ölçülmesinde modelin genişlemesini sağlamaktadır (Perugini ve Bagozzi, 2001: 40). Diğer bir ifade ile teoriye uygun olan bir takım bölümlerin konulması planlı davranış teorisi modelinin anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (Bansal ve Taylor, 2002: 19). Dolayısıyla bu çalışmada 50 yaş ve üstü kişilerin başka bir belde sağlık hizmeti alma niyetlerinin daha iyi açıklanabilmesi amacıyla, Han ve Kim (2010)'in yapmış olduğu çalışmayı göz önüne alarak hazırlamış olduğumuz aşağıdaki planlı davranış teorisi modelinin genişletilmiş hali kullanılmaktadır.



Şekil 4.1. Planlı Davranış Teorisi araştırma modeli (Ajzen, I. 2005)

Araştırma modelinin beş boyutta oluşturulmasının nedenlerini şöyle açıklayabiliriz;

1. Davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenleri planlı davranış teorisi modelindeki ana değişkenlerdendir. Bu değişkenler ölçülürken hem kendilerine ait bir ölçek kullanılmakta hem de inançlardan yola çıkılarak hesaplama yapılabilmektedir. Literatür taramasında araştırmacılara, analizlerde hangi ölçümleri kullanacaklarına karar verirken, her iki yöntemin ölçümler arası korelasyon değerlerine bakmaları tavsiye edilmektedir. Bu, analizlerin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Bu aşamadan sonra, inançlar ya da bu yapıların kendi ölçümlerinden yola çıkılarak analizlere devam edilmektedir.
2. Planlı davranış teorisinde alt yapı faktörleri olarak adlandırılan demografik değişkenler, sadece inançlarla ilişkilendirilebilmektedir. Modelimize demografik değişkenlerin dâhil edilmesiyle, demografik değişkenlerin analizlerde kullanılabilmesi sağlanmıştır.
3. Demografik değişkenlerin inançlarla ilişkilerinin incelenmesiyle elde edilecek bulguların model kapsamında değerlendirilebilmesi için, birinci maddede belirtilen korelasyon değerlerinin tolere edilebilir düzeyde anlamlı çıkması gerekir. Çünkü, korelasyon

bulunamadığı takdirde, inançlar modelin temel yapılarıyla ilişki içerisinde değil demektir. Böyle bir durumda, inançlar modelin bir parçası değil, modelden bağımsız, ayrı birer değişkenler grubu olur. Bu durumda ise, inançlar ile demografik değişkenleri incelemek, model açısından bir anlam ifade etmeyecektir.

4.2.2. Pilot anket

Kullanılan ölçeklerde Francis ve ark. (2004)'nın "planlı davranış teorisi anketi yapılandırma" adlı çalışmada sundukları referans anketler ve bilgilerle, Ajzen (2006)'nın planlı davranış teorisi için anket oluşturma konusunda hazırladığı kılavuzdaki kavramsal ve metodolojik yaklaşımları ve ölçeklere ilişkin önerileri dikkate alınmıştır.

Çalışmada veri kalitesinin iyileştirilmesi için pilot anket (ön test) yapılmıştır. Pilot anket elde edilecek verilerin isabetli olabilmesi için gerekli düzeltmeleri yapma imkânı vermiştir. Pilot anketi hazırlamadan önce 50 yaş üzeri 5 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmış sağlık turizmi deyince ne anladıkları, sağlık hizmeti satın alırken nelere dikkat ettikleri, kendilerini etkileyen olay gruplarının neler olduğu, tedavi için ne kadar maddi fedakârlık ve zorluğa katlanabilecekleri, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında bunu ne kadar zamanda karşıladıkları, hangi peryotlarla doktora gittikleri, sağlık hizmeti alırken hangi kurumları seçtikleri gibi sorularla önbilgiler toplanmıştır. Toplanan bu bilgiler ışığında anket soruları oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanması aşamasında Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde doktora tezi olarak daha önce yapılmış olan "Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlı Davranış Teorisinin Bir Uygulaması" konulu tez için kullanılan anketten de yararlanılmıştır (Kocagöz, 2010).

Hazırlanan pilot anket 3 bölümden oluşmaktadır. A bölümünde katılımcılara sağlık hizmeti kullanımlarını öğrenmeye yönelik sorular yöneltilmiştir. Bu bölüm katılımcıların hangi sıklıkla doktora gittiklerini (1= Her ay düzenli olarak doktora gidiyorum, 2= Yılda bir defa doktora gidiyorum, 3= 6 Ayda bir defa doktora gidiyorum, 4= Hasta olduğum zamanlarda doktora gidiyorum), son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti alıp almadıklarını (1= Evet, 2= Hayır), son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti alanların hangi sağlık hizmetlerini kullandıklarını (1= Fizik tedavi, 2= Göz, 3= KBB, 4= Vücutta ağrı, 5= Kardiyoloji, 6= Üroloji, 7= Dâhiliye, 8= Kalp, 9=Nöroloji, 10= Ortopedi, 11= Diğer), kullandıkları sağlık hizmeti için

ne kadar para harcadıklarını (1= 100-500 TL, 2= 501-900 TL, 3= 901-1300 TL, 4= 1301-1700 TL, 5= 1701+), hastalandıklarında sağlık hizmetini en çok hangi sağlık kurumundan aldıklarını (1= Aile hekiminden, 2= Devlet Hastanesinden, 3= Üniversite Hastanesinden, 3= Özel Hastaneden, 4= Diğer), son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gidip gitmedikleri (1= Evet, 2= Hayır), son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gidenlerin hangi sağlık hizmetini aldıklarını (1= Kadın Doğum, 2= Nöroloji, 3= Üroloji, 4= Kardiyoloji, 5= Göz, 6= Nöroloji, 7= Dâhiliye, 8= KBB, 9=SPA, 10= Kaplıca tedavisi, 11= Diğer), sağlık turizmi hakkında ne düşündüklerini, önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın alma isteklerinin olup olmadığını tespit etmeye yönelik sorularla oluşturulmuştur.

Anketin ikinci bölümünde planlı davranış teorisi modelinde yer alan değişkenlere ilişkin sorular sorulmuştur. Bu bölümde 45 adet soru bulunmaktadır. Sorular davranışsal inanç, normatif inançlar, kontrol inançları, algılanan davranışsal kontrol, subjektif norm, davranışa yönelik tutum, kontrol faktörlerinin gücü, çıktı değerlendirme, normlara uyma motivasyonu, niyet başlıkları altında gruplanmıştır. Bu gruplar ayrı bir yere kaydedilmiş, uygulanan ankette grup başlıkları yer almamıştır. Bu kısımda 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Puanlama 1= kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3= fikrim yok, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde yapılmıştır.

Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Sorular, katılımcının yaşadığı ilçeyi, cinsiyetini (1= Erkek, 2= Kadın), yaşını (1= 50-54, 2= 55-60, 3= 61-64, 4= 65-70, 5= 71-74, 6= 75+), eğitim durumunu, (1= İlkokul, 2= Ortaokul, 3= Lise, 4= Lisans, 5= Yüksek Lisans+), medeni durumunu (1= Evli, 2= Bekâr), gelir düzeyini (1= 1000-1999, 2= 2000-2999, 3= 3000-3999, 4= 4000-4999, 5= 5000+), mesleğini (1= Memur, 2= İşçi, 3= Esnaf, 4= Serbest meslek, 5= Diğer), şu anda çalışıp çalışmadığını (1= Evet, 2= Hayır) ve sosyal güvencesini (1= emekli sandığı, 2= SSK, 3= BAĞ-Kur, 4= Diğer) tespit etmek üzere oluşturulmuştur.

Bu bilgiler ışığında hazırlanan anket formu, Ankara ili Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Sincan ve Yenimahalle merkez ilçelerinden tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen 50 yaş ve üstü 50 kişiden oluşan bir katılımcı grubuna

uygulanmıştır. Bu pilot çalışma sonucunda ölçeklerin güvenilirlikleri “Cronbach alfa” yöntemi ile SPSS 22.0 programı kullanılarak test edilmiştir. Anketin Cronbach alfa değeri 0,886 “oldukça güvenilir” bulunmuştur. Soruların Cronbach alfa değerleri ölçeklerin, pilot çalışmadan elde edilen veriler için, kabul edilebilir bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Pilot anket çalışmasıyla elde edilen bilgiler anket formuna son şeklini verilmesini sağlamıştır.

4.2.3. Araştırma anket formu

Çalışmada 50 yaş üzeri kişilerin sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma niyetlerinin belirlenmesine yönelik oluşturulan pilot anket formunda gerekli değişiklikler yapılarak ankete son hali verilmiştir.

Anketin birinci bölümünde katılımcıların sağlık hizmetleri ile ilgili genel bilgilerine ilişkin sorular soruldu. Pilot anketteki 1. ve 2. soru aynen kaldı. 2.1. kullanılan sağlık hizmetlerinden vücutta ağrı, kardiyoloji, üroloji, nöroloji ve ortopedi seçenekler arasından çıkarıldı. SPA ve kaplıca tedavisi seçenekler arasına konuldu. 2.2, 3,4. sorularda herhangi bir düzeltme yapılmadı. 4.1 soru 2.1 soru gibi düzeltildi.

Katılımcıların sağlık turizmi hakkındaki bilgi seviyelerini ölçmeye yönelik olarak sorulan “5. sağlık turizmi hakkında ne düşünüyorsunuz” açık uçlu sorusuna katılımcılar cevap vermediği için, “sağlık turizmi hakkında ne kadar bilginiz var?” şekline dönüştürüldü. Cevap olarak bilğim yok, kısmen biliyorum, bilğim var şıkları eklendi.

Pilot ankette katılımcıların bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın alma niyetlerini ölçmek için sorulan 6. Soru katılımcılar tarafından yeterince anlaşılamadığı için iptal edilerek B bölümünde 2 soru haline getirilmiştir.

Anketin ikinci bölümü pilot ankette Planlı davranış teorisi modelinde yer alan değişkenlere ilişkin 60 sorudan oluşuyordu. Katılımcıların anketin uzun ve benzer sorulardan oluştuğu değerlendirmeleri çerçevesinde benzer sorular birleştirilerek gerekli düzeltmeler yapılmış ve soru sayısı 45’e düşürülmüştür. 1-4. sorular davranışsal inanç, 5-8 sorular normatif inançlar, 9-14 sorular kontrol inançları, 15-20 sorular algılanan davranışsal kontrol, 21-23 sorular subjektif norm, 24-27 sorular davranışa yönelik tutum, 28-35 sorular kontrol faktörlerinin gücü, 36-39 sorular çıktı

değerlendirme, 40-43 sorular normlara uyma motivasyonu, 44-45 sorular niyet başlıkları altında gruplanmıştır. Bu gruplar ayrı bir yere kaydedilmiş, uygulanan ankette grup başlıkları yer almamıştır. Bu kısımda 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Puanlama 1= kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3= fikrim yok, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde olmuştur.

Anketin üçüncü bölümünde katılımcılara demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik sorular yöneltilmiştir. Pilot anketteki yaşadığınız ilçe sorusu araştırmamıza artı bir değer katmayacağı için çıkarılmıştır. Cinsiyetiniz sorusu aynen kalmış, yaşı sorusunda yaş aralıklarında küçük düzeltmeler yapılmıştır. Eğitim durumunuz ve medeni durumunuz soruları aynen kalmıştır. Aylık hane halkı geliriniz sorusunun ilk şıkkı 949-1999 iken, 1000-1999 şeklinde değiştirilmiştir. Şu anda çalışmakta mısınız ve sosyal güvenceniz soruları aynen kalmış, mesleğiniz sorusuna ev hanımı seçeneği eklenmiştir.

Bu ölçeklerdeki maddeler literatür taraması ve uzmanların görüşleri doğrultusunda belirlenmiş ve pilot test uygulaması yapılarak anket ve ölçek kaynaklı hatalar düzeltilerek araştırma yapılmıştır. Olumsuz yönlü sorular olumlu yöne çevrilmiştir.

Yaşlı tüketicilerin sağlık turizminden yararlanma niyetlerinin belirlenmesine ilişkin olarak yapılan araştırmada planlı davranış teorisi kapsamında "Lütfen sizin için geçerli olan durumu ifadenin karşısındaki bölmeye (X) işareti koyarak cevaplayınız." denilerek; "Kesinlikle Katılmıyorum=1" "Katılmıyorum=2" "Fikrim Yok=3", "Katılıyorum=4", "Kesinlikle Katılıyorum=5" şeklinde Likert ölçeklendirmesi yapılmıştır. Olumsuz yönlü ve açık uçlu soru sorulmamıştır. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir. Araştırmada, 16 bağımsız ve 45 bağımlı olmak üzere toplam 61 sorudan oluşan bir ölçek kullanılmıştır.

Çizelge 4.1. Anket bölümlerinde yer alan soru sayıları ve özellikleri

Soru Bölümleri	Değişken Türü	Soru Numaraları	Soru Sayısı	Ölçek
Sağlık hizmetleri ile ilgili genel bilgiler	Bağımsız	(A) Bölümü Soruları	8	Nominal-Ordinal
Planlı Davranış Teorisi	Bağımlı	(B) Bölümü Soruları	45	5'li Likert
Planlı Davranış Teorisi Bileşenleri	1.Davranışsal İnanç	1-4	4	"
	2.Normatif İnançlar	5-8	4	"
	3.Kontrol İnançları	9-14	6	"
	4.Algılanan Davranışsal Kontrol	15-20	6	"
	5.Subjektif Norm	21-23	3	"
	6.Davranışa Yönelik Tutum	24-27	4	"
	7.Kontrol Faktörlerinin Gücü	28-35	8	"
	8.Çıktı Değerlendirme	36-39	4	"
	9.Normlara Uyma Motivasyonu	40-43	4	"
	10.Niyet	44-45	2	"
Demografik Göstergeler	Bağımsız	(C) Bölümü Soruları	8	Nominal-Ordinal

Cevaplanan ve değerlendirilmeye tabi tutulan anket sayısı 388'dir (n=388) ve bu değer evreni temsil edebilecek yeterliliktedir. Eksiklikleri nedeniyle değerlendirme dışı bırakılan anket bulunmamaktadır.

4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Örneklem

Araştırmamızın örneklemini saptama sürecinde öncelikle ana kütleye bakılmış ve Türkiye'nin değişik bölgelerinden göç alması yönüyle ülke geneline de ışık tutabileceği düşünülerek saha çalışmasında Ankara seçilmiştir. Ankara ili Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Sincan, Yenimahalle merkez ilçelerinde 50 yaş ve üstü 738 475 kişinin (TÜİK, 2015) yaşamakta olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın ana kütlesini yukarıda sayılan 5 merkez ilçedeki 50 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır.

Örneklem Seçimi

Ana kütlenin tümüne ulaşma zaman ve maliyet açısından zor olduğu için örneklem kitle seçilme yoluna gidilmiş, araştırmanın katılımcıları tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Ancak, örneklemin ana kütleyi iyi temsil etmesi gerektiği göz önünde bulundurularak mümkün olduğunca farklı sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik özellikteki bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anketler kişilere işyerlerinde veya evlerinde yapılmıştır. Böylece farklı sosyal gruplara ulaşma imkânı olmuştur. Katılımcılara her anket için 10 ile 20 dakika arasında bir süre verilmiştir. İşyerlerinin seçimi anketörlere bırakılmıştır. Katılımcılar anketörün verdiği formları kendileri doldurmuş, anketör sadece anlaşılmayan noktalarda sürece dâhil olmuştur.

Saha çalışmasında Ankara merkez ilçelerinden Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde öncelikle 01 Mart-31 Mart 2015 tarihlerinde pilot anketin uygulaması, 01 Haziran-31 Ağustos 2015 tarihlerinde düzeltilmiş anketin uygulaması gerçekleştirilmiştir. Pilot anket 50 katılımcıya, düzeltilmiş anketse 388 katılımcıya uygulanmıştır. Anketlerin 136 tanesi Çankaya ilçesinde, 41 tanesi Etimesgut ilçesinde, 93 tanesi Keçiören ilçesinde, 44 tanesi Sincan ilçesinde, 74 tanesi de Yenimahalle ilçesinde uygulanmıştır. Bu ilçelerde farklı demografik özelliklere sahip insanların yaşıyor olması da

seçimimizde rol oynamıştır. Anket uygulanan ilçelerin nüfusları ve uygulanan anket sayıları çizelge 4.2’de verilmiştir.

Örneklem büyüklüğünü saptamak için

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

formülü kullanılmıştır (Karatay, 2015).

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

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

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

Sayısı belli olan evrenden hareketle

N= 738 475

p= 0.50

q= 0.50

t= 1.96

d= 0.05

n= ?

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{738\,475 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (738\,475-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = \frac{709\,231}{1846,19} = 384$$

Tabaka ağırlığı = 384 / 738475 = 0.00052

Çankaya	:	259 343	*	0.00052	= 134
Etimesgut	:	79 798	*	0.00052	= 41
Keçiören	:	177 942	*	0.00052	= 92
Sincan	:	81 880	*	0.00052	= 42
Yenimahalle	:	139 512	*	0.00052	= 72
Toplam	:	738 475	*	0.00052	=384

Çizelge 4.2. Ankara'da anket uyguladığımız ilçelerin 2013 yılı 50 yaş ve üstü nüfusları ve uygulanan anket sayıları

İlçe	Nüfus	%'de Nüfus	Yapılması Gereken Anket Sayısı	Yapılan Anket Sayısı
Çankaya	259 343	35	135	136
Etimesgut	79 798	11	41	41
Keçiören	177 942	24	93	93
Sincan	81 880	11	43	44
Yenimahalle	139 512	19	73	74
Toplam	738 475	100	384	388

Formülümüze göre örneklemimizin evreni temsil edebilmesi için %95 güven düzeyinde ± 5 kesinlik oranında 384 katılımcıya anket yapılması gerekmektedir. Bizim katılımcılara uyguladığımız ve değerlendirilmeye tabi tutulan anket sayısı 388'dir, bu değer evreni temsil edebilecek yeterliliktedir.

4.4. Katılımcılara İlişkin Bulgular

Bu bölümde, katılımcılara ilişkin demografik bulgular ve anketin A bölümünde yer alan, kişinin sağlık hizmeti alma durumuyla ilgili sorulara ait bulgular yer almaktadır.

4.4.1. Demografik bulgular

Katılımcıların demografik bilgilerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence) ilişkin bilgiler çizelge 4.3'te yer almaktadır.

Çizelge 4.3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=388)

Demografik Gruplar	Kişi Sayısı	%
Cinsiyet		
Kadın	160	41,3
Erkek	227	58,7
Toplam	387	100
Yaş		
50-54	223	57,5
55-59	79	20,4
60-64	58	14,9
65-69	16	4,1
70-74	5	1,3
75+	7	1,8
Toplam	388	100
Medeni Durum		
Evli	349	9,1
Bekâr	35	90,9
Toplam	384	100

Çizelge 4.3. (devam). Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=388)

Demografik Gruplar	Kişi Sayısı	%
Eğitim		
İlkokul	59	15,4
Ortaokul	25	6,5
Lise	75	19,5
Lisans	161	41,9
Yüksek Lisans+	64	16,7
Toplam	384	100
Gelir		
949-1999	88	23,1
2000-2999	101	26,5
3000-3999	81	21,3
4000-4999	45	11,8
5000+	66	17,3
Toplam	381	100
Çalışma Durumu		
Evet	253	66,4
Hayır	128	33,6
Toplam	381	100
Mesleği		
Ev Hanımı	71	18,5
Memur	173	44,9
İşçi	37	9,6
Esnaf	18	4,7
Serbest Meslek	44	11,4
Diğer	42	10,9
Toplam	385	100
Sosyal Güvenceniz		
Emekli Sandığı	204	51,9
SSK	136	36,1
Bağ-Kur	37	9,8
Diğer	7	2,2
Toplam	384	100

Çizelge 4.3’de katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında %58,7’sinin erkek, %41,3’ünün kadınlardan oluştuğu, katılımcıların cinsiyet olarak dengeli bir dağılımda olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşa göre dağılımı incelendiğinde, %57,5’inin 50-54 yaş grubunda, %20,4’ünün 55-59 yaş grubunda, %14,9’unun 60-64 yaş grubunda, %4,1’inin 65-69 yaş grubunda, %1,3’ünün 70-74 yaş grubunda ve %1,8’inin 75+ yaş grubunda olduğu görülmüştür.

Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde, %9,1’inin bekâr, %90,9’unun evli olduğu görülmüştür. Evli oranının yüksek olmasının sebebi anketin 50 yaş üzeri katılımcılara uygulanmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %15,4'ünün ilkokul, %6,5'inin ortaokul, %19,5'inin lise, %41,9'unun lisans, %16,7'sinin yüksek lisans+, düzeyinde eğitim aldıkları görülmüştür.

Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında, %23,1'inin 949 TL – 1 999 TL, %26,5'inin 2 000 TL – 2 999 TL, %21,3'ünün 3 000 TL – 3 999 TL, %11,8'inin 4 000-4 999 TL, %17,3'ünün 5 000+ TL düzeyinde gelire sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında, %66,4'ünün çalıştığı, %33,6'sının çalışmadığı görülmüştür.

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında, %18,4'ünün ev hanımı, %44,9'unun memur, %9,6'sının işçi, %4,7'sinin esnaf, %11,4'ünün serbest meslek, %10,9'unun diğer meslek sahibi olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olma durumları incelendiğinde, %51,3'ünün emekli sandığı, %35,4'ünün SSK, %9,6'sının Bağ-Kur, %1,8'inin diğer sosyal güvenlik kurumları çerçevesinde sosyal güvenceye sahip oldukları görülmüştür.

4.4.2. Sağlık hizmetleri konusundaki bilgilerine ilişkin bulgular

Katılımcıların Hangi sıklıkla doktora gidersiniz sorusuna verdikleri cevaplar çizelge 4.4'de verilmektedir.

Çizelge 4.4. Katılımcıların doktora gitme sıklıkları

Hangi sıklıkla doktora gidersiniz?	Kişi Sayısı	%
Her ay düzenli olarak doktora gidiyorum	23	5,9
6 ayda bir defa doktora gidiyorum	30	7,8
Yılda bir defa doktora gidiyorum	27	7
Hasta olduğum zamanlarda doktora gidiyorum	307	79,3
Toplam	387	100

Katılımcıların doktora gitme sıklıkları incelendiğinde %5,9'unun her ay düzenli olarak doktora gittiği, %7,8'inin 6 ayda bir defa doktora gittiği, %7,0'ının yılda bir defa doktora gittiği, %79,3'ünün hasta olduğu zaman doktora gittiği görülmüştür. Hasta olduğu zaman doktora gidenlerde yığılma olması genel olarak insanların ileri yaşlarda da olsa belirli bir periyotta doktora gitme alışkanlıklarının olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.5. Katılımcıların son 1 yılda sağlık hizmeti alma durumları

Son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti aldınız mı?	Kişi Sayısı	%
Evet	329	86,8
Hayır	50	13,2
Toplam	379	100

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti alma durumları incelendiğinde %86,8'inin son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti aldığı, %13,2'sinin son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti almadığı görülmüştür. Bu da bize 50 yaş üstü insanların belirli bir peryotta doktora gitme alışkanlıkları olmasa da büyük çoğunluğunun yılda en az bir kere doktora gittiğini yani sağlık hizmeti satın aldığını göstermektedir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların son 1 yılda kullandıkları sağlık hizmetleri

Aşağıda belirtilen sağlık hizmetlerinden hangilerini kullandınız?	Kişi Sayısı	%
Fizik Tedavi	58	11,9
SPA	4	0,8
Kaplıca Tedavisi	21	4,2
Göz	83	16,7
KBB	82	16,5
Dahiliye	136	27,5
Diğer	111	22,4
Toplam	495	100

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde kullandıkları sağlık hizmetine bakıldığında %14,9'unun fizik tedavi, %1'inin SPA, %5,4'ünün Kaplıca tedavisi, %21,4'ünün göz, %21,1'inin KBB, %35,1'inin dâhiliye, %28,6'sının diğer bölümlerden sağlık hizmeti satın aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.7. Katılımcıların sağlık hizmeti alırken yaptıkları cepten ödemeler

Son 1 yılda yukarıda sayılan sağlık hizmetleri için ne kadar para harcadınız?	Kişi Sayısı	%
100-500 TL	208	61,7
501-900 TL	62	18,4
901-1300 TL	43	12,8
1301-1700 TL	11	3,3
1701+ TL	13	3,8
Toplam	337	100

Katılımcıların Son 1 yılda aldıkları sağlık hizmeti karşılığında yaptıkları ödemeye bakıldığında %61,7'sinin 100-500 TL, %18,4'ünün 501-900 TL, %12,8'inin 901-1 300 TL, %3,3'ünün 1 301-1 700 TL, %3,9'unun 1 701+ TL ödeme yaptığı görülmektedir.

Çizelge 4.8. Katılımcıların sağlık hizmeti aldıkları kurumlar

Hastalandığınızda sağlık hizmeti almak için aşağıda yer alan sağlık kurumlarından hangisine başvurmayı tercih edersiniz?	Kişi Sayısı	%
Aile Hekimi	71	18,4
Devlet Hastanesi	152	39,4
Üniversite Hastanesi	72	18,6
Özel Hastane	83	21,5
Diğer	8	2,1
Toplam	386	100

Katılımcıların hastalandıklarında sağlık hizmeti almak için başvurdukları kurumlara bakıldığında %18,4'ünün aile hekimliklerine, %39,4'ünün devlet hastanesine, %18,7'sinin üniversite hastanelerine, %21,5'inin özel hastanelere, %2,1'inin diğer sağlık kurumlarına başvurduğu görülmektedir.

Çizelge 4.9. Katılımcıların son bir yılda sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğu beldeden başka bir beldeye gitme durumları

Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğunuz beldeden başka bir beldeye gittiniz mi?	Kişi Sayısı	%
Evet	68	17,9
Hayır	311	82,1
Toplam	379	100

Katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitme durumlarına bakıldığında %17,9'unun evet, %82,1'nin hayır cevabı verdiği görülüyor. Hayır cevabı verilme oranının yüksek olma sebebinin araştırma yapılan Ankara ilinde sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmasından dolayı bu ilde yaşayanların başka bir beldeye sağlık hizmeti almak için gitme eğiliminde olamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 4.10. Katılımcıların bulundukları beldeden başka bir beldeden aldıkları sağlık hizmetleri

Aşağıda belirtilen sağlık hizmetlerinden hangilerini kullandınız?	Kişi Sayısı	%
Fizik Tedavi	21	18,4
SPA	1	0,8
Kaplıca Tedavisi	18	15,7
Göz	13	11,4
KBB	11	9,9
Dâhiliye	24	21
Diğer	26	22,8
Toplam	114	100

Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitmiş olan katılımcıların gittikleri belde aldıkları sağlık hizmetine bakıldığında %18,4'ünün fizik tedavi, %0,8'inin SPA, %15,7'sinin kaplıca tedavisi, %11,4'ünün Göz, %9,9'unun KBB, %21'inin dâhiliye, %22,8'inin diğer sağlık hizmetlerinden yararlandığı görülmüştür. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitmiş olan 68 katılımcıdan birden fazla sağlık hizmetinden yararlananlar olduğu için yararlanılan sağlık hizmeti sayısı 114 olarak çıkmıştır.

Çizelge 4.11. Katılımcıların sağlık turizmi hakkında bilgi seviyeleri

Sağlık turizmi hakkında ne kadar bilginiz var?	Kişi Sayısı	%
Bilğim yok	105	27,1
Kısmen biliyorum	224	57,7
Bilğim var	59	15,2
Toplam	388	100

Katılımcıların Sağlık turizmi hakkında ne kadar bilginiz var, sorusuna verdikleri cevaba bakıldığında %27,1'inin bilğim yok, %57,7'sinin kısmen biliyorum, %15,2'sinin bilğim var dedikleri görülmüştür.

4.5. Verilerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Araştırma sonucu elde edilen 388 anket kâğıdındaki cevaplar SPSS 22 versiyonuna kaydedilmiş ve gerekli analizler bu programla yapılmıştır. Bu bölümde verilen cevapların sayıları, yüzde dağılımları ve ortalamaları ile ilgili çizelgeler ve bu çizelgelerin açıklamaları verilecektir.

4.5.1. Ölçeklerin güvenilirliği

Bu bölümde, araştırmada kullandığımız değişkenler, bu değişkenlerin ölçümünde kullandığımız ölçekler, anket katılımcılarının kullandığımız ölçeklerdeki sorulara verdikleri cevaplar ve ölçeklerle ilgili güvenilirlik testlerine ait bilgiler yer almaktadır.

Ankete katılan 388 kişinin 45 sorudan oluşan ve likert tarzı önermelere dönüştürülen ölçeğe verdikleri cevapların veri seti dağılımı aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 4.12. Veri seti dağılımı

		Cevaplar	
		N	Yüzde (%)
Model	Kesinlikle Katılmıyorum	1142	6,5
	Katılmıyorum	3603	20,6
	Fikrim Yok	2350	13,5
	Katılıyorum	7981	45,7
	Kesinlikle Katılıyorum	2384	13,7
Toplam		17460	100,0

Cevapların daha çok “Katılıyorum” önermesinde toplandığı gözlenmektedir.

Çizelge 4.13. Anketin güvenilirlik test sonucu

Cronbach's Alpha	Standartlaştırılmış - Cronbach's Alpha-Güvenilirlik Katsayısı	Soru Sayısı
0,912	0,913	45

Güvenilirlik, bir anketin, neyi ölçüyorsa (50 yaş ve üstü tüketicilerin sağlık turizminden yararlanma niyetlerinin belirlenmesi) bunu her seferinde aynı şekilde ölçmesini (tekrarlanabilirlik) göstermektedir. Araştırmanın güvenilirlik ölçüm sonuçları aşağıda gösterilmiştir.

Analizler, % 5 anlamlılık düzeyi (p) ve %95 güven aralığı düzeyine göre açıklanmıştır.

Uygulanan anketin güvenilirliğini ölçmede SPSS 22.0 programında güvenilirlik kat sayısı olan Cronbach Alpha kullanılmıştır. Güvenilirlik analizi sonunda, anketteki 50 yaş ve üstü tüketicilerin sağlık turizminden yararlanma niyetleri hakkındaki görüşleri ile ilgili 45 ifadenin Cronbach Alpha değeri 0,912 “yüksek güvenilirlikte” bulunmuştur. Alfa (α) katsayısının $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ aralığında olması ölçeğin “yüksek derecede güvenilir” olduğunu göstermektedir (Albayrak, vd. 2005: 405). Literatüre göre Cronbach Alpha değerinin 0.60 ve üzerinde olması anketin oldukça güvenilir olduğunun göstergesidir. Bu sonuç, anket ile toplanan verilerin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Bir başka deyişle, anket formlarının iç uyumu kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğundan, anketler ile elde edilen verilerin yapılan araştırmanın doğruluğunu ortaya çıkarabilecek nitelikte, birbirleriyle ilişkili, tutarlı, anlaşılır ve yeterli sayıda olduğunu göstermektedir. Yani araştırma, ilgilenilen sorunları büyük oranda yansıtmaktadır.

Çizelge 4.14. Ölçeklerin güvenilirliği

Değişkenler	Cronbach's Alpha		Aritmetik Ortalama	Soru Sayısı
	Değeri	Yorumu		
Soru-Bütün	,912	yüksek güvenilirlikte	3,39	45
Davranışsal İnançlar	,664	güvenilir	3,02	4
Normatif İnançlar	,696	güvenilir	3,30	4
Kontrol İnançları	,752	oldukça güvenilir	3,65	6
Algılanan Davranışsal Kontrol	,637	güvenilir	3,21	6
Subjektif Norm	,587	ölçek düşük güvenilirlikte	3,52	3
Davranışa Yönelik Tutum	,737	oldukça güvenilir	3,14	4
Kontrol Faktörlerinin Gücü	,754	oldukça güvenilir	3,54	8
Çıktı Değerlendirme	,470	ölçek düşük güvenilirlikte	3,71	4
Normlara Uyma Motivasyonu	,577	ölçek düşük güvenilirlikte	3,67	4
Niyet	,917	yüksek güvenilirlikte	2,64	2

Anketi oluşturan her bir sorunun madde analizi yapılarak, anketin bütününe katkısı ortaya konulmuştur.

Çizelge 4.14. incelendiğinde, davranışsal inancı ölçmekte olan 4 sorunun güvenilirliği (Cronbach Alpha) 0,664, normatif inançları ölçen 4 sorunun güvenilirliği 0,696, kontrol inançlarını ölçmekte olan 6 sorunun güvenilirliği 0,752, algılanan davranışsal kontrolü ölçmekte olan 6 sorunun güvenilirliği 0,637, subjektif normları ölçmekte olan 3 sorunun güvenilirliği 0,581, davranışa yönelik tutumu ölçmekte olan 4 sorunun güvenilirliği 0,737, kontrol faktörlerinin gücünü ölçmekte olan 8 sorunun güvenilirliği 0,754, çıktı değerlendirmeyi ölçmekte olan 4 sorunun güvenilirliği 0,470, normlara uyma motivasyonunu ölçmekte olan 4 sorunun güvenilirliği 0,577, niyeti ölçmekte olan 2 sorunun güvenilirliği 0,917 olarak hesaplanmıştır. Genel olarak anketin güvenilirliğinin ise 0,912 olduğu tespit edilmiştir. Yukarıda verilen değerler, güvenilirlik katsayısının kabul edilebilir alt sınırı olan 0,50'den büyük olduğu için anketin güvenilir olduğunu söylemek mümkündür.

Soru sayısı arttıkça güvenilirlik düzeyinin yükselme nedeni her sorunun toplam skora katkı sağlamasından kaynaklanmaktadır.

Soru-bütün ölçeği Cronbach's Alpha modeline ve literatüre göre ölçekler "yüksek güvenilirlikte" bulunmuştur. Cronbach's Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında bir dağılım gösterir ve 1 değerine yaklaştıkça güvenilirlik artar.

Öte yandan soru-bütün istatistiklerine göre Cronbach's Alfa if item deleted katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonra değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir. Bu durum bütün soruların ölçekte yer alması gerektiğini ifade etmektedir.

4.5.2. Faktör analizine ait bulgular

Faktör analizi, çok sayıdaki soru içinde, birbiriyle ilişkili (aralarında yüksek korelasyon bulunan) ve aralarında anlamlı ortak bir yapı bulunan değişkenleri faktörler halinde sınıflandırmaya ve gruplandırmaya yarayan keşfedici bir istatistik tekniğidir. Sorular arasındaki ilişki ve ortak yapı daha önce öngörülememiş olabilir.

Faktör analizinden soru çıkarılmamıştır. Araştırma modelimiz çerçevesinde oluşturulan gruplarımızın faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle ispatlanmıştır. Literatürde KMO değerinin 0,50'den yüksek olması gerektiği söylenir, faktör analizimizde KMO değeri 0,865 bulunmuştur. Bu değer literatüre göre mükemmel bir değerdir ve model faktör analizi yapmak için uygundur.

Çizelge 4.15. KMO ve Bartlett's örneklem uygunluk testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluk Ölçüsü.		0,865
Bartlett's Faktör Analizine Uygunluk Testi	Yaklaşık Ki-Kare	6213,156
	Serbestlik Derecesi	990
	Anlamlılık	0

Değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Bartlett's test anlamlılığı da ($p=0,000$; $p<0,10$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Metod olarak Principal Components (Temel Bileşenler) seçilmiş ve özdeğeri (Eigenvalues) 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır.

Çizelge 4.16. Faktör sayısı ve aritmetik ortalamalar

	Faktör No	Faktör Yüğü	Ortak Varyansa	Soru Aritmetik Ortalaması	Faktör Aritmetik Ortalaması	Güvenilirlik Katsayısı
Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar. (NORMATİF İNANÇ)	1	,745	,622	3,42	3,34	,755
Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir. (NORMATİF İNANÇ)		,659	612	3,15		
Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur. (KONTROL İNANÇLARI)		,630	,581	3,51		
Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur. (NORMATİF İNANÇ)		,591	,591	3,22		
Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım. (NORMATİF İNANÇ)		,527	,651	3,39		
İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım. (KONTROL İNANÇLARI)	2	,710	,578	3,84	3,64	,713
Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir. (KONTROL İNANÇLARI)		,660	,650	3,91		
Bulduğum belden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim. (KONTROL İNANÇLARI)		,616	,582	3,87		
İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum belden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım. (KONTROL İNANÇLARI)		,555	,630	3,57		
İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım. (KONTROL İNANÇLARI)		,537	,546	3,19		
Bulduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)	3	,356	,665	3,46	4,11	,691
Sağlıklı olmak benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)		,737	,628	4,31		
Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)		,688	,574	4,05		
Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)		,631	,562	3,93		
Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)		,539	,418	4,14		
Kalite sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	4	,695	,623	4,03	3,76	,768
Yaşadığım belden başka bir belde daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)		,659	,607	3,95		
Tedavi için bulunduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanmada sağlık hizmetinin fiyatı satın alma kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)		,578	,615	3,82		
Tedavi için bulunduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almamı o beldedeki sağlık hizmeti çeşitliliği etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)		,470	,526	3,52		
Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)		,445	,511	3,85		
Çevremdekilerin başka bir beldedeki sağlık hizmetini satın alması tedavi için bulunduğum belden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alma kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	5	,334	,579	3,37	2,84	,678
Başka bir belde sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)		,741	,648	2,87		
Tedavi için bulunduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)		,733	,696	2,93		
Başka bir belde sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)	6	,516	,515	2,72	3,27	,715
Tedavi için bulunduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)		,662	,677	3,38		
Tedavi için bulunduğum belden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)		,606	,579	3,24		

Çizelge 4.16. (devam). Faktör sayısı ve aritmetik ortalamalar

	Faktör No	Faktör Yüğü	Ortak Varyansa	Soru Aritmetik Ortalaması	Faktör Aritmetik Ortalaması	Güvenilirlik Katsayısı
Bulunduğum beldeden başka bir belde sağlık hizmeti alırsam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)		,465	,553	3,02		
Tatil yaparken sağlık hizmeti de verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ederim. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)		,363	,545	3,44		
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)		,744	,637	3,02		
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde eninde sonunda o sağlık hizmetini satın alıyorum. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)	7	,699	,606	3,07	3,05	,651
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)		,675	,635	3,06		
Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)		,717	,684	3,02		
Ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)		,590	,637	3,91		
Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)	8	,573	,607	3,60	3,26	,651
Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)		,469	,588	2,56		
Reklamlar sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)		,451	,563	3,19		
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım. (NİYET)		,929	,904	2,63		
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde herhangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum. (NİYET)	9	,928	,893	2,66	2,65	,917
Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)		,711	,653	3,21		
Bulunduğum belde tedavi olmaksızın başka bir belde tatil yaparak tedavi olmayı tercih ederim. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	10	,588	,494	2,61	3,11	,544
Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez. (SUBJEKTİF NORM)		,445	,567	3,50		
İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)		,759	,690	3,19		
Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)	11	,640	,602	3,28	3,24	,670
Referans aldığım insanlar tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek tedavi olmam gerekiyorsa gitmem gerektiğini düşünürler. (SUBJEKTİF NORM)		,551	,569	3,67		
Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar. (SUBJEKTİF NORM)	12	,523	,505	3,40	3,54	,556

Çizelge 4.16.'da anketimizde yer alan soruların faktör analizi yapılmıştır. Faktör grupları bulunarak faktör aritmetik ortalaması ve bulunan faktör gruplarının güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Her sorunun faktör yükü ve aritmetik ortalaması belirlenerek ortak varyansa katkısı bulunmuştur. Yapılan analiz neticesinde 12 faktör grubu bulunmuştur. Bu bizim modelimiz çerçevesinde oluşturduğumuz anketteki 10 model grubuna yakın bir sayıdır ve tutarlıdır. Yapılan değerlendirmede faktör analizinde oluşan grupların araştırma modeline göre oluşturulan anket gruplarıyla ya birebir örtüştüğü veya birbirini etkileyen faktörler yönüyle örtüştüğünü göstermiştir. Modelimize göre oluşturduğumuz 10 model grubundaki soruların faktör analizinde oluşan gruplara göre değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir.

Davranışsal inancı yansıtan anketteki dört sorudan birinci ve ikinci soruların 11. faktörü oluşturduğu, üçüncü ve dördüncü soruların 5. faktördeki üç sorudan ikisini oluşturduğu görülmüştür. 5. Faktördeki üçüncü soru da davranışsal inancın etkilediği davranışa yönelik tutumu ölçmeye yönelik sorudur. Bu da anketimizde yer alan davranışsal inanç sorularının faktör analizinde de aynı grupta toplandığını göstermektedir.

Normatif inançları yansıtan dört sorudan anketteki beş, altı, yedi ve sekizinci soruların 1. Faktör grubunda toplandığı görülmüştür. Bu da anketimizde yer alan normatif inanç sorularının faktör analizinde de aynı grupta toplandığını göstermektedir.

Kontrol inançlarını yansıtan altı sorudan anketteki dokuzuncu sorunun 1. faktör grubunda, on, onbir, oniki, onüç ve ondördüncü soruların 2. faktör grubunda toplandığı görülmüştür. Bu da anketimizde yer alan kontrol inançları sorularının beş tanesinin faktör analizinde de aynı grupta toplandığını göstermektedir.

Algılanan davranışsal kontrolü yansıtan altı sorudan anketteki onbeşinci sorunun 10. Faktör grubunda, onaltıncı sorunun 6. faktör grubunda, onyedinci sorunun 2. faktör grubunda olduğu, onsekiz, ondokuz ve yirminci sorunun 7. faktör grubunu oluşturduğu görülmüştür. 10. faktör grubundaki üç sorudan birisinin de kontrol faktörlerinin gücü sorusu olduğu, 2. faktör grubundaki altı sorudan beş tanesinin kontrol inançları sorusu olduğu görülmüştür. Kontrol faktörlerinin gücü ve kontrol inançlarının algılanan davranışsal kontrolü etkileyen faktörler olduğu düşünüldüğünde bu durum anketimizde yer alan algılanan davranışsal kontrol sorularının faktör analizinde de aynı grupta toplandığını göstermektedir.

Subjektif normları yansıtan üç sorudan anketteki yirmibirinci sorunun 10. Faktör grubunda bulunduğu yirmiiki ve yirmiüçüncü soruların 12. faktör grubunu oluşturduğu görülmüştür.

Davranışa yönelik tutumu yansıtan dört sorudan anketteki yirmidört, yirmibeş ve yirmiyedinci soruların 6. faktör grubunda bulunduğu, yirmialtıncı sorunun da 5. faktör grubunda bulunduğu görülmüştür. 5. faktör grubundaki diğer iki soru davranışa yönelik tutumu etkileyen davranışsal inanca ait sorulardır. Bu durum anketimizde yer alan davranışa yönelik tutum sorularının faktör analizinde de aynı grupta toplandığını göstermektedir.

Kontrol faktörlerinin gücünü yansıtan sekiz sorudan anketteki yirmisekiz, yirmidokuz, otuz, otuzbir, otuzdört ve otuzbeşinci soruların 4. faktör grubunda bulunduğu, otuzikinci sorunun 10. faktör grubunda, otuzüçüncü sorunun da 8. faktör grubunda olduğu görülmüştür.

Çıktı değerlendirmeyi yansıtan dört sorudan anketteki otuzaltı, otuzyedi ve otuzsekizinci soruların 3. faktör grubunda bulunduğu, otuzdokuzuncu sorunun 8. faktör grubunda olduğu görülmüştür.

Normlara uyma motivasyonunu yansıtan dört sorudan anketteki kırk, kırkbir ve kırkikinci soruların 8. faktör grubunda bulunduğu, kırküçüncü sorunun 3. faktör grubunda olduğu görülmüştür.

Niyeti yansıtan kırkdört ve kırkbeşinci soruların 9. faktör grubunu oluşturduğu görülmüştür.

Çizelge 4.17. Faktör sayısı ve açıklanan varyans yüzdesi

Bileşen	Öne Çıkanlar			Skor Yüklerine Göre Sonuçlar			Döndürülmüş Skor Yükleri		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	9,678	21,507	21,507	9,678	21,507	21,507	2,922	6,494	6,494
2	3,121	6,935	28,442	3,121	6,935	28,442	2,865	6,367	12,86
3	1,98	4,401	32,843	1,98	4,401	32,843	2,808	6,24	19,1
4	1,831	4,069	36,912	1,831	4,069	36,912	2,638	5,863	24,963
5	1,649	3,665	40,578	1,649	3,665	40,578	2,39	5,31	30,273
6	1,582	3,517	44,094	1,582	3,517	44,094	2,38	5,29	35,563
7	1,537	3,415	47,509	1,537	3,415	47,509	2,133	4,74	40,303
8	1,402	3,117	50,626	1,402	3,117	50,626	2,077	4,615	44,918
9	1,284	2,854	53,479	1,284	2,854	53,479	2,008	4,462	49,38
10	1,19	2,644	56,123	1,19	2,644	56,123	1,999	4,442	53,822
11	1,084	2,409	58,532	1,084	2,409	58,532	1,735	3,856	57,678
12	1,058	2,352	60,884	1,058	2,352	60,884	1,443	3,206	60,884

Çıkarım yapılan metod: Principal Component Analysis (veri analizi sırasında veri setinin boyutlarını küçültmek).

Çizelge 4.17'ye göre özdeğeri 1'in üzerinde 12 tane faktör bulunmuştur. Kümülatif olarak bu ölçek, ölçülmeye çalışılan özelliğin %60,884'ünü açıklayabilmektedir. Literatür kümülatif varyansın %50'den aşağıya düşmemesi gerektiğini ifade eder.

İlk 6 faktörün toplam varyansın açıklanmasına katkısı %5'in üzerinde iken, diğer faktörlerin katkısı ise %5'in altındadır.

İlave her bir faktörün toplam varyansın açıklanmasına katkısı %5'in altına düştüğünde maksimum faktör sayısına ulaşıldığını göstermektedir, ancak gözlemlenmesinde yarar görülmüştür.

Eğer toplam varyansın açıklanmasında %60,884 oranında bir bilgi yeterli görülmeseydi, ankete yeni sorular ve faktörler ekleyerek çalışmanın tekrarlanması düşünebilirdi. Özdeğeri 1'in üzerinde olanlar faktör olarak kabul edilmiştir.

Okunabilirliği arttırmak ve daha uygun bir yapı ortaya çıkarmak için varimax metoduyla rotasyon yapılmıştır.

Faktör analizi ile 12 faktör bulunmakla birlikte, araştırma öncesi 10 bölüm halinde gruplandırılan bileşenler arasındaki ortak yapı da istatistiksel olarak anlamlı ve tutarlı bulunmuş, faktörlerin birbirine benzediği görülmüştür.

Yapılan faktör analizleri sonucu ilgili değişkenlerde yer alan ifadelerin faktör yükleri ile KMO ve Bartlett testi sonuçları çizelge 4.17'de yer almaktadır. Faktör yükü bütün değişkenler için 0.865 bulunmuştur. Eksen döndürerek rotasyon yapılmıştır.

4.5.3. Ortak varyansa ait bulgular

Varyans, yayılım ölçüsüdür, elimizdeki veri setindeki değerlerin ortalamaya göre yayılımını ve değişimini gösterir. Gözlem değerimiz ile ortalama arasındaki farka (sapmaya) dayanır. Yaşlı tüketicilerin sağlık turizminden yararlanma niyetlerinin belirlenmesine ilişkin araştırmaya ait faktör analizinde ortak varyansa katkısı en yüksek 10 soru incelendiğinde de keşfedici sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.18. Ortak varyansa katkısı en yüksek 10 soru

Ortak Varyans	Öne Çıkanlar	Sonuç
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın alacağım.	1	0,904
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum.	2	0,893
Tedavi için bulunduğum belde başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum.	3	0,696
İnsanların yaşadıkları belde başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	4	0,69
Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir.	5	0,684
Tedavi için bulunduğum belde başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar.	6	0,677
Bulunduğum belde başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır.	7	0,665
Tedavi için, bulunduğum belde başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar.	8	0,653
Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	9	0,651
Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	10	0,65

Katılımcılarda sağlık turizminden yararlanma niyetinin potansiyel olarak bulunduğu, bunun doğal olarak görüldüğü, ancak kendilerine ait olan bu kararı verebilmeleri için;

1. Medyada çıkacak mesajlara,
2. Yakın çevresinin referanslarına,
3. Sağlık personelinin bilgilendirmelerine,

İhtiyaç duydukları gözlemlenmiştir.

4.5.4. Demografik gruplar arasındaki ortalama farklarının anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgular

Varyans analizi iki ya da daha fazla gruba ait ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı ile ilgili hipotezleri test etmek için kullanılmaktadır. İki grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı t testi kullanılarak da incelenebilir. Eğer ikiden fazla grubun ortalamaları karşılaştırılacak ise *F Testi* diğer bir ismiyle *Varyans Analizi (ANOVA, Analysis Of Variance)* uygulanmaktadır.

Kategorik bağımsız değişken grupları arasındaki ortalama farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı *One-Way Anova Test* ile araştırılmıştır. Aynı sonuçlar *Anova testinin* non-parametrik karşılığı *Kruskal-Wallis Test* ile de ispatlanmıştır.

Öte yandan, iki ortalama arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını test etmek için *t*-testi kullanılabilir ise de ikiden fazla kategori ortalamalarının karşılaştırılmasında *t-testi* de sorunludur.

Bu itibarla, ikiden fazla kategori bulunan bağımsız değişken grupları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında bulunduğu *Post HocTests* ile belirlendiğinden, en basit varyans analizi olan *One-WayAnova Test* sonuçları değerlendirilmiş ve *MeansPlots* grafikleri sunması gibi üstün avantajlarından da yararlanılmıştır.

Bu amaçla, katılımcıların demografik ve iş hayatı bilgileri bağımsız değişken olarak belirlenerek, davranışa yönelik tutum, subjektif normlar, algılanan davranışsal kontrol değişkenleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

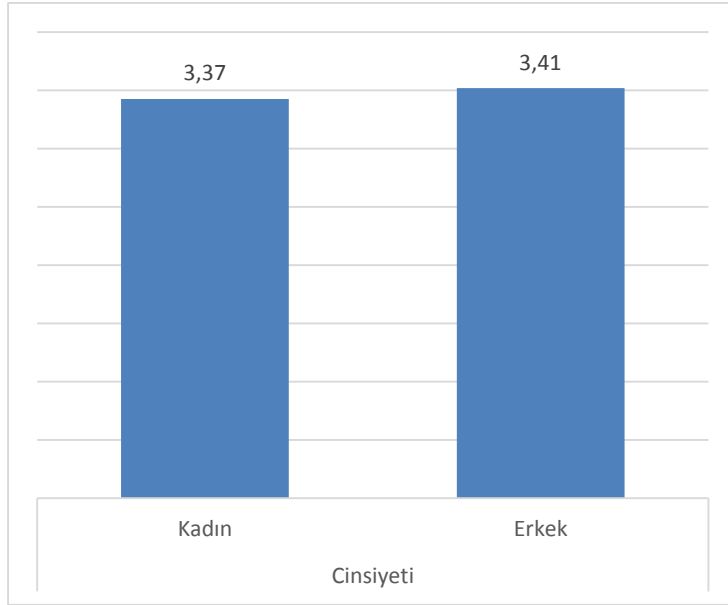
Varyansları homojen olan kategoriler *Tukey* test ile homojen olmayan gruplar ise *Tamhane's T2* test ile değerlendirilmiştir.

Grup ortalamaları arasında farklılık bulunan sorular *One-WayAnova Test* sonuçlarına göre anlamlılık değeri (Sig.) 0,05'in altında bulunan sorular olup, sadece bu sorular gösterilmiştir. Diğer sorularda bağımsız değişken kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Demografik gruplar arasındaki farklılıklar

Cinsiyet grupları arasındaki farklılıklar

Cinsiyet grupları arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.2. Cinsiyet gruplarının genel ortalamaları

Cinsiyete göre erkek grubunun ortalaması bayan grubundan daha büyük değerdedir. Cinsiyete göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür.

Çizelge 4.19. Anova testine göre cinsiyet grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	Gruplar arasında	14,480	1	14,480	10,505	,001
	Grup içinde	532,036	386	1,378		
	Toplam	546,515	387			
Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez.	Gruplar arasında	5,918	1	5,918	5,019	,026
	Grup içinde	455,080	386	1,179		
	Toplam	460,997	387			

Cinsiyet ve bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir (Means Plot).

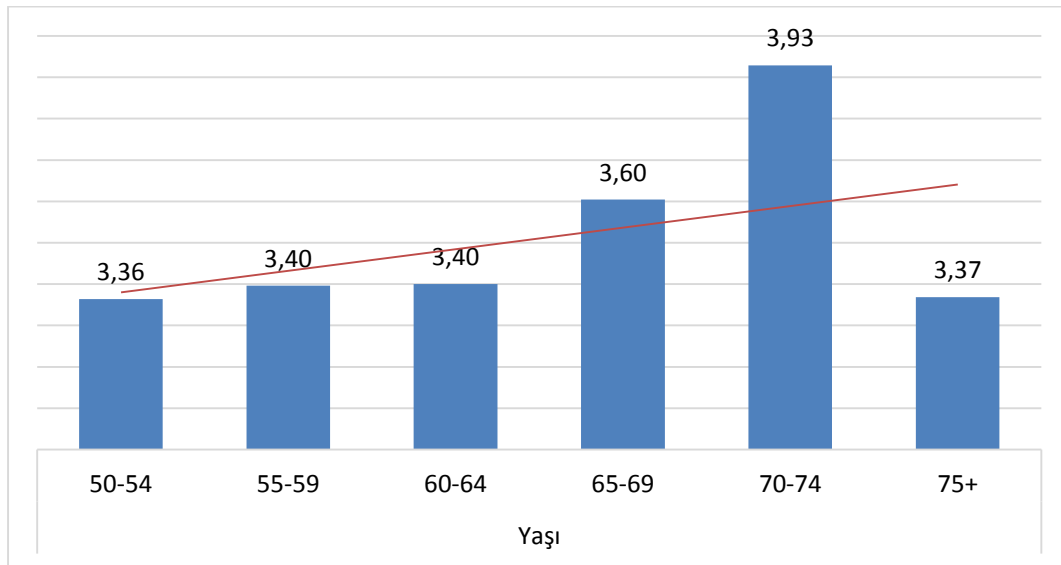
1. Bu soruda kadın ve erkek grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Erkek grubu, kadın grubuna göre daha yüksek düzeyde başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumlarını yeterli görmektedirler.

Cinsiyet ve sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez (Means Plot).

1. Bu soruda kadın ve erkek grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Erkek grubu, kadın grubuna göre daha yüksek düzeyde başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almayı zaman kaybı olarak görmemektedir.

Yaş grupları arasındaki farklılıklar

Yaş grupları arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.3. Yaş gruplarının genel ortalamaları ve doğrusal eğilim çizgisi

Yaş grupları içinde en yüksek ortalamaya 70-74+ yaş grubu sahiptir ve katılımcıların yaş düzeyleri arttıkça, tüketicilerin sağlık turizminden yararlanma niyetlerine ilişkin eğilim yükselmektedir. Nitekim en genç yaş grubu olan 50-54 yaş grubu en düşük ortalama düzeyine sahiptir.

Yaş grupları arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar MeansPlots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.20. Anova testine göre yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum.	<i>Gruplar arasında</i>	13,796	5	2,759	2,384	,038
	<i>Grup İçinde</i>	442,111	382	1,157		
	<i>Toplam</i>	455,907	387			
Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum.	<i>Gruplar arasında</i>	16,212	5	3,242	2,777	,018
	<i>Grup İçinde</i>	446,046	382	1,168		
	<i>Toplam</i>	462,258	387			
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım.	<i>Gruplar arasında</i>	11,929	5	2,386	2,308	,044
	<i>Grup İçinde</i>	394,883	382	1,034		
	<i>Toplam</i>	406,812	387			

Yaş grupları ve bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum (Means Plot).

1. Bu soruda 50-54 yaş grubu ile 60-64 yaş grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. 50-54 yaş grubu en düşük ortalamaya, 70-74 yaş grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Yaş grupları ve tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum (Means Plot).

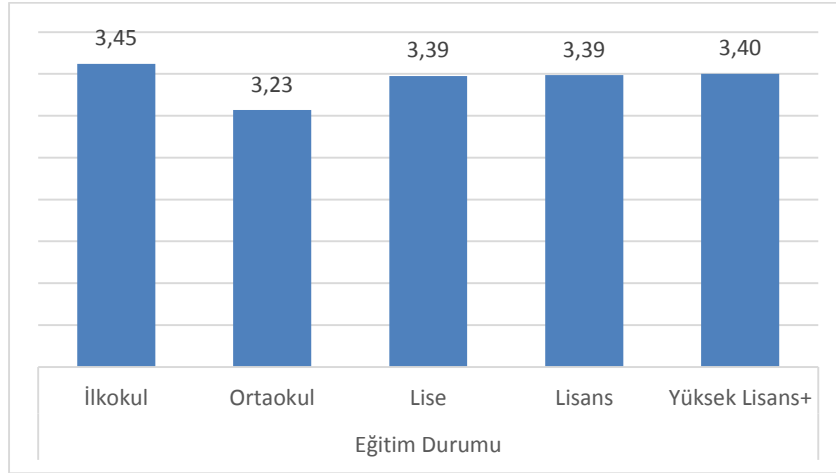
1. Bu soruda 50-54 yaş grubu ile 65-69 yaş grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. 50-54 yaş grubu en düşük ortalamaya, 65-69 yaş grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Yaş grupları ve önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım (Means Plot).

1. Bu soruda 50-54 yaş grubu ile 65-69 yaş grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. 50-54 yaş grubu en düşük ortalamaya, 65-69 yaş grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Eğitim durumu grupları arasındaki farklılıklar

Eğitim durumu grupları arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.4. Eğitim durumu gruplarının genel ortalamaları

Eğitim durumu grupları içinde en yüksek ortalama ilkokul grubu sahiptir ve katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça, başka bir belde sağlık turizminden yararlanma niyetlerinde önemli bir değişiklik gözlenmemiştir.

Ortaokul grubu en düşük ortalama düzeyine sahiptir.

Eğitim durumu grupları arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar Means Plot grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.21. Anova testine göre eğitim durumu grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	20,672 635,680 656,352	4 379 383	5,168 1,677	3,081	,016
Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	21,841 515,532 537,372	4 379 383	5,460 1,360	4,014	,003
Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	10,770 349,063 359,833	4 379 383	2,692 ,921	2,923	,021
Ailem ve akraba çevrem görüşleri benim için önemlidir.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	7,906 286,258 294,164	4 379 383	1,977 ,755	2,617	,035
Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	12,256 370,554 382,810	4 379 383	3,064 ,978	3,134	,015

Eğitim durumu grupları ve insanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır (Means Plot).

1. Bu soruda ilkökul ve ortaokul grupları ile diğer grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Ortaokul grubu en düşük ortalamaya, yüksek lisans grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Eğitim durumu grupları ve referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar (Means Plot).

1. Bu soruda ortaokul grubu ile yüksek lisans grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Ortaokul grubu en düşük ortalamaya, yüksek lisans grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Eğitim durumu grupları ve ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir (Means Plot).

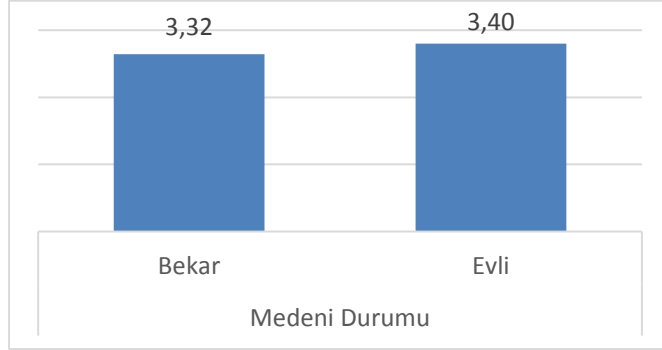
1. Bu soruda ilkökul grubu ile yüksek lisans grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Ortaokul grubu en düşük ortalamaya, ilkökul grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Eğitim durumu grupları ve aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir (Means Plot).

1. Bu soruda ortaokul grubu ile diğer grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Ortaokul grubu en düşük ortalamaya, ilkökul grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Medeni durum grupları arasındaki farklılıklar

Medeni durum grupları arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.5. Medeni durum gruplarının genel ortalamaları

Medeni durumuna göre evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Medeni durumuna göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar Means Plots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.22. Anova testine göre medeni durum grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Gruplar arasında Grup içinde Toplam	9,596 650,276 659,872	1 382 383	9,596 1,702	5,637	,018
Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	Gruplar arasında Grup içinde Toplam	6,546 469,743 476,289	1 382 383	6,546 1,230	5,323	,022
Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	Gruplar arasında Grup içinde Toplam	4,358 391,619 395,977	1 382 383	4,358 1,025	4,251	,040
Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar.	Gruplar arasında Grup içinde Toplam	11,589 497,158 508,747	1 382 383	11,589 1,301	8,905	,003
Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum.	Gruplar arasında Grup içinde Toplam	5,480 479,426 484,906	1 382 383	5,480 1,255	4,366	,037

Medeni durumu grupları ve insanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır (Means Plot).

1. Bu soruda evli ve bekâr grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahip olup, evliler yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcanmasını doğal karşılamaktadırlar.

Medeni durumu grupları ve başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir (Means Plot).

1. Bu soruda evli ve bekâr grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Medeni durumu grupları ve tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur (Means Plot).

1. Bu soruda evli ve bekâr grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Medeni durumu grupları ve tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar (Means Plot).

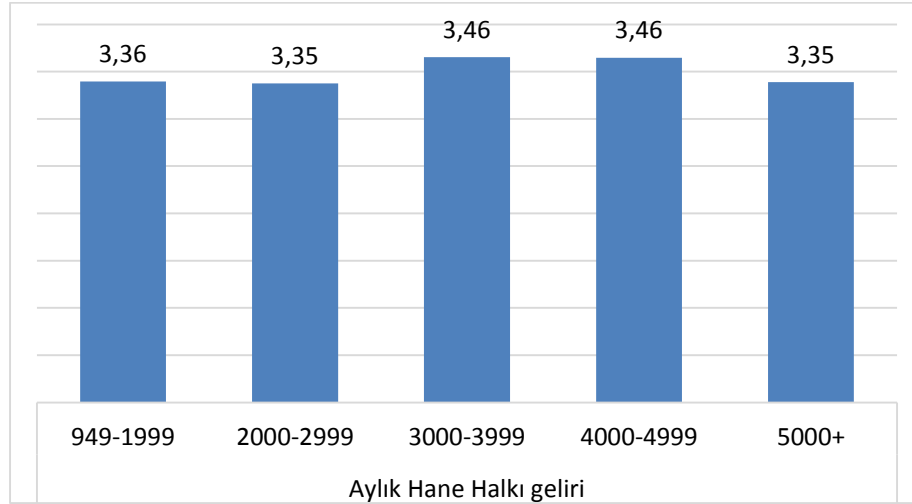
1. Bu soruda evli ve bekâr grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Medeni durumu grupları ve tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum (Means Plot).

1. Bu soruda evli ve bekâr grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Evli grubu bekâr grubuna göre daha yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Aylık hane halkı gelir durumu grup ortalamaları arasındaki farklılıklar

Aylık hane halkı geliri grupları arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.6. Aylık hane halkı geliri gruplarının genel ortalamaları

Aylık hane halkı gelir durumuna göre grupların ortalama düzeyleri arasında önemli bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Aylık hane halkı gelir durumuna göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar MeansPlots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.23. Anova testine göre aylık gelir durumu grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Gruplar arasında	35,038	4	8,760	5,254	,000
	Grup İçinde	626,825	376	1,667		
	Toplam	661,864	380			
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	Gruplar arasında	34,485	4	8,621	6,464	,000
	Grup İçinde	501,458	376	1,334		
	Toplam	535,942	380			

Aylık hane halkı gelir durumuna göre gruplar ve insanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır (Means Plot).

1. Bu soruda 949-1999 grubu ile 4000-4999 ve 5000+ grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. 949-1999 grubu en düşük ortalama düzeyine sahiptir.
3. 4000-4999 grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Aylık hane halkı gelir durumuna göre gruplar ve bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir (Means Plot).

1. Bu soruda 949-1999 grubu ile 3000-3999, 4000-4999 ve 5000+ grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. 949-1999 grubu en düşük ortalama düzeyine sahiptir.
3. 3000-3999 grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Şu an çalışıp çalışmadıklarına göre grup ortalamaları arasındaki farklılıklar

Çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.7. Şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre grupların genel ortalamaları

Şu anda çalışan ve çalışmayan grup ortalamaları birbirine eşit değerdedir.

Şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar MeansPlots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.24. Anova testine göre şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	<i>Gruplar arasında</i>	7,189	1	7,189	5,163	,024
	<i>Grup İçinde</i>	527,761	379	1,393		
	<i>Toplam</i>	534,950	380			
Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar.	<i>Gruplar arasında</i>	7,401	1	7,401	7,945	,005
	<i>Grup İçinde</i>	353,077	379	,932		
	<i>Toplam</i>	360,478	380			

Şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre gruplar ve bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir (Means Plot)

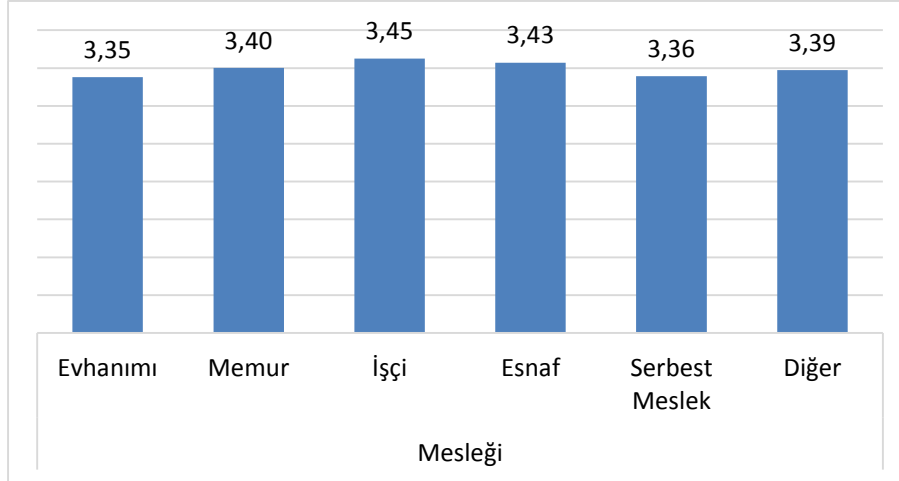
1. Bu soruda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Şu anda çalışanların çalışmayanlara göre ortalama düzeyi daha yüksektir.

Şu anda çalışıp çalışmama durumuna göre gruplar ve referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar (Means Plot).

1. Bu soruda grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Şu anda çalışanların çalışmayanlara göre ortalama düzeyi daha yüksektir.

Meslek durumlarına göre grup ortalamaları arasındaki farklılıklar

Meslek durumuna göre gruplar arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.8. Mesleklerine göre grupların genel ortalamaları

Mesleklerine göre grup ortalamaları arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir.

İşçi grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Meslek gruplarına göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar MeansPlots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.25. Anova testine göre meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

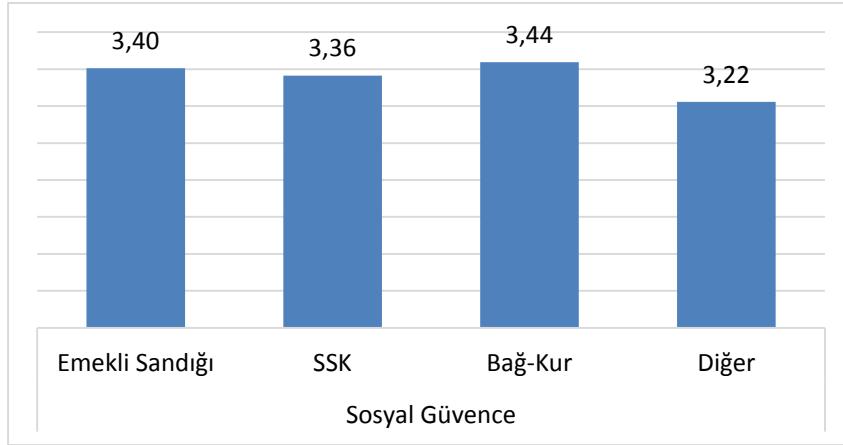
Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	Gruplar arasında	32,126	5	6,425	4,742	,000
	Grup İçinde	513,500	379	1,355		
	Toplam	545,626	384			

Mesleklerine göre gruplar ve bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir (Means Plot)

1. Ev hanımı ve işçi grubu ile diğer grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Sosyal güvence durumlarına göre grup ortalamaları arasındaki farklılıklar

Sosyal güvence durumuna göre gruplar arasındaki farklılıklar araştırılmadan önce ölçek ortalamalarının izlenmesinde yarar görülmüştür.



Şekil 4.9. Sosyal güvencelerine göre grupların genel ortalamaları

Sosyal Güvencelerine göre grup ortalamaları arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir.

Bağ-Kur grubu en yüksek ortalama düzeyine sahiptir.

Sosyal güvencelerine göre gruplar arasında farklılık bulunan sorular aşağıda Anova Test çizelgesinde gösterilmiş olup, p (sig) anlamlılık değeri 0,05 düzeyinden küçüktür. Söz konusu sorularda kategori ortalamaları ile ilgili farklılıklar MeansPlots grafiklerinde de gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.26. Anova testine göre sosyal güvence grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ortalama farklılıkları bulunan sorular

Anova		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Varyans	Anlamlılık Düzeyi
Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararı etkiler.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	8,762 289,173 297,935	3 380 383	2,921 ,761	3,838	,010
Kalite sağlık hizmeti satın alma kararı etkiler.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	6,929 278,904 285,833	3 380 383	2,310 ,734	3,147	,025
Yaşadığım beldeden başka bir belde daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	11,510 272,342 283,852	3 380 383	3,837 ,717	5,353	,001
Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir.	Gruplar arasında Grup İçinde Toplam	12,051 483,908 495,958	3 380 383	4,017 1,273	3,154	,025

Sosyal güvence durumuna göre gruplar ve almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararımı etkiler (Means Plot)

1. Emekli sandığı grubu ile diğer grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Emekli sandığı grubunun ortalama düzeyi daha yüksektir.

Sosyal güvence durumuna göre gruplar ve kalite sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler (Means Plot).

1. Emekli sandığı grubu ile SSK grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
2. Emekli sandığı grubunun ortalama düzeyi daha yüksektir.

Sosyal güvence durumuna göre gruplar ve yaşadığım beldeden başka bir belde daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm (Means Plot)

1. Emekli sandığı grubu ile SSK grubu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Sosyal güvence durumuna göre gruplar ve medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir (Means Plot)

Tüm grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

4.6. Modelde Yer Alan Değişkenlere Ait Bulgular

Modelde yer alan değişkenler; davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranıştır. Bu değişkenlere ait ölçekler, katılımcıların ölçeklerdeki ifadelerine verdikleri cevapların ortalamaları ve ölçeklerin güvenilirlik testi sonuçları aşağıdadır.

Bu kısımda modelimizde yer alan, bağımsız, aracı ve bağımlı değişkenler ile modelin inançlar kısmında yer alan değişkenler ve araştırma sürecinde bu değişkenlerin nasıl ölçüldüğüne ilişkin ön bilgiler bulunmaktadır. Planlı davranış teorisinde, subjektif normlar, davranışa yönelik tutum ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin niyeti açıkladığı varsayılır. Bu değişkenler bağımsız değişkenler başlığı altında incelenmiştir. Modelde niyet

aracı değişken, davranış ise bağımlı değişkendir. Son kısımda, davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarına da yer verilmiştir.

4.6.1. Davranışa yönelik tutum

Niyeti açıklayan değişkenlerdendir. Ankette 4 ifadeden oluşan Likert tipi bir ölçek yardımıyla ölçülmüştür. “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum”, “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar”, “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum”, “Bulunduğum beldeden başka bir beldeye sağlık hizmeti alacaksam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim” ifadeleri kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa değeri 0,737 oldukça güvenilir olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.27’de davranışa yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla sorulan sorulara katılımcıların vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Tutumu ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmeti satın alma ve kullanma konusundaki olumlu ya da olumsuz düşünceleri 4 soru sorularak ölçülmüştür.

Çizelge 4.27’yi incelediğimizde, katılımcıların soruların tamamını cevapladıkları görülmektedir. Bu durumda katılımcıların tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini alma konusunda olumlu düşündüklerini göstermektedir. Çizelgeyi incelediğimizde, katılımcıların genel olarak davranışa yönelik tutumlarının olumlu olduğunu söyleyebiliriz. Sorulardan ortalama olarak en yüksek skorları ise 1 ve 2 nolu ifadeler almıştır. Katılımcılar özellikle tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldıklarında mutlu oldukları, gezerek rahatladıkları şeklindeki sorulara yüksek skor vermişlerdir.

Katılımcılara, tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti aldıklarında neler hissettiklerini 1-5 arası, olumsuzdan olumluya olacak şekilde

değerlendirmeleri istenmiştir. “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum” sorusuna %41’i “katılıyorum”, “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar” sorusuna 45,4’ü “katılıyorum”, “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum” sorusuna %29,1’i “katılmıyorum”, “Bulunduğum beldeden başka bir beldeye sağlık hizmeti alacaksam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim” sorusuna %33’ü “katılıyorum” cevabını vermiştir.

Çizelge 4.27. Davranışa yönelik tutuma ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Davranışa Yönelik Tutum	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığımda mutlu olurum.	24	6,2	97	25	69	17,7	159	41	39	10,1	388	100	3,24
2.Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar.	20	5,2	87	22,4	55	14,2	176	45,4	50	12,8	388	100	3,38
3.Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum.	35	9	113	29,1	110	28,4	103	26,5	27	7	388	100	2,93
4.Bulunduğum beldeden başka bir beldeye sağlık hizmeti alacaksam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim.	36	9,3	117	30,2	72	18,5	128	33	35	9	388	100	3,02

Cronbach Alfa Değeri: 0,737; İfade sayısı: 4

4.6.2. Subjektif norm

Niyeti açıklayan diğer bir değişkendir. Ankette 3 ifadeden oluşan Likert tipi ölçekle incelenmiştir. Ölçekte, “Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez”, “Referans aldığım insanlar tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek tedavi olmam gerekiyorsa gitmem gerektiğini düşünürler” “Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için

bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar” ifadeleri kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa değeri 0,587 düşük güvenilirlikte olarak bulunmuştur.

Subjektif norm, sağlık hizmeti almak için bulunulan beldeden başka bir beldeye gitmenin başkaları tarafından onaylanıp onaylanmayacağı ile ilgili tüketicide oluşan düşüncelerdir. Çizelge 4.28’de katılımcıların sorulan sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Subjektif normu ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmeti satın alma ve kullanma konusundaki olumlu ya da olumsuz düşüncelerini ifade eden 3 soru sorularak ölçülmüştür.

Çizelge 4.28. Subjektif normlara ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Subjektif Normlar	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez.	15	3,9	87	22,4	26	6,7	210	54,1	50	12,9	388	100	3,50
2.Referans aldığım insanlar tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek tedavi olmam gerekiyorsa gitmem gerektiğini düşünürler.	13	3,4	36	9,3	67	17,2	221	57	51	13,1	388	100	3,67
3.Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar.	16	4,1	54	13,9	109	28,1	175	45,1	34	8,8	388	100	3,40

Cronbach Alfa Değeri: 0,587; İfade sayısı: 3

Bu grupta 1. 2. 3. sorulara verilen cevapların hepsinin skorları yüksek olmuştur. Katılımcıların sağlık hizmeti almak için bulundukları beldeden başka bir beldeye gitmeyi zaman kaybı olarak görmedikleri, referans aldıkları insanların tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandıkları, kendilerinin kullanmaları gerektiğinde de buna olumlu baktıkları yönündeki sorulara ortalama olarak daha yüksek skor vermişlerdir.

Katılımcıların %54,1'i "Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez" sorusuna "katılıyorum", %57'si "Referans aldığım insanlar tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek tedavi olmam gerekiyorsa gitmem gerektiğini düşünürler" sorusuna "katılıyorum", %45,1'i "Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar" sorusuna "katılıyorum" cevabını vermiştir.

4.6.3. Algılanan davranışsal kontrol

Algılanan davranışsal kontrol planlı davranış teorisi modelinde hem niyetin hem de davranışın bir tahmincisidir. Ankette 6 ifadeden oluşan Likert tipi ölçekle incelenmiştir. Ölçekte, "Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar", "Tatil yaparken sağlık hizmeti ile birlikte verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ederim" "Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır", "Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir", "Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum", "Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde eninde sonunda o sağlık hizmetini satın alıyorum", ifadeleri kullanılmıştır. Yapılan güvenirlik analizinde Cronbach Alfa değeri 0,637 oldukça güvenilir olarak bulunmuştur.

Algılanan davranışsal kontrol, kullanıcının satın alma davranışını kendisinin gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğine ilişkin algılamalarını ifade etmektedir. Çalışmamızda 6 soru sorularak ölçülmüştür. Çizelge 4.29'da katılımcılara sorulan sorulara katılımcıların vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve cevapların ortalaması görülmektedir. Subjektif normu ölçmek için cevaplar "Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)" 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.29. Algılanan davranışsal kontrole ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Algılanan Davranışsal Kontrol	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar.	28	7,2	98	25,3	68	17,5	153	39,4	41	10,6	388	100	3,21
2.Tatil yaparken sağlık hizmeti de verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ederim.	22	5,7	81	20,8	39	10,1	198	51	48	12,4	388	100	3,44
3.Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır.	18	4,6	96	24,8	34	8,8	170	43,8	70	18	388	100	3,46
4.Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.	41	10,6	113	29,1	41	10,6	167	43	26	6,7	388	100	3,06
5.Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum.	25	6,4	136	35,1	49	12,6	164	42,3	14	3,6	388	100	3,02
6.Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde eninde sonunda o sağlık hizmetini satın alıyorum.	18	4,6	126	32,5	77	19,8	144	37,1	23	5,9	388	100	3,07

Cronbach Alfa Değeri: 0,637; İfade sayısı: 4

Bu grupta 2, 3, 4, 5. sorulara verilen cevapların hepsinin skorları yüksek olmuştur. Katılımcılar, tatil yaparken sağlık hizmeti de verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ettikleri, sağlık hizmeti alma kararının tamamen kendilerine bağlı olduğu, maddi durum ve zamanlarının yeterli olduğu yönündeki sorulara ortalama olarak daha yüksek skor vermişlerdir.

Katılımcılar sorulan soruların tamamını cevaplamışlardır. %39,4'ü "Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar" sorusuna "katılıyorum", %51'i "Tatil yaparken sağlık hizmeti de verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ederim" sorusuna "katılıyorum", %43,8'i "Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek

sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır” sorusuna “katılıyorum”, %43’ü “Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir” sorusuna “katılıyorum”, %37,1’i “Bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde eninde sonunda o sağlık hizmetini satın alıyorum” sorusuna “katılıyorum”, cevabını verirken %32,5’i “katılmıyorum” cevabını vermiştir.

4.6.4. Niyet

Modelde niyet, davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenleriyle davranış arasında yer alan bir aracı değişkendir. Araştırmada niyet değişkeni, katılımcılara sorulan “Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum”, “Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım” şeklindeki oluşturulan iki ifade yardımıyla Likert tipi bir ölçekle ölçülmüştür. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik yapılan analizde Cronbach Alfa değeri 0,917 yüksek güvenilirlikte olarak bulunmuştur.

Niyet, 50 yaş ve üzeri kişilerin başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın almaya yönelik eğilimlerini, yani tüketicilerin belirli bir zaman içerisinde sağlık hizmeti satın almaları hususundaki subjektif olasılığı ifade eder. Yapılan pilot araştırma sonucunda bu süre altı ay olarak belirlenmiştir. Niyet değişkeni 2 ifadenin yardımıyla ölçülmüştür. Çizelge 4.30’da katılımcılara sorulan sorulara katılımcıların vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve cevapların ortalaması görülmektedir. Subjektif normu ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.30. Niyete ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Niyet	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1. Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum.	44	11,3	145	37,4	118	30,4	62	16	19	4,9	388	100	2,63
2. Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın alacağım.	51	13,1	133	34,3	131	33,8	56	14,4	17	4,4	388	100	2,66

Cronbach Alfa Değeri: 0,917; İfade sayısı: 4

Bu gruptaki en yüksek skoru “satın almayı planlıyorum” şeklindeki ifade alırken, en düşük skoru ise “satın alacağım” ifadesi almıştır. Bunun nedeni büyük olasılıkla, birinci ifadenin daha az kesin ve net, ikinci ifadenin ise daha kesin ve net bir durumu ifade ediyor olmalarıdır.

Katılımcılar sorulan soruların tamamını cevaplamışlardır. “Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum.” sorusuna %37,4’ü “katılmıyorum, “Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde her hangi bir sağlık hizmeti satın alacağım” sorusuna ” %34,3’ü “katılmıyorum” cevabını vermiştir.

4.6.5. Davranış

Davranış, katılımcıların anket uygulandığı son bir aylık süre içerisinde sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışını ifade etmektedir. Bu değişken katılımcılarla yapılan ankette, “son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğunuz beldeden başka bir beldeye gittiniz mi” sorusuyla belirlenmiştir ve gitme durumu 1 gitmeme durumu 0 olarak puanlanmıştır.

Gerçek satın alma davranışı, katılımcıların geçmiş bir yıllık sürede başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın alıp almadıklarını belirlemeye yönelik bir değişkendir. “Satın almadım” cevabının “0” “Satın aldım” cevabının “ 1” olarak puanlandırıldığı iki puanlamalı bir soru ile katılımcıların ilgili zaman aralığında başka bir belde sağlık hizmeti satın alıp almadıkları belirlenmiştir. Bu değişken için verilen cevaplar çizelge 4.31’de verilmiştir.

Çizelge 4.31. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti satın alma davranışına yönelik soruya verilen cevaplar

Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğunuz beldeden başka bir beldeye gittiniz mi?	Evet	Hayır	Toplam
Sayı	68	311	379
%	17,9	82,1	100

4.7. Modelde Yer Alan İnançlara Ait Bulgular

Katılımcıların davranışsal inançlar, çıktı değerlendirme, normatif inanç, normlara uyma motivasyonu, kontrol inançları, kontrol faktörlerinin gücü değişkenleri ile ilgili sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve aritmetik ortalaması verilmiştir.

4.7.1. Davranışsal inançlar ve çıktı değerlendirme

Davranışsal inançlar, modelin inançlar boyutunda yer alırlar ve davranışa yönelik tutumu oluştururlar. Başka bir beldeye sağlık hizmeti satın almanın spesifik çıktılarına yol açacağına yönelik inançlardır. Araştırmada katılımcılara sorulan “İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır”, “Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir”, “Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler”, “Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir” şeklinde oluşturulan dört ifade yardımıyla Likert tipi bir ölçekle ölçülmüştür. Cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik yapılan analizde Cronbach Alfa değeri 0,664 “oldukça güvenilir” olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.32’de katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve aritmetik ortalaması görülmektedir. Katılımcılar sorulan soruların tamamını cevaplamışlardır. “İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır” sorusuna %49’u “katılıyorum”, “Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir” sorusuna ” %52’si “katılıyorum”, “Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan

insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler” sorusuna ” %34’ü “katılmıyorum”, “Başka bir belde de sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir” sorusuna %38’i “katılmıyorum” cevabını vermiştir.

Katılımcılar 1. ve 2. sorulara katıldıklarını, 3. ve 4. sorulara katılmadıklarını belirtmişlerdir. Katılmadıkları 3 no.lu soru başka bir belde de sağlık hizmeti almanın bir prestij göstergesi olduğuna inanma durumunu sorgulamaktadır. Verilen cevaplar katılımcıların böyle bir inançları olmadığını göstermektedir. 4 no.lu soru başka bir belde de sağlık hizmeti almanın katılımcılara kendilerini daha sağlıklı hissettirdiğine ilişkin inançlarını sorgulamaktadır. Verilen cevaplar katılımcıların böyle bir inançları olmadığını göstermektedir. 3,28 ortalama ile en yüksek katılma eğilimiyle ifade edilen davranışsal inanç ifadesi ise, yaşadığı belde den başka bir belde ye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir şeklindeki inançtır.

Çizelge 4.32. Davranışsal inanca ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Davranışsal inanç	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1. İnsanların yaşadıkları belde den başka bir belde ye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	61	16	79	20	17	4	189	49	42	11	388	100	3,19
2. Yaşadığı belde den başka bir belde ye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	28	7	76	20	62	16	203	52	19	5	388	100	3,28
3. Başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	39	10	132	34	80	21	113	29	24	6	388	100	2,72
4. Başka bir belde de sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	46	12	149	38	81	21	91	24	21	5	388	100	2,87

Cronbach Alfa Değeri: 0,664; İfade sayısı: 4

Çıktı değerlendirme, davranışsal inanç neticesinde ortaya konulan davranışa yönelik tutum oluştuğunda yani başka bir belde de sağlık hizmeti satın alındığında bunun yol açacağı çıktılara yönelik oluşacak davranışsal inançlara ait değerlendirmelerdir. Araştırmada katılımcılara sorulan “Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için

önemlidir”, “Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir”, “Sağlıklı olmak benim için önemlidir”, “Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir” şeklinde oluşturulan dört ifade yardımıyla Likert tipi bir ölçekle ölçülmüştür. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik yapılan analizde Cronbach Alfa değeri 0,470 “düşük güvenilirlikte” olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.33. Çıktı değerlendirmeye ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Çıktı Değerlendirme	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için önemlidir.	13	3,4	30	7,6	20	5,2	233	60,1	92	23,7	388	100	3,93
2.Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir.	23	5,9	15	3,8	15	3,9	202	52,1	133	34,3	388	100	4,05
3.Sağlıklı olmak benim için önemlidir.	15	3,8	8	2,1	5	1,3	175	45,1	185	47,7	388	100	4,31
4.Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir.	65	16,8	181	46,6	42	10,8	59	15,2	41	10,6	388	100	2,56

Cronbach Alfa Değeri: 0,470; İfade sayısı: 4

Çizelge 4.33’de katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Çıktı değerlendirmeyi ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Katılımcılar soruların tamamını cevaplamışlardır. 1. soruda “Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için önemlidir” sorusuna %60,1’i “katılıyorum” demiştir. 2. soruda “Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir” sorusuna %52,1’i “katılıyorum”, %34,3’ü “kesinlikle katılıyorum” diyerek %86,4’ü 4,05 ortalamayla paranın kendileri için önemini ifade etmişlerdir. 3. soruda “Sağlıklı olmak benim için önemlidir” sorusuna ” %45,1’i “katılıyorum”, %47,7’si “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %92,8’i 4,31 ortalamayla sağlıklı olmanın kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. “Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir” sorusuna %46,6’sı “katılmıyorum” %16,8’i “kesinlikle katılmıyorum” diyerek toplamda %63,4’ü 2,56 ortalamayla çevrede dikkat çekmenin kendileri için önemli olmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların önem verdikleri

üç çıktının; yaptığı şeylerden zevk almak, gereksiz yere para harcamamak ve sağlıklı olmak olduğu görülmektedir. Daha az önem verdikleri çıktının ise çevrelerinde dikkat çekmek olduğu görülmektedir.

4.7.2. Normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu

Normatif inançlar, modelin inançlar boyutunda yer alırlar ve subjektif normları oluştururlar. Spesifik bir referansın kişinin davranışıyla ilgili yönlendirmeleri, düşünceleri, değerlendirmeleri konusunda tüketicide oluşan inançlardır. Araştırmada katılımcılara sorulan “Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım”, “Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir”, “Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar”, “Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur” şeklinde dört ifadeden oluşan Likert tipi bir ölçek yardımıyla incelenen bu değişkene ait ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,696 “oldukça güvenilir” olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.34’de katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.34. Normatif inançlara ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Normatif İnançlar	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	27	7	80	20	42	11	193	50	46	12	388	100	3,39
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	35	9	98	25	56	14	170	44	29	8	388	100	3,15
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	22	6	62	16	79	20	181	47	44	11	388	100	3,42
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	31	8	84	22	86	22	141	36	46	12	388	100	3,22

Cronbach Alfa Değeri: 0,696; İfade sayısı: 4

Normlara uyma motivasyonu, normatif inançlarla beraber subjektif normları oluşturur. Bireyin herbir referansın görüşlerinin kendisi için ne kadar önemli olduğunu, davranışı gerçekleştirmek için çevresindeki kişilerden hangilerinin görüşlerine daha çok önem vereceğini gösterir. Her bir referansın görüşlerinin kendileri için ne kadar önemli olduğunu sormak suretiyle hesaplanmıştır. Araştırmada katılımcılara sorulan “Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir”, “Ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir”, “Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir”, “Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir” şeklinde dört ifadeden oluşan Likert tipi bir ölçek yardımıyla incelenen bu değişkene ait ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,577 “düşük güvenilirlikte” olarak bulunmuştur.

Katılımcılar, referans aldığı kişilerin yani akrabalar, aile dostları ve akrabalar haricindeki çevrelerinin kendilerinin başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almalarını ve

kullanmalarını yadırgamayacakları ve kendilerine göre inançlarının da bunu engellemeyeceği inancını taşımaktadırlar. Katılımcılar ortalamalar itibariyle ölçekte yer alan diğer ifadelere katıldıkları yönünde cevaplar vermişlerdir.

Çizelge 4.35. Normlara uyma motivasyonuna ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Normlara Uyma Motivasyonu	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir.	31	8	125	32,2	66	17	137	35,3	29	7,5	388	100	3,02
2.Ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir.	9	2,3	31	8	19	4,9	254	65,5	75	19,3	388	100	3,91
3.Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir.	14	3,6	62	16	32	8,3	238	61,3	42	10,8	388	100	3,6
4.Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir.	10	2,6	23	5,9	15	3,9	193	49,7	147	37,9	388	100	4,14

Cronbach Alfa Değeri: 0,577, İfade sayısı: 4

Çizelge 4.35’de katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Normlara uyma motivasyonunu ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Katılımcılar soruların tamamını cevaplamışlardır. 1. soruda “Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir” sorusuna %35,3’ü “katılıyorum” derken %32,2’si “katılmıyorum” demiştir. Bu da bize medya yoluyla verilecek mesajların hedef kitemize ulaşmada yalnız başına yeterli olmayacağını göstermektedir. 2. soruda “Ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir” sorusuna %65,5’i “katılıyorum”, %19,3’ü “kesinlikle katılıyorum” diyerek %84,8’i yakın çevrelerinin görüşlerinin kendileri için önemini ifade etmişlerdir. 3. soruda “Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir” sorusuna %61,3’ü “katılıyorum”, diyerek yakın çevreleri dışındaki kimselerin görüşlerinin de kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. 4. soruda “Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir” sorusuna %49,7’si “katılıyorum” %37,9’u “kesinlikle

katılıyorum” diyerek toplamda %87,6’sı 4,14 ortalamayla sahip olduğu inançların kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların önem verdikleri üç konunun; Aile ve akraba çevrelerinin görüşleri, Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri ve sahip olduğu inançlarının gerekleri olduğu görülmektedir. Daha az önem verdikleri konunun ise medyada yer alan mesajlar olduğu görülmektedir.

4.7.3. Kontrol inançları ve kontrol faktörlerinin algılanan gücü

Kontrol inançları, modelin inançlar boyutunda yer alır ve Algılanan davranışsal kontrolü oluşturan inançlardır. Başka bir belde de sağlık hizmeti satın alma performansını kolaylaştırabilecek ya da zorlaştırabilecek faktörlerin varlığı durumunda davranışla ilişkilendirdikleri inançları ifade eder. Araştırmada katılımcılara sorulan “Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur”, “Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim”, “Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinde edindiğim bilgiler benim için önemlidir”, “İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım”, “İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım”, “İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım” şeklinde altı ifadeden oluşturulan Likert tipi bir ölçek yardımıyla incelenen bu değişkene ait ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,752 “oldukça güvenilir” olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.36’da katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Çıktı değerlendirmeyi ölçmek için cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Katılımcılar soruların tamamını cevaplamışlardır. 1. soruda “Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o

turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur” sorusuna %60’ı “katılıyorum” demiştir. 2. soruda “Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.” sorusuna %59’u “katılıyorum”, %22’si “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %81’i eğer tedavi olabilecekleri iyi bir tedavi metodu başka bir belde de olsa gidip kullanabileceklerini ifade etmişlerdir. 3. soruda “Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiği bilgiler benim için önemlidir” sorusuna %62’si “katılıyorum”, %21’i “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %83’ü sağlık personelinin alacakları bilgilerin kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. 4. soruda “İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım” sorusuna %42’si “katılıyorum” cevabını vermiştir. 5. soruda “İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.” sorusuna %63’ü “katılıyorum”, %19’u “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %82’si sağlık hizmeti satın alırken kolay ulaşabilmeye önem verdiklerini ifade etmişlerdir. 6. soruda “İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım” sorusuna %53’ü “katılıyorum” cevabını vermiştir. Katılımcıların sağlık hizmeti alacakları kurumları tercih ederken; tanıdıkları insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesislere, uygulanan tedavi metodunun iyi netice veriyor olmasına, sağlık personelinin edindiği bilgilere, kolay ulaşabilme durumuna, tanınmış bir sağlık kurumu olmasına önem verdikleri. Daha az önem verdikleri konunun ise fiyatlarda kampanya yapılması olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.36. Kontrol inançlarına ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Kontrol İnançları	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	19	5	61	16	44	11	232	60	32	8	388	100	3,51
2.Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	15	4	32	8	26	7	230	59	85	22	388	100	3,87
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	12	3	29	8	23	6	241	62	83	21	388	100	3,91
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düşüğünde başka bir beldeye de olsa o hizmetlerden satın alırım.	21	5	112	29	60	16	161	42	34	9	388	100	3,19
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	17	4	30	8	25	6	244	63	72	19	388	100	3,84
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	12	3	67	17	49	13	207	53	53	14	388	100	3,57

Cronbach Alfa Değeri: 0,577; İfade sayısı: 4

Kontrol faktörlerinin gücü, hangi kontrol inançlarının bireyin davranışını ne kadar etkilediğini anlamaya yönelik algılanan güç düzeyi, katılımcıların başka bir beldeye sağlık hizmeti satın alma isteğini kolaylaştıracak ya da zorlaştıracak kontrol inançlarında belirtilen her bir faktörün satın alma kararlarını ne sıklıkla etkilediği ile ilgilidir. Araştırmada katılımcılara sorulan “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanmada sağlık hizmetinin fiyatı satın alma kararımı etkiler”, “Çevremdekilerin başka bir beldedeki sağlık hizmetini satın alıyor olması tedavi için bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alma kararımı etkiler”, “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almamı o beldedeki sağlık hizmeti çeşitliliği etkiler”, “Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan

kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararı etkiler”, “Bulduğum belde tedavi olmaksızın başka bir beldeye gitmek tedavi olmayı tercih ederim”, “Reklamlar sağlık hizmeti satın alma kararı etkiler”, “Kalite sağlık hizmeti satın alma kararı etkiler”, “Yaşadığım beldeye başka bir beldeye daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm” şeklindeki sekiz ifadede oluşan Likert tipi bir ölçek yardımıyla incelenen bu değişkene ait ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,754 “oldukça güvenilir” olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.37. Kontrol faktörlerinin gücüne ilişkin sorulara yanıt veren kişi sayısı ve verilen yanıtların yüzde dağılımları

Kontrol Faktörlerinin Gücü	Kesinlikle Katılmıyorum	%	Katılmıyorum	%	Fikrim Yok	%	Katılıyorum	%	Kesinlikle Katılıyorum	%	Toplam	%	Ortalama
1.Tedavi için bulunduğum beldeye başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanmada sağlık hizmetinin fiyatı satın alma kararı etkiler.	12	3,1	36	9,3	38	9,8	225	58	77	19,8	388	100	3,82
2.Çevremdekilerin başka bir beldeye sağlık hizmetini satın alıyor olması tedavi için bulunduğum beldeye o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alma kararı etkiler.	22	5,7	84	21,7	47	12,1	200	51,5	35	9	388	100	3,37
3.Tedavi için bulunduğum beldeye başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almamı o beldeye sağlık hizmeti çeşitliliği etkiler.	12	3,1	70	18	56	14,5	206	53,1	44	11,3	388	100	3,52
4.Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararı etkiler.	8	2,1	34	8,7	35	9	244	62,9	67	17,3	388	100	3,85
5.Bulduğum beldeye tedavi olmaksızın başka bir beldeye gitmek tedavi olmayı tercih ederim.	62	16	155	39,9	64	16,5	85	21,9	22	5,7	388	100	2,61
6.Reklamlar sağlık hizmeti satın alma kararı etkiler.	34	8,8	100	25,8	52	13,4	162	41,8	40	10,3	388	100	3,19
7.Kalite sağlık hizmeti satın alma kararı etkiler.	10	2,6	20	5,2	19	4,8	240	61,9	99	25,5	388	100	4,03
8.Yaşadığım beldeye başka bir beldeye daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm.	11	2,8	19	4,9	30	7,8	246	63,4	82	21,1	388	100	3,95

Cronbach Alfa Değeri: 0,754; İfade sayısı: 4

Çizelge 4.37’de katılımcıların sorulara vermiş oldukları cevapların katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve ortalaması görülmektedir. Cevaplar “Kesinlikle katılmıyorum (1) - Kesinlikle katılıyorum (5)” 5 seçenekli ve rakam arttıkça olumlu yönde ilerleyen (Örnek 1= kötü, 5= iyi) beşli Likert anlam farklılığı ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir.

Katılımcılar soruların tamamını cevaplamışlardır. 1. soruda “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanmada sağlık hizmetinin fiyatı satın alma kararımı etkiler.” sorusuna %58’i “katılıyorum” cevabını vermiştir. 2. soruda “Çevremdekilerin başka bir beldedeki sağlık hizmetini satın alıyor olması tedavi için bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alma kararımı etkiler” sorusuna %51,5’i “katılıyorum” cevabını vermiştir. 3. soruda “Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almamı o beldedeki sağlık hizmeti çeşitliliği etkiler” sorusuna %53,1’i “katılıyorum” cevabını vermiştir. 4. soruda “Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararımı etkiler” sorusuna %62,9’u “katılıyorum”, %17,3’ü “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %80,2’si sağlık hizmeti satın alırken sağlık personelinin verdikleri bilgilere önem verdiklerini ifade etmişlerdir. 5. soruda “Bulunduğum beldede tedavi olmaktansa başka bir beldede tatil yaparak tedavi olmayı tercih ederim” sorusuna %39,9’u “katılmıyorum”, %16’sı “kesinlikle katılmıyorum” diyerek toplamda %55,9’u tatil amaçlı başka bir beldede sağlık hizmeti satın almayı tercih etmediklerini ifade etmişlerdir. 6. soruda “Reklamlar sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler” sorusuna %41,8’i “katılıyorum” cevabını vermiştir. 7. soruda “Kalite sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler” sorusuna %61,9’u “katılıyorum”, %25,5’i “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %87,4’ü sağlık hizmeti satın alırken alacakları hizmetin kalitesine önem verdiklerini ifade etmişlerdir. 8. soruda “Yaşadığım beldeden başka bir beldede daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm” sorusuna %63,4’ü “katılıyorum”, %21,1’i “kesinlikle katılıyorum” diyerek toplamda %84,5’i sağlık hizmeti satın alırken daha önce aldıkları ve memnun kaldıkları sağlık hizmetini tekrar tercih edeceklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların sağlık hizmeti alacakları kurumları tercih ederken; fiyata, sağlık personelinin görüşlerine, kaliteye ve geçmişte memnun kaldıkları hizmeti tekrar tercih etmeye önem

verdikleri, daha az önem verdikleri konunun ise tatil yaparak sağlık hizmeti almak olduğu görülmektedir.

4.8. Demografik Gruplar ve İnançlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmada planlı davranış teorisi modelindeki inançlar; davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarıdır. Araştırma modelimizde katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hane halkı geliri gibi demografik değişken gruplarının inançlarla arasındaki ilişki incelenmiştir.

4.8.1. Cinsiyet ve inançlar

Cinsiyet ve davranışsal inançlar

Katılımcıların cinsiyetleri yönüyle davranışsal inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1 numaralı soruya verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Çizelge 4.38’de ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.38. Cinsiyet ve davranışsal inanç arasındaki ilişki

Cinsiyet/Davranışsal İnanç	Cinsiyet Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Kadın	3,03	1,338	0,052
	Erkek	3,29	1,286	
2.Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	Kadın	3,24	1,080	0,564
	Erkek	3,31	1,051	
3.Başka bir beldede sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	Kadın	2,78	1,158	0,176
	Erkek	2,94	1,101	
4.Başka bir beldede sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	Kadın	2,68	1,141	0,489
	Erkek	2,75	1,091	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır” ifadesine katılma durumları açısından kadınlar ve erkeklerin verdiği cevaplarda 0,052 anlamlılık düzeyinde farklılık bulunmuştur. Ortalamalara bakıldığında,

erkeklerin bu ifadeye katılma oranının daha yüksek olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle, erkekler kadınlara kıyasla insanların yaşadıkları beldeden başka birへへへへへ giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır yönündeki ifadeye daha fazla katılma eğilimi göstermektedirler.

Cinsiyet ve normatif inançlar

Katılımcıların cinsiyetleri yönüyle normatif inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1, 2, 3 ve 4 numaralı sorulara verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çizelge 4.39’da ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.39. Cinsiyet ve normatif inanç arasındaki ilişki

Cinsiyet/Normatif İnançlar	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	Kadın	3,39	1,155	0,981
	Erkek	3,39	1,144	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	Kadın	3,19	1,168	0,576
	Erkek	3,13	1,144	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	Kadın	3,45	1,080	0,644
	Erkek	3,40	1,055	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	Kadın	3,24	1,174	0,849
	Erkek	3,21	1,139	

Cinsiyet ve kontrol inançları

Katılımcıların cinsiyetleri yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 3 numaralı soruya verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında 0,056 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Çizelge 4.40’da ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.40. Cinsiyet ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Cinsiyet/Kontrol İnançları	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	Kadın	3,56	0,989	0,373
	Erkek	3,47	1,030	
2.Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	Kadın	3,96	0,927	0,150
	Erkek	3,81	1,004	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	Kadın	4,02	0,812	0,056
	Erkek	3,84	0,982	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	Kadın	3,22	1,114	0,706
	Erkek	3,18	1,113	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	Kadın	3,89	0,869	0,370
	Erkek	3,80	1,025	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	Kadın	3,52	1,058	0,391
	Erkek	3,61	1,003	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre; “Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir” ifadesine katılımcıların verdikleri cevaplara bakıldığında kadınların sağlık hizmeti alacakları tesisi tercih ederken sağlık personelinin aldıkları bilgilerden erkeklere göre daha fazla etkilendikleri söylenebilir

4.8.2. Yaş ve inançlar

Yaş ve davranışsal inançlar

Katılımcıların yaş grupları yönüyle davranışsal inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 3 numaralı soruya verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında 0,051 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu görülmüştür. Çizelge 4.41’de ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.41. Yaş ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Yaş/Davranışsal İnanç	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1. İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	50-54	3,24	1,292	0,776
	55-59	3,09	1,303	
	60-64	3,07	1,296	
	65-69	3,25	1,653	
	70-74	3,80	1,643	
	75+	3,00	1,414	
2. Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	50-54	3,28	1,046	0,181
	55-59	3,23	1,049	
	60-64	3,22	1,140	
	65-69	3,69	1,138	
	70-74	4,20	0,447	
	75+	2,86	0,900	
3. Başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	50-54	2,82	1,106	0,051
	55-59	2,77	1,062	
	60-64	2,93	1,255	
	65-69	3,38	0,957	
	70-74	3,40	1,140	
	75+	3,86	1,215	
4. Başka bir belde de sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	50-54	2,67	1,021	0,906
	55-59	2,82	1,185	
	60-64	2,78	1,243	
	65-69	2,81	1,377	
	70-74	2,80	1,304	
	75+	2,57	1,397	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“Başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler” ifadesine katılma durumları açısından 50-54, 55-59 ve 60-64 yaş grubundaki katılımcılarla 65-69, 70-74 ve 75+ yaş grubundaki katılımcılar arasında farklılık bulunmuştur. 65-69, 70-74 ve 75+ yaş grubundaki katılımcılar, 50-54, 55-59 ve 60-64 yaş grubundaki katılımcılara kıyasla başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanların çevrelerinde dikkat çekecekleri ve fark edileceklerini düşündükleri görülmektedir. Genel olarak ortalamalara bakıldığında, yaş arttıkça bu ifadeye katılma oranının yükseldiği söylenebilir.

Yaş ve normatif inançlar

Katılımcıların yaş grupları yönüyle normatif inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1, 2, 3 ve 4 numaralı ifadelerle verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı

görülmüştür. Çizelge 4.42’de ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.42. Yaş ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Yaş/Normatif İnanç	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	50-54	3,34	1,107	0,167
	55-59	3,34	1,197	
	60-64	3,38	1,197	
	65-69	3,81	1,109	
	70-74	4,40	0,548	
	75+	3,86	1,345	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	50-54	3,08	1,120	0,347
	55-59	3,33	1,163	
	60-64	3,14	1,206	
	65-69	3,06	1,340	
	70-74	4,00	1,000	
	75+	3,29	1,254	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	50-54	3,36	1,026	0,137
	55-59	3,48	1,096	
	60-64	3,36	1,087	
	65-69	3,69	1,250	
	70-74	4,60	0,548	
	75+	3,57	1,272	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	50-54	3,15	1,143	0,254
	55-59	3,20	1,159	
	60-64	3,43	1,126	
	65-69	3,31	1,250	
	70-74	4,20	0,447	
	75+	3,29	1,496	

Yaş ve kontrol inançları

Katılımcıların yaş grupları yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 5 numaralı ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında 0,049 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çizelge 4.43’de ilgili sorular ve yaş gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.43. Yaş ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Yaş/Kontrol İnançları	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	50-54	3,41	1,026	0,110
	55-59	3,71	0,922	
	60-64	3,62	0,970	
	65-69	3,38	1,258	
	70-74	4,20	0,447	
	75+	3,29	1,254	
2.Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	50-54	3,87	0,930	0,108
	55-59	3,71	1,100	
	60-64	3,90	0,986	
	65-69	4,19	0,981	
	70-74	4,60	0,548	
	75+	4,43	0,535	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	50-54	3,89	0,924	0,120
	55-59	3,84	0,980	
	60-64	3,88	0,938	
	65-69	4,25	0,447	
	70-74	4,80	0,447	
	75+	4,29	0,488	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	50-54	3,20	1,082	0,143
	55-59	3,09	1,123	
	60-64	3,12	1,186	
	65-69	3,75	1,125	
	70-74	4,00	0,707	
	75+	2,86	1,215	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	50-54	3,87	0,925	0,049
	55-59	3,72	0,973	
	60-64	3,64	1,135	
	65-69	4,31	0,479	
	70-74	4,20	1,095	
	75+	4,43	0,787	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	50-54	3,58	0,996	0,689
	55-59	3,47	1,072	
	60-64	3,64	1,103	
	65-69	3,56	1,031	
	70-74	4,20	0,837	
	75+	3,43	0,976	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım” ifadesine katılma durumları açısından, 50-54, 55-59 ve 60-64 yaş grubu ve 65-69, 70-74, ve 75+ yaş gruplarındaki katılımcılar olarak 2 grup oluşmuştur. Bu gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 65-69, 70-74, ve 75+ yaş gruplarındaki katılımcılar İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım şeklindeki kontrol inancını diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre daha güçlü olarak taşımaktadırlar.

4.8.3. Eğitim ve inançlar

Eğitim ve davranışsal inançlar

Katılımcıların eğitim durumları yönüyle davranışsal inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1, 2, 3 ve 4 numaralı ifadeler verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çizelge 4.44’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.44. Eğitim ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Eğitim/Davranışsal İnanç	Cinsiyet Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1. İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	İlkokul	2,80	1,323	0,16
	Ortaokul	2,68	1,464	
	Lise	3,33	1,178	
	Lisans	3,29	1,288	
	Y. Lisans+	3,36	1,350	
2. Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	İlkokul	3,24	1,104	0,554
	Ortaokul	2,96	0,89	
	Lise	3,29	0,997	
	Lisans	3,35	1,108	
	Y. Lisans+	3,30	1,049	
3. Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	İlkokul	3,08	1,250	0,167
	Ortaokul	3,20	1,155	
	Lise	2,71	1,063	
	Lisans	2,81	1,115	
	Y. Lisans+	2,92	1,088	
4. Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	İlkokul	2,83	1,248	0,537
	Ortaokul	2,68	1,314	
	Lise	2,85	1,171	
	Lisans	2,68	1,057	
	Y. Lisans+	2,56	0,974	

Eğitim ve normatif inançlar

Katılımcıların eğitim durumları yönüyle normatif inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 3 numaralı ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında 0,047 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çizelge 4.45’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.45. Eğitim ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Eğitim/Normatif İnanç	Cinsiyet Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	İlkokul	3,66	1,154	0,091
	Ortaokul	3,20	1,323	
	Lise	3,57	0,975	
	Lisans	3,30	1,135	
	Y. Lisans+	3,23	1,231	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	İlkokul	3,34	1,154	0,583
	Ortaokul	2,92	1,288	
	Lise	3,16	1,040	
	Lisans	3,17	1,176	
	Y. Lisans+	3,08	1,159	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	İlkokul	3,66	1,092	0,047
	Ortaokul	3,16	1,281	
	Lise	3,33	1,107	
	Lisans	3,51	0,963	
	Y. Lisans+	3,17	1,106	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	İlkokul	3,51	1,135	0,250
	Ortaokul	3,04	1,172	
	Lise	3,17	1,143	
	Lisans	3,24	1,159	
	Y. Lisans+	3,08	1,159	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar” ifadesine katılma durumları açısından, ilkokul ve ortaokul-Y. Lisans+ mezunu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlkokul mezunu katılımcılar ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar şeklindeki davranışsal inancı ortaokul-Y. Lisans+ grubundaki katılımcılara göre daha güçlü olarak taşımaktadırlar. Aynı zamanda bu ifadeye katılım oranının en düşük olduğu grubun ortaokul-Y. Lisans+ mezunu grup olduğu görülmüştür.

Eğitim ve normatif inançlar arasındaki ilişki incelenirken normatif inançları ölçmeye yönelik ifadeler verilen cevaplarda ortaokul mezunu ve yüksek lisans+ mezunu grupların en düşük katılım oranına sahip gruplar olarak benzeştikleri görülmüştür. Aynı zamanda dört normatif inanç ifadesinde de en yüksek katılımın ilkokul mezunu grupta olduğu görülmüştür.

Eğitim ve kontrol inançları

Katılımcıların eğitim durumları yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1, 2, 3 ve 4 numaralı ifadelerle verilen cevaplara bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çizelge 4.46'da ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.46. Eğitim ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Eğitim/Kontrol İnançları	Cinsiyet Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	İlkokul	3,71	0,983	0,292
	Ortaokul	3,32	0,988	
	Lise	3,41	1,092	
	Lisans	3,56	0,934	
	Y. Lisans+	3,41	1,123	
2.Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	İlkokul	3,97	1,114	0,531
	Ortaokul	3,60	1,155	
	Lise	3,85	0,783	
	Lisans	3,91	0,862	
	Y. Lisans+	3,80	1,224	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	İlkokul	4,12	0,984	0,101
	Ortaokul	3,72	0,980	
	Lise	3,73	0,977	
	Lisans	3,89	0,834	
	Y. Lisans+	4,02	0,951	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düşüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	İlkokul	3,25	1,168	0,352
	Ortaokul	3,08	1,256	
	Lise	3,36	1,035	
	Lisans	3,17	1,085	
	Y. Lisans+	2,98	1,148	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	İlkokul	3,90	1,062	0,339
	Ortaokul	3,52	1,005	
	Lise	3,75	1,028	
	Lisans	3,85	0,875	
	Y. Lisans+	3,95	0,999	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	İlkokul	3,71	0,966	0,089
	Ortaokul	3,16	1,248	
	Lise	3,56	0,976	
	Lisans	3,51	0,988	
	Y. Lisans+	3,77	1,095	

4.8.4. Medeni durum ve inançlar

Medeni durum ve davranışsal inançlar

Katılımcıların medeni durum grupları yönüyle davranışsal inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1, 3 ve 4 numaralı ifadeler katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında sırasıyla 0,018, 0,052 ve 0,022 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çizelge 4.47’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.47. Medeni durum ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Medeni Durum/Davranışsal İnanç	Cinsiyet Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Bekâr	2,69	1,430	0,018
	Evli	3,23	1,292	
2.Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	Bekâr	3,03	1,272	0,137
	Evli	3,31	1,040	
3.Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	Bekâr	2,51	1,147	0,052
	Evli	2,90	1,123	
4.Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	Bekâr	2,31	1,022	0,022
	Evli	2,77	1,117	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır” ifadesine katılma durumları açısından, bekâr ve evli gruplarındaki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Evli katılımcılar bekâr katılımcılara kıyasla insanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır şeklindeki ifadeye daha yüksek katılma eğilimi göstermişlerdir.

“Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler” ifadesine katılma durumları açısından, bekâr ve evli gruplarındaki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Evli katılımcılar bekâr katılımcılara kıyasla başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler şeklindeki ifadeye daha yüksek katılma eğilimi göstermişlerdir.

“Başka bir beldede sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir” ifadesine katılma durumları açısından, bekâr ve evli gruplarındaki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Evli katılımcılar bekâr katılımcılara kıyasla başka bir beldede sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir şeklindeki ifadeye daha yüksek katılma eğilimi göstermişlerdir.

Evli katılımcıları bekâr katılımcılara kıyasla davranışsal inanç ifadelerine daha fazla katılma eğilimi göstermişlerdir. Hem bekârların hem de evlilerin davranışsal inanç ifadelerine katılımlarının düşük olduğu gözlenmiştir.

Medeni durum ve normatif inançlar

Katılımcıların medeni durum grupları yönüyle normatif inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre normatif inanç ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.48’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.48. Medeni durum ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Medeni Durum/Normatif İnançlar	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	Bekâr	3,34	1,136	0,796
	Evli	3,4	1,149	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	Bekâr	3,37	0,973	0,258
	Evli	3,14	1,167	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	Bekâr	3,37	1,087	0,77
	Evli	3,43	1,066	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	Bekâr	3,03	1,2	0,288
	Evli	3,25	1,151	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

Medeni durum değişkeni itibariyle normatif inanç ifadelerine verilen cevaplar açısından, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. 1, 3 ve 4. İfadelere evlilerin bekârlara

kıyasla daha yüksek oranda katıldıkları, 2. İfadeye ise bekârların evlilere kıyasla daha yüksek oranda katıldıkları görülmüştür.

Medeni durum ve kontrol inançları

Katılımcıların medeni durum grupları yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1 numaralı ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında 0,040 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çizelge 4.49’da ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.49. Medeni durum ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Medeni Durum/Kontrol İnançları	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	Bekâr	3,17	1,294	0,040
	Evli	3,54	0,981	
2.Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	Bekâr	3,89	0,963	0,946
	Evli	3,87	0,977	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	Bekâr	4,06	0,906	0,334
	Evli	3,90	0,918	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	Bekâr	3,29	1,152	0,596
	Evli	3,18	1,114	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	Bekâr	3,83	0,985	0,976
	Evli	3,83	0,968	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	Bekâr	3,31	1,157	0,122
	Evli	3,60	1,027	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur” ifadesine katılma durumları açısından, bekâr ve evli gruplarındaki katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Evli katılımcılar bekâr katılımcılara kıyasla tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur şeklindeki ifadeye daha yüksek katılma eğilimi göstermişlerdir.

4.8.5. Gelir ve inançlar

Hane halkı geliri ve davranışsal inançlar

Katılımcıların hane halkı geliri grupları yönüyle davranışsal inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre 1 numaralı ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında 0,000 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çizelge 4.50’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.50. Hane halkı geliri ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Hane Halkı Geliri/Davranışsal İnanç	Gelir Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	949-1999	2,69	1,316	0,000
	2000-2999	3,24	1,320	
	3000-3999	3,15	1,379	
	4000-4999	3,56	1,181	
	5000+	3,51	1,165	
2.Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	949-1999	3,11	1,077	0,143
	2000-2999	3,15	1,108	
	3000-3999	3,42	1,011	
	4000-4999	3,49	0,935	
	5000+	3,34	1,114	
3.Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	949-1999	3,01	1,208	0,632
	2000-2999	2,76	1,041	
	3000-3999	2,90	1,179	
	4000-4999	2,79	1,103	
	5000+	2,85	1,123	
4.Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	949-1999	2,74	1,160	0,164
	2000-2999	2,52	1,183	
	3000-3999	2,83	1,160	
	4000-4999	2,95	1,068	
	5000+	2,60	0,995	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

“İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır” ifadesine katılma durumları açısından, 949-1999 TL gelir grubunda olan katılımcılarla diğer gelir gruplarında olan katılımcıların verdikleri cevaplar arasında, 3000-3999 TL gelir grubunda olan katılımcılarla 4000-4999 ve 5000+ gelir grubunda olan katılımcıların verdikleri cevaplar arasında ve 2000-2999 TL gelir grubunda olan katılımcılarla 4000-4999 TL gelir grubunda olan katılımcıların verdikleri cevaplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 4000-4999 ve 5000+ gelir grubunda olan katılımcılar diğer yaş

gruplarındaki katılımcılara kıyasla insanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır şeklindeki ifadeye daha yüksek katılma eğilimi göstermişlerdir.

Hane halkı geliri ve normatif inançlar

Katılımcıların hane halkı geliri grupları yönüyle normatif inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre normatif inanç ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.51’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.51. Hane halkı geliri ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Hane Halkı Geliri/Normatif İnanç	Gelir Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	949-1999	3,36	1,261	0,754
	2000-2999	3,50	1,045	
	3000-3999	3,37	1,145	
	4000-4999	3,40	1,072	
	5000+	3,25	1,214	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	949-1999	3,28	1,114	0,596
	2000-2999	3,18	1,178	
	3000-3999	3,05	1,172	
	4000-4999	3,16	1,194	
	5000+	3,01	1,139	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	949-1999	3,33	1,152	0,425
	2000-2999	3,37	1,111	
	3000-3999	3,59	0,959	
	4000-4999	3,49	1,009	
	5000+	3,31	1,055	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	949-1999	3,27	1,201	0,629
	2000-2999	3,20	1,217	
	3000-3999	3,33	1,129	
	4000-4999	3,19	1,097	
	5000+	3,04	1,085	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

Hane halkı geliri değişkeni itibarıyla normatif inanç ifadelerine verilen cevaplar açısından, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hane halkı geliri ve kontrol inançları

Katılımcıların hane halkı geliri grupları yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.52’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.52. Hane halkı geliri ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Hane Halkı Geliri/Kontrol İnançları	Gelir Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	949-1999	3,53	0,958	0,364
	2000-2999	3,36	1,110	
	3000-3999	3,43	1,012	
	4000-4999	3,65	0,948	
	5000+	3,62	0,978	
2.Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	949-1999	4,01	0,928	0,357
	2000-2999	3,81	0,946	
	3000-3999	3,95	1,011	
	4000-4999	3,84	0,974	
	5000+	3,72	1,034	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	949-1999	3,91	1,035	0,831
	2000-2999	3,84	0,869	
	3000-3999	3,96	0,872	
	4000-4999	4,02	0,938	
	5000+	3,91	0,859	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	949-1999	3,08	1,116	0,099
	2000-2999	3,31	1,093	
	3000-3999	3,37	1,112	
	4000-4999	3,09	1,250	
	5000+	2,94	1,020	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	949-1999	3,91	0,955	0,393
	2000-2999	3,71	1,033	
	3000-3999	3,90	1,020	
	4000-4999	3,98	0,886	
	5000+	3,74	0,891	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	949-1999	3,49	1,017	0,792
	2000-2999	3,55	0,995	
	3000-3999	3,69	1,080	
	4000-4999	3,56	1,181	
	5000+	3,56	0,968	

4.8.6.Çalışma durumu ve inançlar

Çalışma durumu ve davranışsal inançlar

Katılımcıların çalışma durumu grupları yönüyle davranışsal inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre normatif inanç ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.53’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.53. Çalışma durumu ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Çalışma Durumu/Davranışsal İnanç	Çalışma Durumu Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Evet	3,27	1,297	0,085
	Hayır	3,02	1,337	
2.Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	Evet	3,36	1,028	0,070
	Hayır	3,16	1,097	
3.Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	Evet	2,90	1,099	0,508
	Hayır	2,82	1,173	
4.Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	Evet	2,73	1,043	0,790
	Hayır	2,70	1,214	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

Çalışma durumu değişkeni itibariyle davranışsal inanç ifadelerine verilen cevaplar açısından, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak çalışan kişilerin çalışmayanlara göre davranışsal inanç ifadelerine daha yüksek oranda katıldıkları gözlenmiştir.

Çalışma durumu ve normatif inançlar

Katılımcıların çalışma durumu grupları yönüyle normatif inançlar sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre normatif inanç ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.54’de ilgili

sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.54. Çalışma durumu ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Çalışma Durumu/Normatif İnançlar	Çalışma Durumu Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	Evet	3,34	1,139	0,127
	Hayır	3,53	1,108	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	Evet	3,11	1,164	0,180
	Hayır	3,28	1,101	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	Evet	3,36	1,028	0,067
	Hayır	3,57	1,113	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	Evet	3,19	1,127	0,444
	Hayır	3,28	1,19	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

Çalışma durumu değişkeni itibariyle normatif inanç ifadelerine verilen cevaplar açısından, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak çalışmayan kişilerin çalışanlara göre normatif inanç ifadelerine daha yüksek oranda katıldıkları gözlenmiştir.

Çalışma durumu ve kontrol inançları

Katılımcıların çalışma durumu grupları yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.55’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.55. Çalışma durumu ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Çalışma Durumu/Kontrol İnançları	Çalışma Durumu Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	Evet	3,47	1,022	0,234
	Hayır	3,60	0,999	
2.Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	Evet	3,85	0,976	0,363
	Hayır	3,95	0,950	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinden edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	Evet	3,91	0,912	0,868
	Hayır	3,92	0,952	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	Evet	3,17	1,109	0,783
	Hayır	3,20	1,118	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	Evet	3,83	0,960	0,751
	Hayır	3,86	0,978	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	Evet	3,60	1,017	0,511
	Hayır	3,52	1,050	

Yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

Çalışma durumu değişkeni itibariyle normatif inanç ifadelerine verilen cevaplar açısından, çalışma durumu grupları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

4.8.7. Meslek ve inançlar

Meslek ve davranışsal inançlar

Katılımcıların meslekleri yönüyle davranışsal inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.56’da ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.56. Meslek ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Meslek/Davranışsal İnanç	Meslek Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1. İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	Ev Hanımı	2,85	1,349	0,153
	Memur	3,31	1,269	
	İşçi	3,14	1,251	
	Esnaf	2,89	1,451	
	Serbest Mes.	3,30	1,374	
	Diğer	3,31	1,297	
2. Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	Ev Hanımı	3,11	1,153	0,319
	Memur	3,34	1,030	
	İşçi	3,27	0,902	
	Esnaf	3,72	0,669	
	Serbest Mes.	3,30	1,153	
	Diğer	3,17	1,146	
3. Başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	Ev Hanımı	2,73	1,218	0,611
	Memur	2,87	1,094	
	İşçi	2,97	1,142	
	Esnaf	3,22	0,943	
	Serbest Mes.	2,82	1,105	
	Diğer	2,98	1,179	
4. Başka bir belde de sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	Ev Hanımı	2,52	1,252	0,126
	Memur	2,70	1,018	
	İşçi	2,73	0,932	
	Esnaf	2,78	1,114	
	Serbest Mes.	3,14	1,305	
	Diğer	2,71	1,088	

Meslek ve normatif inançları

Katılımcıların meslekleri yönüyle normatif inanç sorularına verdikleri cevaplarda meslekleri yönüyle anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.57’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.57. Meslek ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Meslek/Normatif İnanç	Meslek Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	Ev Hanımı	3,46	1,181	0,437
	Memur	3,41	1,099	
	İşçi	3,41	1,142	
	Esnaf	3,61	1,037	
	Serbest Mes.	3,43	1,208	
	Diğer	3,05	1,248	
2.Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	Ev Hanımı	3,31	1,141	0,756
	Memur	3,10	1,172	
	İşçi	3,24	1,164	
	Esnaf	3,22	1,263	
	Serbest Mes.	3,14	1,133	
	Diğer	3,00	1,126	
3.Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	Ev Hanımı	3,51	1,157	0,425
	Memur	3,32	1,039	
	İşçi	3,68	0,818	
	Esnaf	3,61	1,092	
	Serbest Mes.	3,45	1,109	
	Diğer	3,36	1,165	
4.Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	Ev Hanımı	3,25	1,143	0,224
	Memur	3,13	1,169	
	İşçi	3,57	1,042	
	Esnaf	3,61	1,037	
	Serbest Mes.	3,11	1,166	
	Diğer	3,21	1,220	

Meslek ve Kontrol İnançları

Katılımcıların meslekleri yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda meslekleri yönüyle anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.58’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.58. Meslek ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Meslek/Kontrol İnançları	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	Ev Hanımı	3,59	1,008	0,582
	Memur	3,43	1,041	
	İşçi	3,76	0,796	
	Esnaf	3,50	0,985	
	Serbest Mes.	3,48	1,131	
	Diğer	3,45	0,993	
2.Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	Ev Hanımı	3,80	1,103	0,345
	Memur	3,86	0,981	
	İşçi	4,22	0,534	
	Esnaf	3,78	0,943	
	Serbest Mes.	3,77	1,159	
	Diğer	3,86	0,814	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	Ev Hanımı	3,97	0,828	0,445
	Memur	3,86	0,923	
	İşçi	4,11	0,737	
	Esnaf	3,78	1,003	
	Serbest Mes.	3,77	1,217	
	Diğer	4,05	0,825	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir beldeye de olsa o hizmetlerden satın alırım.	Ev Hanımı	3,45	1,011	0,276
	Memur	3,09	1,125	
	İşçi	3,22	1,031	
	Esnaf	3,28	1,074	
	Serbest Mes.	3,05	1,275	
	Diğer	3,24	1,122	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	Ev Hanımı	3,93	0,834	0,342
	Memur	3,73	1,003	
	İşçi	4,00	0,782	
	Esnaf	3,72	1,227	
	Serbest Mes.	3,61	1,185	
	Diğer	3,98	0,749	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	Ev Hanımı	3,61	1,062	0,886
	Memur	3,60	0,999	
	İşçi	3,51	0,961	
	Esnaf	3,44	1,042	
	Serbest Mes.	3,43	1,283	
	Diğer	3,67	0,874	

4.8.8. Sosyal güvence ve inançlar

Sosyal güvence ve davranışsal inançlar

Katılımcıların sosyal güvenceleri yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.59’da ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.59. Sosyal güvence ve davranışsal inançlar arasındaki ilişki

Sosyal Güvence/Davranışsal İnanç	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1. İnsanların yaşadıkları belde/başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.	E. Sandığı	3,25	1,313	0,169
	SSK	3,07	1,309	
	Bağ-Kur	3,43	1,324	
	Diğer	2,43	1,134	
2. Yaşadığı belde/başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.	E. Sandığı	3,28	1,067	0,145
	SSK	3,20	1,039	
	Bağ-Kur	3,65	1,033	
	Diğer	3,14	1,215	
3. Başka bir belde/başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alan insanların çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.	E. Sandığı	2,88	1,145	0,386
	SSK	2,89	1,045	
	Bağ-Kur	2,92	1,256	
	Diğer	2,14	1,345	
4. Başka bir belde/başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.	E. Sandığı	2,71	1,092	0,852
	SSK	2,71	1,076	
	Bağ-Kur	2,86	1,337	
	Diğer	2,57	1,134	

Sosyal güvence ve normatif inançlar

Katılımcıların sosyal güvenceleri yönüyle normatif inanç sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.60'da ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.60. Sosyal güvence ve normatif inançlar arasındaki ilişki

Sosyal Güvence/Normatif İnanç	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1. Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.	E. Sandığı	3,37	1,156	0,746
	SSK	3,39	1,110	
	Bağ-Kur	3,38	1,210	
	Diğer	3,86	1,464	
2. Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.	E. Sandığı	3,15	1,157	0,713
	SSK	3,20	1,114	
	Bağ-Kur	3,08	1,211	
	Diğer	2,71	1,604	
3. Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.	E. Sandığı	3,40	1,066	0,276
	SSK	3,38	1,019	
	Bağ-Kur	3,73	1,097	
	Diğer	3,14	1,574	
4. Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.	E. Sandığı	3,15	1,183	0,442
	SSK	3,26	1,054	
	Bağ-Kur	3,46	1,238	
	Diğer	3,00	1,633	
	Diğer	2,57	1,134	

Sosyal güvence ve kontrol inançları

Katılımcıların sosyal güvenceleri yönüyle kontrol inançları sorularına verdikleri cevaplarda anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonucuna göre kontrol inançları ifadelerine katılımcıların verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 4.61’de ilgili sorular ve eğitim gruplarının verdiği cevapların ortalama, standart sapma ve anlamlılık düzeyi değerleri verilmiştir.

Çizelge 4.61. Sosyal güvence ve kontrol inançları arasındaki ilişki

Sosyal Güvence/Kontrol İnançları	Demografik Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
1.Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.	E. Sandığı	3,51	1,015	0,822
	SSK	3,50	0,974	
	Bağ-Kur	3,49	1,121	
	Diğer	3,14	1,345	
2.Bulunduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.	E. Sandığı	3,90	0,978	0,544
	SSK	3,88	,0898	
	Bağ-Kur	3,76	1,090	
	Diğer	3,43	1,718	
3.Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinden edindiğim bilgiler benim için önemlidir.	E. Sandığı	3,93	0,871	0,743
	SSK	3,92	0,911	
	Bağ-Kur	3,84	1,041	
	Diğer	3,57	1,813	
4.İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir belde de olsa o hizmetlerden satın alırım.	E. Sandığı	3,12	1,132	0,141
	SSK	3,30	1,042	
	Bağ-Kur	3,24	1,164	
	Diğer	2,43	1,512	
5.İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.	E. Sandığı	3,87	0,966	0,657
	SSK	3,82	0,929	
	Bağ-Kur	3,78	1,031	
	Diğer	3,43	1,512	
6.İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.	E. Sandığı	3,59	1,044	0,465
	SSK	3,53	0,942	
	Bağ-Kur	3,51	1,216	
	Diğer	4,14	1,069	

4.9. Modelde Yer Alan İnançların Analizi

Araştırmanın bu bölümünde birinci olarak modelin inançlar boyutu, ikinci olarak inançları etkileyen değişkenler arasındaki skorlar, üçüncü olarak bu skorlarla inançların temsil ettiği ana değişkenler arasındaki korelasyon değerleri, dördüncü olarak inançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir.

Modelde inançlar boyutu ana araştırma modeli içinde değerlendirilmemiş, ayrı olarak değerlendirilmiştir. Bunun nedeni planlı davranış teorisi modelinde bulunan davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol ana değişkenleri, kendilerini etkileyen inanç-temelli yaklaşımla ölçülebileceği gibi, kendi ölçekleriyle doğrudan da ölçülebilmektedir. Literatürde, araştırmacıların hem inanç temelli değişkenleri, hem de kendi ölçeklerini kullanarak, ölçümler arası korelasyonlara bakmaları ve elde ettikleri sonuçlara göre model analizlerinde hangi ölçümün kullanılması gerektiğine karar vermeleri tavsiye edilmektedir. Literatürde ayrıca hangi yaklaşımın benimsenmesi gerektiğinin, çalışmanın amaçlarına bakılarak belirlenebileceği de ifade edilmektedir. Amaç, davranışsal bir modelin test edilmesi ise doğrudan ölçümlerin, değişkenlerin alt faktörlerinin incelemesi ise inanç-temelli değişkenlerin incelenmesi yaklaşımının kullanılabileceği ifade edilmektedir.

Planlı davranış modeli ile demografik değişkenler arasında bağ kurabilmek için demografik değişkenlerle inançlar arasındaki korelasyona bakılmıştır. Planlı davranış teorisi kapsamında oluşturulan modelde, demografik değişkenlerle ana değişkenler arasında doğrudan bir ilişki kurulamaması ve bu değişkenlerin modele etkisinin sadece inançları etkilemek suretiyle olacağının düşünülmesidir. Örneğin, demografik değişkenlerden birisi olan cinsiyet veya eğitim durumu, davranışa yönelik tutumlarla doğrudan ilişkilendirilemez, ancak bu değişkenlerin davranışa yönelik tutumları açıkladığı varsayılan davranışsal inançlarla ilişkileri incelenebilir. Bu nedenle, demografik değişkenler sebebiyle ortaya çıkabilecek farklılıkları modele bağlı olarak inceleyebilmek için, inançların modeldeki ana değişkenlerle nasıl bir ilişki içinde olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı, yapacağımız korelasyon analizlerinin sonuçlarına göre, model analizlerinin doğrudan ölçümler kullanılarak yapılmasına, inançların da demografik değişkenlere bağlı olarak değerlendirilmesine karar verilmiştir.

4.9.1. İnançların modelle ilişkilendirilmesi

İnançların planlı davranış teorisindeki ana değişkenlerle ilişkisini anlayabilmek için her bir ana değişkenle ilişkili inanç faktörü ile ana değişken arasındaki korelasyon değerlerine bakılmıştır.

4.9.1.1. Davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum

Davranışa yönelik tutum, davranışın spesifik çıktılara yol açacağına yönelik tüketicide oluşan düşüncelerdir. Çalışmada davranışa yönelik tutumu oluşturan iki bileşen; bir davranışın spesifik çıktıları olacağına yönelik tüketicide oluşan davranışsal inançlar ve bu çıktıları yönelik çıktı değerlendirme olarak tanımlanmıştır. Araştırmada davranışsal inançlar ve çıktı değerlendirme değişkenleri toplanarak davranışa yönelik tutumla aralarındaki korelasyon değerine bakılmış ve Çizelge 4.62'deki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.62. Davranışa Yönelik Tutum için Ölçümler Arası Korelasyon

		D1	Davranışa Yönelik Tutum
D1 (Davranışsal inançlar + Çıktı Değerlendirme)	Pearson Korelasyonu	1	,506**
	Anlamlılık (2-uçlu)		,000
	N	388	388
Davranışa Yönelik Tutum	Pearson Korelasyonu	,506**	1
	Anlamlılık (2-uçlu)	,000	
	N	388	388

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. (2-uçlu)

Çizelge 4.62'de görüldüğü gibi, 50 yaş ve üstü tüketicilerin davranışsal inançlar ve çıktı değerlendirme ile davranışa yönelik tutumları arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ($r = 0,506^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

4.9.1.2. Normatif inançlar ve subjektif norm

Subjektif norm, başkalarının başka bir belde sağlık hizmeti satın almasını onaylayıp onaylamayacağı konusunda tüketicide oluşan düşüncelerdir. Subjektif normu oluşturan iki bileşen, bir referansın tüketicinin başka bir belde sağlık hizmeti satın alması veya almaması gerektiğini düşündüğü yönünde tüketicide oluşan normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonudur. Araştırmada normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu değişkenleri toplanarak davranışa yönelik tutumla aralarındaki korelasyon değerine bakılmış ve Çizelge 4.63'teki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.63. Subjektif norm için ölçümler arası korelasyon

		D2	Subjektif Norm
D2 (Normatif inançlar + Normlara Uyma Motivasyonu)	Pearson Korelasyonu	1	,426**
	Anlamlılık (2-uçlu)		,000
	N	388	388
Subjektif Norm	Pearson Korelasyonu	,426**	1
	Anlamlılık (2-uçlu)	,000	
	N	388	388

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. (2-uçlu)

Çizelge 4.63’de görüldüğü gibi, 50 yaş ve üstü tüketicilerin normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu ile subjektif normları arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ($r = 0,426^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

4.9.1.3. Kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol

Algılanan davranışsal kontrol, başka bir belde sağlık hizmeti satın alması konusunda tüketicide oluşan düşüncelerdir. Çalışmada algılanan davranışsal kontrolü oluşturan iki bileşen; bir davranış hangi şartlarda gerçekleştirebileceği hakkında tüketicide oluşan kontrol inançları ve bu inançlara çevrenin bakışına yönelik kişide oluşan kontrol faktörlerinin gücü ile açıklanmaktadır. Araştırmada kontrol inançları ve kontrol faktörlerinin gücü değişkenleri toplanarak algılanan davranışsal kontrolle aralarındaki korelasyon değerine bakılmış ve Çizelge 4.64’teki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.64. Algılanan Davranışsal Kontrol için Ölçümler Arası Korelasyon

		D3	Algılanan Davranışsal Kontrol
D3 (Kontrol inançları + Kontrol Faktörlerinin Gücü)	Pearson Korelasyonu	1	,531**
	Anlamlılık (2-uçlu)		,000
	N	388	388
Algılanan Davranışsal Kontrol	Pearson Korelasyonu	,531**	1
	Anlamlılık (2-uçlu)	,000	
	N	388	388

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. (2-uçlu)

Çizelge 4.64’de görüldüğü gibi, 50 yaş ve üstü tüketicilerin kontrol inançları ve kontrol faktörlerinin gücü ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ($r = 0,426^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

4.9.1.4. Bulguların değerlendirilmesi

İnançlar ve bu inançları destekleyen yardımcı değişkenlerin ölçümleriyle, araştırma modelimizde bunlara karşılık gelen bağımsız (ana) değişkenler arasında yapılan ölçümlerde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. 0,01 anlamlılık düzeyinde korelasyonların, davranışa yönelik tutumlar için 0,506**, subjektif normlar için 0,426** ve algılanan davranışsal kontrol için 0,531** olduğu ve anlamlı bulunduğu görülmüştür.

Elde edilen korelasyon değerleri, model analizlerinin doğrudan ölçümlerle yapılması gerektiğini göstermiştir. Diğer yandan inançların modelin bir parçası olduğu ve demografik değişkenler yönüyle incelenmesi gerektiği de anlaşılmıştır.

4.9.2. İnançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Planlı davranış teorisindeki inançlar sırasıyla; davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarıdır. Araştırma modelimizde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hane halkı geliri gibi demografik değişkenlerin temel modelde yer alan ana değişkenleri inançlar üzerinden etkileyebileceği düşünülmüştür. Dolayısıyla demografik değişkenlerle inançlar arasında anlamlı bir ilişki olabileceği varsayılmaktadır. Bu sebeple bu bölümde, katılımcıların demografik özellikleri ile inançları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çizelge 4.65. İnançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ölçümler arası korelasyon

		Davranışsal İnanç	Normatif İnançlar	Kontrol İnançlar
Cinsiyetiniz	Pearson Correlation	,085	-,021	-,056
	Sig. (2-tailed)	,095	,684	,267
	N	388	388	388
Yaşınız	Pearson Correlation	,059	,120*	,084
	Sig. (2-tailed)	,249	,018	,100
	N	388	388	388
Eğitim Durumunuz	Pearson Correlation	,029	-,107*	-,024
	Sig. (2-tailed)	,572	,036	,642
	N	384	384	384
Medeni Durumunuz	Pearson Correlation	,147**	,008	,027
	Sig. (2-tailed)	,004	,870	,593
	N	384	384	384
Aylık Hane Halkı geliriniz	Pearson Correlation	,109*	-,055	-,011
	Sig. (2-tailed)	,034	,286	,832
	N	381	381	381

Çizelge 4.65. (devam). İnançlarla demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ölçümler arası korelasyon

		Davranışsal İnanç	Normatif İnançlar	Kontrol İnançlar
Şu anda çalışmakta mısınız?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,082 ,109 381	,096 ,060 381	,028 ,588 381
Mesleğiniz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,080 ,119 385	-,034 ,501 385	-,021 ,688 385
Sosyal Güvenceniz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,005 ,914 384	,036 ,480 384	-,039 ,446 384

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Demografik değişkenler yönüyle katılımcıların inanç değişkenlerine (davranışsal, normatif, kontrol) verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığıyla ilgili yapılan analizler sonucunda ulaşılan bulgular, Çizelge 4.66'da verilmiştir.

Çizelge 4.66. İnançlar ve demografik değişkenler arasındaki ilişki

İnançlar	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Hane Halkı Geliri	Çalışma Durumu	Meslek	Sosyal Güvence
Davranışsal İnançlar	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok
Normatif İnançlar	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Kontrol İnançları	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

Çizelge 4.66. incelendiğinde katılımcıların davranışsal inanç ifadelerine verdikleri cevaplar yönüyle medeni durum ve hane halkı geliri değişkenlerine verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence değişkenlerine verdikleri cevaplar yönüyle anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Çizelgenin normatif inançlar satırı incelendiğinde katılımcıların normatif inançlar ifadelerine verdikleri cevaplar yönüyle yaş ve eğitim durumu değişkenlerine verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu, cinsiyet, medeni durum, hane halkı geliri, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence değişkenlerine verdikleri cevaplar yönüyle anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Eğitim durumundaki farklılık analizimizde negatif ilişki

(-,107*) olarak çıkmıştır. Yani eğitim durumu ile normatif inançlar arasında negatif bir ilişki vardır.

Kontrol inançları satırında ise katılımcıların kontrol inançları ifadelerine verdikleri cevaplar yönüyle, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hane halkı geliri, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence değişkenlerine verdikleri cevaplar yönüyle anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Cinsiyet, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence gruplarında inanç değişkenleri yönüyle katılımcıların verdikleri cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.10. Hipotez Testlerine Yönelik İstatistik Analizler

Araştırma hipotezleri aralarındaki ilişkilerin ölçülmesi amacıyla korelasyon analizi ve regresyon analizi ile test yapılmıştır. Test sonuçları çizelge 4.67’de değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.67. Hipotezlerin değerlendirme çizelgesi

Hipotezler	Korelasyon Analizi	Regresyon Analizi	Sonuçlar
Hipotez 1. Katılımcıların davranışsal inançları (Dİ) ile davranışa yönelik tutumları (T) arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,466^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 2. Katılımcıların normatif inançları (Nİ) ile subjektif normları (SN) arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,348^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 3. Katılımcıların kontrol inançları (Kİ) ile algılanan davranışsal kontrolleri (ADK) arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,460^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 4. Katılımcıların davranışa yönelik tutumları, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.	$r=0,258^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 5. Katılımcıların subjektif normları, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.	$r=0,150^{**}$ $p=0,003$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 6. Katılımcıların algılanan davranışsal kontrolleri, satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.	$r=0,212^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 7. Katılımcıların subjektif normları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,407^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 8. Katılımcıların normlara uyma motivasyonu ile subjektif normları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,354^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 9. Katılımcıların çıktı değerlendirmeleri ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,292^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 10. Katılımcıların kontrol faktörlerinin gücü ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,479^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ

Çizelge 4.67.(devam). Hipotezlerin değerlendirme çizelgesi

Hipotezler	Korelasyon Analizi	Regresyon Analizi	Sonuçlar
Hipotez 11. Sağlık hizmetlerinin fiyatı katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti alma niyetini pozitif yönde etkiler.	$r=0,055$ $p=0,277$		KABUL EDİLMEDİ
Hipotez 12. Katılımcılara yönelik reklamlar ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	$r=0,232^{**}$ $p=0,000$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 13. Katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetini fizyoterapist, doktor, uzman vb. sağlık personelinin görüşleri olumlu yönde etkiler.	$r=0,061$ $p=0,232$		KABUL EDİLMEDİ
Hipotez 14. Bir belde sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği katılımcıların bulundukları belde o beldeye giderek sağlık hizmeti satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.	$r=0,176^{**}$ $p=0,001$		KABUL EDİLDİ
Hipotez 15. Katılımcıların daha önce almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyetleri, o beldeye tekrar giderek sağlık hizmeti satın alma niyetlerini olumlu yönde etkiler.	$r=0,083$ $p=0,104$		KABUL EDİLMEDİ
Hipotez 16. Katılımcıların demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi) ile sağlık hizmeti satın alma niyetleri arasında ilişki vardır.	İlişkiler zayıf ve anlamlı değil		KABUL EDİLMEDİ
Hipotez 17. Katılımcıların algılanan davranışsal kontrolleri davranışlarını niyete bağlı olmadan direk etkiler.		$R=0,367$ F değeri anlamlı t-değeri anlamlı	KABUL EDİLDİ

Araştırmada H1, H2, H3, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15 ve H16 hipotezleri aralarındaki ilişkinin ölçülmesi amacıyla korelasyon analiziyle test edilmiştir. H17 hipoteziyse tek taraflı etkinin ölçülmesi amacıyla regresyon analizi ile test edilmiştir. H17 hipotezi aralarında ilişki olup olmadığını belirlemek için öncelikle korelasyon analizi ile test edilmiş, aralarındaki ilişki durumuna göre daha sonra regresyon analizi yapılmıştır.

Davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H1)

Çizelge 4.68. Davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H1)

	Ortalama	Standart sapma	Davranışsal İnançlar	Davranışa Yönelik Tutum
Davranışsal İnançlar	3,02	0,816	1	0,466**
Davranışa Yönelik Tutum	3,14	0,645	0,466**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.68’de davranışsal inançlar ve davranışa yönelik tutum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları

yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, 50 yaş ve üstü kişilerin davranışsal inançları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü ($r=0,466^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin davranışsal inançları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ”* şeklinde oluşturulan H_1 hipotezi desteklenmiştir.

Davranışa yönelik tutum ortalaması (3,14) davranışsal inanç ortalamasından (3,02) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, davranışa yönelik tutum standart sapması (0,645) davranışsal inanç standart sapmasından (0,816) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların davranışa yönelik tutum yönünden davranışsal inanca kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Normatif inançlar ve subjektif norm arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H2)

Çizelge 4.69. Normatif inançlar ve subjektif norm arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H2)

	Ortalama	Standart Sapma	Normatif İnançlar	Subjektif Norm
Normatif İnançlar	3,29	0,816	1	0,348**
Subjektif Norm	3,52	0,738	0,348**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu).

Çizelge 4.69’da normatif inançlar ve subjektif norm arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin normatif inançları ile subjektif normları arasında pozitif yönlü ($r=0,348^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin normatif inançları ile subjektif normları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ”* şeklinde oluşturulan H_2 hipotezi desteklenmiştir.

Subjektif norm ortalaması (3,52), normatif inanç ortalamasından (3,29) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, Subjektif norm standart sapması (0,738) normatif inanç standart sapmasından (0,816) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların subjektif norm yönünden normatif inanca kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H3)

Çizelge 4.70. Kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H3)

	Ortalama	Standart Sapma	Kontrol İnançları	Algılanan Davranışsal Kontrol
Kontrol inançları	3,64	0,670	1	0,460**
Algılanan Davranışsal Kontrol	3,21	0,673	0,460**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.70’de kontrol inançları ve algılanan davranışsal kontrol arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin kontrol inançları ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü ($r = 0,460^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin kontrol inançları ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_3 hipotezi desteklenmiştir.

Kontrol inançları ortalaması (3,64), algılanan davranışsal kontrol ortalamasından (3,21) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, kontrol inançları standart sapması (0,670), algılanan davranışsal kontrol standart sapmasından (0,673) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların kontrol inançları yönünden algılanan davranışsal kontrole kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Davranışa yönelik tutum ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H4)

Çizelge 4.71. Davranışa yönelik tutum ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H4)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Davranışa Yönelik Tutum
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,258**
Davranışa Yönelik Tutum	3,14	0,842	0,258**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.71’de davranışa yönelik tutum ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin

sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin davranışa yönelik tutum ve satın alma niyeti arasında pozitif yönlü ($r = 0,258^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin satın alma niyetleri ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır”* şeklinde oluşturulan H_4 hipotezi desteklenmiştir.

Davranışa yönelik tutum ortalaması (3,14), satınalma niyeti ortalamasından (2,64) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, davranışa yönelik tutum standart sapması (0,842), satınalma niyeti standart sapmasından (0,989) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların davranışa yönelik tutum yönünden satınalma niyetine kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Subjektif normlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H5)

Çizelge 4.72. Subjektif normlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H5)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Subjektif Normlar
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,150**
Subjektif Normlar	3,52	0,738	0,150**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.72’de subjektif norm ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin subjektif norm ve satın alma niyeti arasında pozitif yönlü ($r = 0,258^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin satın alma niyetleri ile subjektif normları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır”* şeklinde oluşturulan H_5 hipotezi desteklenmiştir.

Subjektif normlar ortalaması (3,52), satınalma niyeti ortalamasından (2,64) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, subjektif norm standart sapması (0,738), satınalma niyeti standart sapmasından (0,989) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların subjektif norm yönünden satınalma niyetine kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Algılanan davranışsal kontrol ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H6)

Çizelge 4.73. Algılanan Davranışsal Kontrol ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H6)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Algılanan Davranışsal Kontrol
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,212**
Algılanan Davranışsal Kontrol	3,21	0,673	0,212**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.73’de algılanan davranışsal kontrol ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin algılanan davranışsal kontrol ve satın alma niyeti arasında pozitif yönlü ($r = 0,258^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin satın alma niyetleri ile algılanan davranışsal kontrolleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_6 hipotezi kabul edilmiştir.

Algılanan davranışsal kontrol ortalaması (3,21), satınalma niyeti ortalamasından (2,64) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, algılanan davranışsal kontrol standart sapması (0,673), satınalma niyeti standart sapmasından (0,989) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların algılanan davranışsal kontrol yönünden satınalma niyetine kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Subjektif norm ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H7)

Çizelge 4.74. Subjektif norm ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H7)

	Ortalama	Standart sapma	Subjektif Norm	Davranışa Yönelik Tutum
Subjektif Norm	3,52	0,738	1	0,407**
Davranışa Yönelik Tutum	3,14	0,842	0,407**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.74’de subjektif norm ve davranışa yönelik tutum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer

almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin subjektif norm ve davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü ($r = 0,407^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin subjektif normları ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır”* şeklinde oluşturulan H_7 hipotezi desteklenmiştir.

Subjektif norm ortalaması (3,52), davranışa yönelik tutum ortalamasından (3,14) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, subjektif norm standart sapması (0,738), davranışa yönelik tutum standart sapmasından (0,842) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların subjektif norm yönünden davranışa yönelik tutuma kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Normlara uyma motivasyonu ve subjektif normlar arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H8)

Çizelge 4.75. Normlara uyma motivasyonu ve subjektif normlar arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H8)

	Ortalama	Standart sapma	Normlara Uyma Motivasyonu	Subjektif Norm
Normlara Uyma Motivasyonu	3,67	0,657	1	0,354**
Subjektif Norm	3,52	0,738	0,354**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.75’de subjektif norm ve normlara uyma motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin subjektif norm ve normlara uyma motivasyonları arasında pozitif yönlü ($r = 0,354^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile *“50 yaş ve üstü kişilerin subjektif normları ile normlara uyma motivasyonları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır”* şeklinde oluşturulan H_8 hipotezi desteklenmiştir.

Normlara uyma motivasyonu ortalaması (3,67), subjektif norm ortalamasından (3,52) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, normlara uyma motivasyonu standart sapması (0,657), subjektif norm standart sapmasından (0,738) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların normlara uyma motivasyonu yönünden subjektif norma kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Çıktı değerlendirme ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H9)

Çizelge 4.76. Çıktı değerlendirme ve davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H9)

	Ortalama	Standart sapma	Normlara Uyuma Motivasyonu	Subjektif Norm
Çıktı Değerlendirme	3,71	0,645	1	0,292**
Davranışa Yönelik Tutum	3,14	0,842	0,292**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.76’da çıktı değerlendirme ve davranışa yönelik tutum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin çıktı değerlendirme ve davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü ($r = 0,292^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin çıktı değerlendirme ile davranışa yönelik tutumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_9 hipotezi desteklenmiştir.

Çıktı değerlendirme ortalaması (3,71) davranışa yönelik tutum ortalamasından (3,14) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, çıktı değerlendirme standart sapması (0,645) davranışa yönelik tutum standart sapmasından (0,842) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların çıktı değerlendirme yönünden davranışa yönelik tutuma kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Kontrol faktörlerinin gücü ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H10)

Çizelge 4.77. Kontrol faktörlerinin gücü ve algılanan davranışsal kontrol arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H10)

	Ortalama	Standart sapma	Normlara Uyuma Motivasyonu	Subjektif Norm
Kontrol Faktörlerinin Gücü	3,54	0,611	1	0,479**
Algılanan Davranışsal Kontrol	3,21	0,674	0,479**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.77’de kontrol faktörlerinin gücü ve algılanan davranışsal kontrol arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü

kişilerin kontrol faktörlerinin gücü ve algılanan davranışsal kontrol arasında pozitif yönlü ($r=0,479^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin kontrol faktörlerinin gücü ile algılanan davranışsal kontrol arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H10 hipotezi desteklenmiştir.

Kontrol faktörlerinin gücü ortalaması (3,54), algılanan davranışsal kontrol ortalamasından (3,21) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Öte yandan, kontrol faktörlerinin gücü standart sapması (0,611), algılanan davranışsal kontrol standart sapmasından (0,674) daha düşük düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların kontrol faktörlerinin gücü yönünden algılanan davranışsal kontrole kıyasla daha homojen görüşe sahip oldukları görülmüştür.

Fiyat ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H11)

Çizelge 4.78. Fiyat ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H11)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Fiyat
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,055
Fiyat	3,82	0,957	0,055	1

**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.78’de fiyat ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin fiyat ve satın alma niyeti arasında ($r=0,055$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin fiyat ve satın alma niyetleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H₁₁ hipotezi desteklenmemiştir.

Reklamlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H12)

Çizelge 4.79. Reklamlar ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H12)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Reklamlar
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,232**
Reklamlar	3,19	1,185	0,232**	1

**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.79’da reklamlar ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin reklamlar ve satın alma niyeti arasında pozitif yönlü ($r= 0,354^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin reklamlar ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_{12} hipotezi desteklenmiştir.

Uzman görüşleri ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H13)

Çizelge 4.80. Uzman Görüşleri ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H13)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Uzman Görüşleri
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,061
Uzman Görüşleri	3,85	0,882	0,061	1

******. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.80’de uzman görüşleri ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin uzman görüşleri ve satın alma niyeti arasında ($r= 0,061$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin uzman görüşleri ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_{13} hipotezi desteklenmemiştir.

Hizmet çeşitliliği ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H14)

Çizelge 4.81. Çeşitlilik ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H14)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Hizmet Çeşitliliği
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,176**
Hizmet Çeşitliliği	3,52	1,013	0,176**	1

******. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.81’de hizmet çeşitliliği ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin hizmet

çeşitliliği ve satın alma niyeti arasında pozitif yönlü ($r = 0,176^{**}$) ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin hizmet çeşitliliği ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_{14} hipotezi desteklenmiştir.

Memnuniyet ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H15)

Çizelge 4.82. Memnuniyet ve Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi (H15)

	Ortalama	Standart sapma	Satın Alma Niyeti	Memnuniyet
Satın Alma Niyeti	2,64	0,989	1	0,083
Memnuniyet	3,95	0,860	0,083	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 - uçlu)

Çizelge 4.82’de memnuniyet ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin memnuniyet ve satın alma niyeti arasında ($r = 0,083$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin daha önce almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyetleri ile satın alma niyetleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H_{15} hipotezi desteklenmemiştir.

Demografik değişkenler ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H16)

Çizelge 4.83. Demografik değişkenler ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H16)

Korelasyon		Niyet
Cinsiyetiniz	Pearson Correlation	,080
	Sig. (2-tailed)	,114
	N	388
Yaşınız	Pearson Correlation	,038
	Sig. (2-tailed)	,454
	N	388
Eğitim Durumunuz	Pearson Correlation	,071
	Sig. (2-tailed)	,164
	N	384

Çizelge 4.83.(devam). Demografik değişkenler ve satın alma niyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon analizi (H16)

Korelasyon		Niyet
Medeni Durumunuz	Pearson Correlation	-,038
	Sig. (2-tailed)	,463
	N	384
Aylık Hane Halkı geliriniz	Pearson Correlation	,069
	Sig. (2-tailed)	,178
	N	381
Şu anda çalışmakta mısınız	Pearson Correlation	-,065
	Sig. (2-tailed)	,204
	N	381
Mesleğiniz	Pearson Correlation	,065
	Sig. (2-tailed)	,206
	N	385
Sosyal Güvenceniz	Pearson Correlation	,058
	Sig. (2-tailed)	,257
	N	384

Çizelge 4.83’de demografik değişkenler ve satın alma niyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin demografik değişkenleri (cinsiyet 0,114, yaş 0,454, eğitim durumu 0,164, medeni durum 0,463, hane halkı geliri 0,178, çalışma durumu 0,204, meslek 0,206, sosyal güvence 0,257 ve satın alma niyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir ifade ile “50 yaş ve üstü kişilerin demografik değişkenler ile satın alma niyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır” şeklinde oluşturulan H₁₆ hipotezi desteklenmemiştir.

Algılanan davranışsal kontrol ve davranış arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik regresyon analizi (H17)

Katılımcıların algılanan davranışsal kontrollerinin davranışlarını niyete bağlı olmaksızın etkileri regresyon modeli ile test edilmiş ve aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 4.84. Model özeti çizelgesi

Model	R	Belirleme Katsayısı	Düzeltilmiş Skor	Standart Tahmini Hata
1	,606 ^a	0,367	0,365	14,65231

a. Bağımlı Değişken, Algılanan Davranışsal Kontrol

Korelasyon katsayısının mutlak değerini gösteren R değerine göre modelimizdeki bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında %60,6 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur. Belirlilik katsayısı

R Square (R^2) değerine göre ise, modelimizde bağımlı değişken olarak belirlenen davranışlardaki değişimin %36,7'sinin modele bağımsız değişken olarak dâhil ettiğimiz algılanan davranışsal kontrol değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Çizelge 4.85. Modelin anlamlı olup olmadığına dair F değeri çizelgesi (Anova)

Model	Belirleme Katsayısı	df	Ortalama Skor	F	Anlamlılık
1 Regresyon	48004,895	1	48004,895	223,601	,000 ^b
Hata	82870,435	386	214,69		
Toplam	130875,33	387			

a. Bağımlı Değişken: Davranışlar

b. Sabit Değişken, Algılanan Davranışsal Kontrol

Anova çizelgesindeki F değerine (223,601) karşılık gelen anlamlılık değeri (Sig.=0,000<0,05), davranışlarla algılanan davranışsal kontrol arasında kurulan modelin bir bütün olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.86. Modelin tahminine dair katsayılar ve t-değeri çizelgesi (Coefficients^a)

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Anlamlılık
	B	Std. Hata	Beta		
1 Sabit	75,111	3,624		20,725	0
Algılanan Davranışsal Kontrol	2,755	0,184	0,606	14,953	0

a. Bağımlı Değişken: Davranışlar

Çizelge 4.864.'da modele dâhil ettiğimiz algılanan davranışsal kontrol parametresine karşılık gelen t değeri anlamlı bulunmuştur. Davranışlara ait sabit terim 75,111 olup; algılanan davranışsal kontroldeki 1 birimlik değişim halinde davranışlar 2,755 düzeyinde pozitif yönlü değişim göstermektedir ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 4.86.'da katılımcıların algılanan davranışsal kontrollerinin davranışlarını niyete bağlı olmadan direk etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinin sonuçları yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü kişilerin algılanan davranışsal kontrollerinin davranışlarını niyete bağlı olmadan direk etkilediği görülmüştür. Diğer bir ifade ile “Katılımcıların algılanan davranışsal kontrolleri davranışlarını niyete bağlı olmadan direk etkiler” şeklinde oluşturulan H_{17} hipotezi desteklenmiştir.

Bu nedenle, sağlık turizmi sunucularının, tüketicilerin algılanan davranışsal kontrolüne yönelik çalışmalar yapması gerektiği söylenebilir.

4.11. Planlı Davranış Teorisi Modelinin Değişkenleri Arasındaki İlişki Düzeyleri

Bu bölümde planlı davranış teorisi modelimizde yer alan değişkenlerle satın alma niyeti arasındaki, korelasyon, regresyon ve aritmetik ortalaması en yüksek ve en düşük 10 soruya ait çizelgeler ve yorumları verilmiştir.

4.11.1. Modelin Değişkenleri Arasındaki İlişki Düzeyleri

Çizelge 4.87.'de planlı davranış teorisi bileşenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinin sonuçları yer almaktadır.

İki yıldız ile işaretlenen bütün ilişkilerin %1 anlamlılık düzeyine göre pozitif yönlü olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.87. Önceden belirlenen (bilinen) faktörler arasındaki korelasyon düzeyleri

		Davranışsal İnanç	Normatif İnançlar	Kontrol İnançlar	Algılanan Davranışsal Kontrol	Subjektif Norm	Davranışa Yönelik Tutum	Kontrol Faktörlerinin Gücü	Çıktı Değerlendirme	Normlara Uyuma Motivasyonu	Niyet
Davranışsal İnanç	Korelasyon Katsayısı Anlamlılık (2yönlü) Örneklem Sayısı	1 388									
Normatif İnançlar	Korelasyon Katsayısı Anlamlılık (2yönlü) Örneklem Sayısı	,401** 0 388	1 388								
Kontrol İnançları	Korelasyon Katsayısı Anlamlılık (2yönlü) Örneklem Sayısı	,355** 0 388	,484** 0 388	1 388							

4.11.2. Modelin sabit değişkenleri ve niyet arasındaki ilişki

Katılımcıların davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin niyet üzerindeki etkileri regresyon modeli ile test edilmiş ve aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 4.88. Model özeti çizelgesi

Model	R	Belirleme Katsayısı	Düzeltilmiş Skor	Standart Tahmini Hata
1	,277 ^a	0,077	0,069	1,909

a. Sabit Değişken: Algılanan Davranışsal Kontrol, Subjektif Norm, Davranışa Yönelik Tutum

Korelasyon katsayısının mutlak değerini gösteren R değerine göre modelimizdeki bağımlı (niyet) ve bağımsız (davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol) değişkenler arasında %27,7 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur. Belirlilik katsayısı R Square (R^2) değerine göre ise, modelimizde bağımlı değişken olarak belirlenen niyet'teki değişimin %7,7'si modele bağımsız değişken olarak dahil ettiğimiz bağımsız değişkenler (davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol) tarafından açıklanmaktadır.

Çizelge 4.89. Modelin anlamlı olup olmadığına dair F değeri çizelgesi (Anova^a)

Model	Skor Yükleri	df	Ortalama Skor	F	Anlamlılık
1	Regresyon	116,115	3	38,705	10,626
	Hata	1398,700	384	3,642	
	Toplam	1514,814	387		

a. Bağımlı Değişken: Niyet

b. Sabit Değişken, Algılanan Davranışsal Kontrol, Subjektif Norm, Davranışa Yönelik Tutum

Anova çizelgesindeki F değerine (10,626) karşılık gelen anlamlılık değeri (Sig.=0,000<0,05) , bağımsız değişkenlerle (davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol) niyet arasında kurulan modelin bir bütün olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.90. Modelin tahminine dair katsayılar ve t-değeri çizelgesi (Coefficients^a)

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayı	t	Anlamlılık
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	2,635	,555		4,746	,000
	Davranışa Yönelik Tutum	,117	,034	,199	3,453	,001
	Subjektif Norm	,016	,051	,018	,305	,760
	Algılanan Davranışsal Kontrol	,053	,029	,108	1,802	,072

a. Bağımlı Değişken: Niyet

Çizelge 4.90.'da katılımcıların sağlık hizmeti satın alma niyetlerini etkileyeceği varsayılan araştırma modelindeki davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiye yönelik regresyon analizi sonuçları gösterilmektedir. Buna göre, t değerlerinin anlamlılığı incelendiğinde davranışa yönelik tutum değişkeninin anlamlı (%1 anlamlılık düzeyinde) olduğu, subjektif norm değişkeninin (%5 anlamlılık düzeyinde) anlamlı olmadığı, algılanan davranışsal kontrol değişkeninin (%10 anlamlılık düzeyinde) anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Modele ait sabit terim 2,635 olup;

- Davranışa yönelik tutumda 1 birimlik değişim niyette 0,117,
- Subjektif normda 1 birimlik değişim niyette 0,016,

Algılanan davranışsal kontrolde 1 birimlik değişim niyette 0,053 düzeyinde pozitif yönlü değişim göstermektedir.

Diğer bir ifade ile davranışa yönelik tutumdaki bir birimlik artış, başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetini 0,263 birim artırmaktadır.

Beta değerlerine bakıldığında, 50 yaş ve üstü tüketicilerin bulundukları beldeden başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetlerini en çok etkileyen değişkenin davranışa yönelik tutum (0,117) olduğu görülmüştür.

4.11.3. Sağlık turizmini olumlu ve olumsuz etkileyen 10 soru

Çizelge 4.91.'de ortalaması en yüksek 10 soru izlenerek sağlık turizmini pozitif yönde etkileyen faktörler gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.91. Aritmetik ortalaması en yüksek 10 soru

Sorular	Aritmetik Ortalaması
Sağlıklı olmak benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)	4,31
Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)	4,14
Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)	4,09
Kalite sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	4,02
Yaşadığım beldeden başka bir belde daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	3,97
Ailem ve akraba çevremın görüşleri benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)	3,93
Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)	3,93
Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiği bilgiler benim için önemlidir. (KONTROL İNANÇLARI)	3,93
Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim. (KONTROL İNANÇLARI)	3,89
Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararımı etkiler. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	3,86

Çizelge 4.91. incelendiğinde sağlık hizmeti pazarlayıcılarına yol gösterebilecek bir kısım işaretler bulabilmekteyiz. Öncelikle katılımcılar için sağlığın önemli olduğu anlaşılmaktadır, bu da bize katılımcıların sağlık hizmeti satın alma ihtiyacı hissettiklerinde bu hizmeti mutlaka satın alacaklarını göstermektedir. Aynı zamanda katılımcıların inançlarına önem verdikleri, kaliteli hizmet almak istedikleri ve gereksiz yere para harcamak istemediklerini görüyoruz. Başka bir belde sağlık hizmeti satın alırken, memnuniyet, aile çevresinin görüşleri, bu esnada yaptığı işten zevk almak-eğlenmek ve sağlık personelinin görüşlerinin de sağlık hizmeti almada etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Aritmetik ortalaması en yüksek 10 sorudan 3 tanesi çıktı değerlendirme sorusudur, katılımcılar başka belde sağlık hizmeti satın alma davranışı göstermeleri neticesinde sağlıklı olmayı, zorunlu değilse para harcamamayı ve aynı zamanda eğlenmeyi düşünmektedirler. Yine 3 soru kontrol faktörlerinin gücü sorusudur, katılımcılar, alacakları sağlık hizmetinin kalitesini, geçmiş memnuniyeti ve sağlık personelinin verdiği bilgileri önemsemektedirler. 2 soru normlara uyma motivasyonu sorusudur, katılımcılar davranışı

gerçekleştirirken inançlarına ve aile çevrelerinin görüşlerine önem vermektelerdir. 2 soru kontrol inançları sorusudur, katılımcıların sağlık personelinde elde edilen bilgiler ve başka belde de verilen sağlık hizmeti hakkında çevreden aldığı bilgiye göre davranacakları görülmektedir.

Çizelge 4.92.'de ortalaması en düşük 10 soru izlenerek sağlık turizmini negatif yönde etkileyen faktörler gözlemlenmiştir.

Çizelge 4.92. Aritmetik ortalaması en düşük 10 soru

Sorular	Aritmetik Ortalaması
Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir. (ÇIKTI DEĞERLENDİRME)	2,59
Bulunduğum belde de tedavi olmaksızın başka bir belde de tatil yaparak tedavi olmayı tercih ederim. (KONTROL FAKTÖRLERİNİN GÜCÜ)	2,62
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde de herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım. (NİYET)	2,65
Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde de herhangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum. (NİYET)	2,68
Başka bir belde de sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)	2,76
Başka bir belde de sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler. (DAVRANIŞSAL İNANÇ)	2,92
Tedavi için bulunduğum belde den başka bir belde ye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)	2,97
Bulunduğum belde den başka bir belde de sağlık hizmeti alacak sam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim. (DAVRANIŞA YÖNELİK TUTUM)	3,04
Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir. (NORMLARA UYMA MOTİVASYONU)	3,06
Bulunduğum belde den başka bir belde ye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir. (ALGILANAN DAVRANIŞSAL KONTROL)	3,07

Çizelge 4.92. incelendiğinde sağlık hizmeti pazarlayıcılarına yol gösterebilecek bir kısım işaretler bulabilmekteyiz. Katılımcıların sağlık hizmeti satın almada dikkat çekmeyi ve başka bir belde de tatil yaparak tedavi olmayı düşünmedikleri, önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir belde de sağlık hizmeti alma niyetlerinin olmadığı, başka bir belde de sağlık hizmeti almanın kendilerini sağlıklı hissettirmeyeceği ve çevresinin dikkatini çekerek fark edilmesini sağlayacağını düşünmediğini, başka bir belde de sağlık hizmeti alırken bu belde nin turistik bir belde olmasının tercihlerinde etkili olmayacağını, medyada yer alan mesajlara çok önem vermediklerini, başka bir belde de sağlık hizmeti almak için maddi durumlarının yeterli olmadığını ifade etmişlerdir.

Aritmetik ortalaması en düşük 10 sorudan 2 tanesi niyet, 2 tanesi davranışsal inanç, 2 tanesi davranışa yönelik tutum, 1 tanesi kontrol faktörlerinin gücü, 1 tanesi çıktı değerlendirme, 1 tanesi algılanan davranışsal kontrol, 1 tanesi de normlara uyma motivasyonu sorusudur.



SONUÇ VE TARTIŞMA

İnsanlar tarihin her döneminde ticaret, göçler, savaşlar, sağlık, kutsal yerleri ziyaret gibi farklı nedenlerle seyahat etmişlerdir. Ancak günümüzde turizm, refah düzeyinin yükselmesi, ulaşım ve haberleşme teknolojisinin ileri düzeye ulaşması gibi sebeplerle ülke ekonomilerinde geniş yer tutan ekonomik bir faaliyet haline gelmiştir. Turizmin ulusal ve uluslararası düzeyde dev boyutlara ulaşması özellikle gelişmekte olan ülkelerin turizm sektörüne daha çok önem vermesine neden olmuştur.

Türkiye’de cari açlıkla mücadelede ve cari açığın sürdürülebilir olmasında turizm sektörünün yapacağı girdinin önemi her geçen yıl daha da artmaktadır. Turizm sektöründe turist sayısındaki artış ve ekonomik hacim olarak büyümeyle birlikte rekabette her geçen gün artmaktadır. Bu rekabet yatırım ve işletme maliyetlerini artırmakta turistlerin kişi başına yaptıkları harcama belirli bir rakamın üzerine çıkarılamamaktadır. Turizm sektörü, hizmet çeşitlendirememenin sıkıntısını yaşamaktadır. Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği’nin (TÜRSAB) verilerine göre sektörde, 2003 yılında 16,3 milyon olan turist sayısı 2013 yılında 39,2 milyona çıkarken, turist başına ortalama harcama miktarı 850 dolardan 824 dolara gerilemiştir.

İnsanlar artık sağlık sorunlarını çözerken, yalnızca kendi ülkelerindeki hekimleri ya da fiyatları değil; en iyi çözüm ve en iyi fiyat seçeneklerini değerlendirerek hareket etmektedirler. Alternatif bir turizm türü olarak sağlık turizmi turist başına harcama miktarının yüksek olması sebebiyle bütün dünyada yeni bir yatırım alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık turizmi sadece termal turizm ya da SPA turizmi ile sınırlı kalmamış, medikal uygulamaları da kapsar duruma gelmiştir. Medikal sağlık turizmi pazarı her geçen gün büyümektedir. Sağlık turizmi piyasasının büyüklüğü 2012 yılı itibarıyla 100 milyar dolarlık bir hacime ulaşarak, tüm ülkelerin iştahını kabartan bir konuma ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 21).

Dünyada ve Türkiye’de özellikle son yıllarda pek çok hasta, tedavi, tatil ve ulaşım hizmetini bir arada sunan sağlık paketlerini tercih etmektedir. Bazı ülkelerde tedavi masraflarının yüksek olması ve uzun bekleme zamanları, kişileri hem kaliteli sağlık hizmeti alabilecekleri hem de tatil yapabilecekleri ülkeler aramaya yöneltmektedir. Ülkemizdeki sağlık turizmi

uygulamalarına bakıldığında; tüp bebek tedavileri, göz sağlığı, diş sağlığı, estetik cerrahi, saç ekimi ve termal SPA gibi alanların öne çıktığı görülmektedir.

Bu çalışma sonucunda ulaşılan bulgular, Türkiye’de cari açıkla mücadelede ve cari açığın sürdürülebilir olmasında turizm sektörünün yapacağı girdinin artırılmasında yol gösterici olabilecektir. Çalışma bu kapsamda 50 yaş ve üstü tüketicilerin sağlık turizmi kapsamında bulundukları beldeden başka bir beldede sağlık hizmeti satın alma niyetlerini ölçmek amacıyla bir sosyal psikoloji teorisi olan planlı davranış teorisi (Ajzen, 1985, 1991) ile yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların bulundukları beldeden başka bir beldede sağlık hizmeti almayla ilgili, davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrolleri incelenmiştir. Daha sonra bu değişkenler niyet ile birlikte değerlendirilerek davranış ne ölçüde etkilendiğine bakılmıştır. Çalışmanın amaçlarından birisi de satınalma niyetini oluşturan inançların belirlenmesidir. Aynı zamanda çalışma ile elde edilen analiz bulgularıyla sağlık, turizm ve sağlık turizmi sektörlerine bazı bilgiler verebilmekte hedeflenmiştir. 50 yaş üstü insanların genel olarak satınalma niyetleri, spesifik olarak da sağlık hizmeti satın alma niyetlerinin nelerden etkilendiği bilindiği takdirde, sektörde daha etkin pazarlama stratejileri geliştirilebilecektir.

Çalışma, giriş, üç ana bölüm, sonuç ve tartışma ve öneri ve kısıtlar bölümlerinden oluşmaktadır.

İlk bölümde sağlık turizmi ve sağlık turizmi türlerinin tanımları ve özellikleri sıralanmıştır. Daha sonra turizm ve sağlık turizmi istatistiklerine yer verilmiş sonunda da Türkiye’nin sağlık turizmi GZFT analizi yapılarak diğer ülkelerle kıyaslanmıştır.

İkinci bölümde önce, yaşlılık kavramının tanımı, yaşlılıkta görülen hastalıklar ve yaşlılara yönelik sağlık hizmeti verecek kurumlarda bulunması gereken birimlerden bahsedilmiştir. Son bölümünde planlı davranış teorisinin alt başlıkları ve daha önce bu teoriyle yapılmış olan çalışmaların incelenmesine yer verilmiştir.

Üçüncü Bölümde, önce araştırmanın önemi, kapsamı, yöntemi ve örneklem üzerinde durulmuştur. Daha sonra ise anket formu, demografik bulgular, ve istatistiki analizlerin sonuçları hipotezler eşliğinde incelenerek değerlendirilmiştir.

Sonuç bölümünde ise, çalışma ve ulaşılan sonuçlar ana hatları ile özetlenmiştir. Türkiye'de sağlık turizmi sektörünün durumu ve dünya genelindeki payı göz önüne alınarak; aşırı rekabete konu olan sağlık turizmi piyasasındaki payını artırabilmek için alınabilecek önlemler ve çözüm önerileri bu bölümde dile getirilmiştir.

Araştırmanın katılımcıları, Ankara il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üstü kişilerden oluşmaktadır. Örnek grubu, tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Öncelikle 5 katılımcıyla ön görüşme yapılmış, bu görüşmelerde elde edilen bilgiler ışığında pilot anket hazırlanmıştır. Hazırlanan pilot anket 50 kişilik bir katılımcı grubuna uygulanmıştır. Pilot anketin sonuçları değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra anket 388 katılımcıya uygulanmış ve analizi yapılmıştır.

Analizler yapılırken önce kullandığımız ölçeklerin güvenilirliği incelenmiş ve Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,912 bulunmuştur. Bu da yapmış olduğumuz anket çalışmasının *"yüksek güvenirlik"* te olduğunu göstermiştir.

Daha sonra katılımcılara ilişkin bulgular incelenmiştir. Bu kapsamda katılımcılara ait demografik ve diğer bulgular çizelgelere işlenerek değerlendirilmiştir. Çizelgelerde katılımcıların A ve C bölümlerindeki sorulara verdikleri cevaplar ve yüzde oranları verilmiştir.

Sonuçların analizi ve yorumu kısmında birinci olarak modelde yer alan değişkenlere ait bulgular incelenmiştir. Daha sonra verilerin dağılımına ilişkin analizler yapılmıştır. Davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranışa ait sorulara verilen cevaplar ve verilen cevapların ortalamaları çizelge halinde verilerek yorumları yapılmıştır.

Modelde yer alan inançlara ait bulgularda davranışsal inançlar-çıktı değerlendirme, normatif inançlar-normlara uyma motivasyonu, kontrol inançları-kontrol faktörlerinin gücü beraber değerlendirilmiştir. Bu değişken gruplarıyla ilgili sorulara verilen cevaplar çizelgeler halinde sunulmuş ve yorumları yapılmıştır.

Bulgular kısmından sonra analizlere geçilmiştir. Verilerin analizinde iki basamaklı bir yol izlenmiştir.

Birinci basamakta, inançlarla çalışmamızda kurduğumuz modelin ilişkisi araştırılmıştır. İkinci basamakta, modelimizde yer alan tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol temel değişkenlerinin her birisinin altında yatan inançların neler olduğu belirlenmiş ve inançların çalışmamızda kurduğumuz modelle ilişkisi tespit edilmiştir. Daha sonra, tespit edilen bu inançların demografik değişkenler yönüyle nasıl farklılıklar gösterdiği araştırılmıştır.

Kurduğumuz modelde davranışı doğrudan temel değişkenler mi etkilemekte yoksa inançların temel değişkenleri etkilemesiyle mi davranış oluşmaktadır sorusunun cevabını verebilmek için inançlar da çalışmaya dâhil edilmiştir. Planlı davranış teorisinde demografik değişkenlerin, temel modeli inançlarda bir farklılık oluşturmak suretiyle etkileyebileceği varsayılmaktadır. Dolayısıyla, inançların planlı davranış teorisinin temel modelindeki değişkenleriyle ilişkisi varsa demografik değişkenler bir değer kazanacaktır.

Planlı davranış teorisi modelinin analizlerini yapabilmemiz için, davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranış değişkenlerini ölçmek yeterli olmasına rağmen, inançların davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol ana değişkenlerini ne ölçüde etkilediğini anlayabilmek için anketimizde davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin altında yatan inançlara ilişkin bilgiler de toplanmıştır. Örneğin, subjektif norm değişkeni, bir subjektif norm ölçeği ile ölçülürken, aynı zamanda normatif inançlar ve normlara uyma motivasyonu üzerinden hesaplanan bir skorla da tespit edilmiştir. Analizlerin birinci basamağında, bu skorların arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

Anketin C bölümünde yer alan katılımcılara ilişkin bulgulara ve ortak özelliklerine baktığımızda;

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında %58,7'sinin erkek, %41,3'ünün kadınlardan oluştuğu, katılımcıların cinsiyet olarak dengeli bir dağılımda olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşa göre dağılımı incelendiğinde, %57,5'inin 50-54 yaş grubunda, %20,4'ünün 55-59 yaş grubunda, %14,9'unun 60-64 yaş grubunda, %4,1'inin 65-69 yaş grubunda, %1,3'ünün 70-74 yaş grubunda ve %1,8'inin 75+ yaş grubunda olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaklaşık %93'ü 50-64 yaş aralığında bulunmaktadır,

Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde, %9,1'inin bekâr, %90,9'unun evli olduğu görülmüştür. Evli oranının yüksek olmasının sebebi anketin 50 yaş üzeri katılımcılara uygulanmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %15,4'ünün ilkokul, %6,5'inin ortaokul, %19,5'inin lise, %41,9'unun lisans, %16,7'sinin yüksek lisans+ düzeyinde eğitim aldığı görülmüştür. Katılımcı grubumuzun çoğunluğunun lisan ve üstü eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında, %23,1'inin 949 TL - 1999 TL, %26,5'inin 2000 TL – 2999 TL, %21,3'ünün 3000 TL – 3999 TL, %11,8'inin 4000-4999 TL, %17,3'ünün 5000+ TL düzeyinde gelire sahip olduğu görülmüştür. Katılımcılar anketin yapıldığı dönemdeki asgari ücret ve üzerindeki gelir seviyelerine eşit şekilde dağılmaktadırlar.

Katılımcıların, %66,4'ü hali hazırda çalışmakta, %33,6'sı ise çalışmamaktadır. Lisans ve üstü eğitim grubunda olan katılımcılarda çalışma durumunun diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların, %18,4'ü ev hanımı, %44,9'u memur, %9,6'sı işçi, %4,7'si esnaf, %11,4'ü serbest meslek, %10,9'u diğer meslek sahibidir. Katılımcıların yaklaşık yarısının memurlardan oluştuğu görülmüştür.

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olma durumları incelendiğinde, %51,3'ünün Emekli Sandığı, %35,4'ünün SSK, %9,6'sının Bağ-Kur, %1,8'inin diğer sosyal güvenceye sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların hepsinin sağlık hizmeti alabilme yönüyle bir sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir.

Anketin B bölümünde yer alan katılımcıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili soruların bulunduğu bölüme baktığımızda;

Katılımcıların %5,9'unun her ay düzenli olarak doktora gittiği, %7,8'inin 6 ayda bir defa doktora gittiği, %7,0'inin yılda bir defa doktora gittiği, %79,3'ünün hasta olduğu zaman doktora gittiği görülmüştür. Hasta olduğu zaman doktora gidenlerde yığılma olması genel olarak insanların ileri yaşlarda da olsa belirli bir periyotta doktora gitme alışkanlıklarının olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti satın alma durumları incelendiğinde %86,8'inin son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti aldığı, %13,2'sinin son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti almadığı görülmüştür. Bu da bize 50 yaş üstü insanların belirli bir periyotta doktora gitme alışkanlıkları olmasa da büyük çoğunluğunun yılda en az bir kere doktora gittiğini yani sağlık hizmeti satın aldığını göstermektedir.

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde kullandıkları sağlık hizmetine bakıldığında %14,9'unun fizik tedavi, %1'inin SPA, %5,4'ünün Kaplıca tedavisi, %21,4'ünün göz, %21,1'inin KBB, %35,1'inin dâhiliye, %28,6'sının diğer bölümlerden sağlık hizmeti satın aldığı görülmektedir.

Katılımcıların Son 1 yılda aldıkları sağlık hizmeti karşılığında yaptıkları ödemeye bakıldığında %61,7'sinin 100-500 TL, %18,4'ünün 501-900 TL, %12,8'inin 901-1300 TL, %3,3'ünün 1301-1700 TL, %3,9'unun 1701+ TL ödeme yaptığı görülmektedir. Katılımcıların yaklaşık %38'inin aldıkları sağlık hizmeti karşılığında katılım bedeli dışında cepten ödeme de yaptıkları görülmektedir.

Katılımcıların hastalandıklarında sağlık hizmeti almak için başvurdukları kurumlara bakıldığında %18,4'ünün aile hekimine, %39,4'ünün devlet hastanesine, %18,7'sinin üniversite hastanesine, %21,5'inin özel hastaneye, %2,1'inin diğer sağlık kurumlarına başvurduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimi yerine devlet hastanesi ve üniversite hastanelerine başvurulmasının buralardaki yoğunluğu artırarak verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği açıktır.

Katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitme durumlarına bakıldığında %17,9'unun evet, %82,1'nin hayır cevabı verdiği görülüyor. "Hayır" cevabı verilme oranının yüksek olma sebebinin araştırma yapılan Ankara ilinde sağlık hizmetine ulaşımın kolay olmasından dolayı bu ilde yaşayanların başka

bir beldeye sağlık hizmeti almak için gitme eğiliminde olamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitmiş olan katılımcıların gittikleri beldede aldıkları sağlık hizmetine bakıldığında %18,4'ünün fizik tedavi, %0,8'inin SPA, %15,7'sinin kaplıca tedavisi, %11,4'ünün Göz, %9,9'unun KBB, %21'inin dâhiliye, %22,8'inin diğer sağlık hizmetlerinden yararlandığı görülmüştür. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulundukları beldeden başka bir beldeye gitmiş olan 68 katılımcıdan birden fazla sağlık hizmetinden yararlananlar olduğu için yararlanılan sağlık hizmeti sayısı 114 olarak çıkmıştır.

Katılımcıların Sağlık turizmi hakkında ne kadar bilginiz var, sorusuna verdikleri cevaba bakıldığında %27,1'inin bilgim yok, %57,7'sinin kısmen biliyorum, %15,2'sinin bilgim var dedikleri görülmüştür.

Anketin planlı davranış teorisine ait soruların bulunduğu B bölümündeki ifadelere verilen cevapları genel olarak değerlendirdiğimizde;

Davranışsal inançlara yönelik dört ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir beldede sağlık hizmeti almak için para harcamayı ve bunun sağlık problemlerini çözme imkânı vereceğine inandıklarını söyleyebiliriz. Katılımcılar bu davranışın insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettireceği ve çevrelerinde dikkat çekmelerini sağlayacağı inancını taşımadıklarını anlıyoruz. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili davranışsal inançlarının genelde olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Normatif inançlara yönelik dört ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir beldede sağlık hizmeti almalarında, çevrelerinin, basın yayın kuruluşlarında çıkan haber ve reklamların etkili olduğunu, referans olarak aldığı inançlarının da böyle bir sağlık hizmeti almayı uygun karşıladığını anlıyoruz. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili normatif inançlarının çok olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Kontrol inançlarına yönelik altı ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir beldede sağlık hizmeti almalarında tanıdıkları insanların beğenileri, uygulanan sağlık hizmetinin neticesi, sağlık personelinin verdiği bilgiler, kampanyalar, ulaşılabilirlik ve

tanınmışlığın sağlık hizmeti satın almasında etkili olduğunu anlıyoruz. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili kontrol inançlarının çok olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Algılanan davranışsal kontrole yönelik altı ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almalarında kararı kendilerinin verebileceğini, tatil yaparken sağlık hizmeti alabilecekleri tesisleri kendilerinin tercih edeceklerini, zamanları ve maddi imkânları olduğunu, karar verdiklerinde o sağlık hizmetini muhakkak aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili algılanan davranışsal kontrollerinin çok olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Subjektif norma yönelik üç ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayı zaman kaybı olarak görmedikleri, referans aldıkları insanların da başka belde de sağlık hizmeti aldıkları ve kendilerinin de gerektiğinde gitmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili subjektif normlarının çok olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Davranışa yönelik tutumla ilgili dört ifadeye verilen cevaba bakıldığında, katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti aldıklarında çevrelerinde dikkat çektiklerini düşünmedikleri buna karşın sağlık hizmeti alırken tatil de yapıp gezerek rahatlayacaklarını ve mutlu olacaklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili davranışa yönelik tutumlarının çevrelerinde dikkat çekme dışında olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Kontrol faktörlerinin gücüyle ilgili sekiz ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti alarak tatil yapmanın tatil masraflarını azaltacağı düşüncesinde olmadıklarını ama sağlık hizmeti alırken kalite, fiyat, reklamlar, uzman görüşleri, memnuniyet ve çevresindekilerin davranışlarının kararlarında etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili kontrol faktörlerinin gücünün sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmanın tatil masraflarını azaltacağı dışında olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Çıktı değerlendirme ile ilgili dört ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, çevrelerinde dikkat çekmenin katılımcılar için önemli olmadığını fakat sağlıklı olmanın, gereksiz yere para harcamamanın ve yaptığı şeylerden zevk alıp eğlenmenin kendileri için önemli olduğunu

ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili çıktı değerlendirmelerinin çevrelerinde dikkat çekme dışında olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Normlara uyma motivasyonu ile ilgili dört ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, sağlık hizmeti satın alma niyetlerini etkilemede medyada yer alan mesajların etkisi konusunda katılımcıların kararsız oldukları fakat yakın ve uzak çevrelerinin ve inançlarının gereklerinin kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların başka bir belde de sağlık hizmeti almayla ilgili çıktı değerlendirmelerinin çevrelerinde dikkat çekme dışında olumlu olduğunu ifade edebiliriz.

Satın alma niyeti ile ilgili iki ifadeye verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların önümüzdeki altı ay içerisinde başka bir belde de sağlık hizmeti satın alma niyetinde olmadıklarını ifade edebiliriz. Bunun sebebinin katılımcıların belli bir peryotta sağlık hizmeti satın alma alışkanlıklarının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Modelde, inanç-temelli ölçümlerin tümü, kendilerini etkileyen değişkenlerin doğrudan ölçümleriyle anlamlı bir ilişkiye sahiptir. 0,01 anlamlılık düzeyinde korelasyonlar, davranışa yönelik tutum için 0, 506**, subjektif normlar için 0, 426** ve algılanan davranışsal kontrol için 0, 531** bulunmuştur. Sosyal bilimlerde ölçümler 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilirken yaptığımız analizlerimizde 0,01 anlamlılık düzeyinde (çift kuyruk) yüksek korelasyon değerlerine ulaşılmıştır. Bu da bize modelin bir parçası olan inançların, demografik değişkenler itibariyle incelenmesi gerektiğini göstermiştir.

Çalışmada öncelikle davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerinin altında yatan inançların neler olduğu belirlenmiş ve sonrasında inançların temel modelle ilişkisi tespit edilmiştir. Daha sonra, inançların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, meslek ve sosyal güvence demografik değişkenleri itibariyle aralarında anlamlı farklılıklar olup olmadığı araştırılmıştır. Analizlerin ikinci basamağını oluşturan bu kısımda katılımcıların, medeni durum ve gelir durumu değişkenleri açısından davranışsal inanç ifadelerine verdikleri cevaplarda anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların normatif inanç ifadelerine verdikleri cevaplarda ise, yaş ve eğitim durumu değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar görülmüştür. Kontrol inançları ifadelerine verilen cevaplarda ise demografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Planlı davranış teorisi modelinde, davranışa yönelik tutumlar, subjektif normlar ve algılanan davranışsal kontrol niyeti, niyet de davranışı açıklamaktadır. Algılanan davranışsal kontrol niyete bağlı olmadan davranışı doğrudanda açıklayabilmektedir.

Çalışma verilerinin desteklediği bu araştırma modeline ilişkin önemli bulgulardan birisi algılanan davranışsal kontrol değişkeninin niyeti tahmininde anlamlı sonuçlara ulaşılmasıdır. Çalışmanın bulgularında, algılanan davranışsal kontrol değişkeni hem niyeti açıklamakta (0,212**) hem de davranışı doğrudan açıklamaktadır. Literatürde de, davranışın hem niyet hem de algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklanabildiği çalışmalar vardır. Verbeke ve Vackier (2005), tüketicilerin balık satın alma davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, algılanan davranışsal kontrolün hem niyeti hem de davranışı açıklayabildiği, ayrıca niyetin de davranışı açıklayabildiği sonucuna ulaşmışlardır. (Ajzen, 1985; 2007; Armitage ve Christian, 2003; Armitage ve Conner, 1999b) algılanan davranışsal kontrol, eğer niyet aracılığı olmaksızın davranış üzerinde doğrudan bir etkiye sahipse, bu değişkenin algılanan bir durumdan ziyade, gerçek kontrolü vurgulamaya daha yakın olabileceğini ifade etmektedirler.

Algılanan davranışsal kontrol gerçek kontrolü yansıttığı ölçüde, davranışı tahmin etmede başarılı olur Notani (1998). Çalışmanın bulguları doğrultusunda literatürde değinilen bu hususu da göz önüne alarak, algılanan davranışsal kontrolün katılımcılar için bir algılamadan çıkıp, gerçek kontrolü temsil ettiğini söyleyebiliriz. Yani, satın alma davranışının tamamen kendi kararına bağlı olduğunu söyleyen bir kişi için bu durum, artık algının ötesine geçerek, gerçekten de bu davranışı gerçekleştirmenin tamamıyla kendisine bağlı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların satın alma niyetlerini öğrenme amacıyla yapılan korelasyon analizinde, sırasıyla davranışa yönelik tutum 0,258**, subjektif norm 0,150**, algılanan davranışsal kontrol 0,212** çıkmıştır. Katılımcıların satın alma niyetlerini açıklamada, davranışa yönelik tutumun algılanan davranışsal kontrol ve subjektif norma kıyasla daha başarılı olduğu söylenebilir.

Bu bulguyu, başka bir beldede sağlık hizmeti alma niyeti kapsamında şöyle değerlendirebiliriz. Hansen ve ark. (2004)'nın tüketicilerin internet üzerinden alışveriş yapma niyetlerini; Hsu ve ark. (2006a)'nın tüketicilerin mobil mesajlara karşı niyetlerini;

Shaw ve ark. (2000) ve Shaw ve Shiu (2002)'nın, tüketicilerin adil ticareti yapılan ürünleri satın alma niyetlerini; Kaiser (2006)'nın tüketicilerin çevreci niyetlerini; inceledikleri çalışmalarında, davranışa yönelik tutumların niyet üzerindeki etkisinin subjektif normlara kıyasla daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bahsedilen çalışmaların konusu olan davranışlar, görünürlüğü düşük davranışlardır. Bulunduğu beldeden başka bir belde sağlık hizmeti alma niyeti de görünürlüğü düşük bir davranıştır. Bu yüzden davranışa yönelik tutumun niyeti subjektif normlardan daha fazla etkilemesi literatürdeki bulgularla örtüşmektedir.

Bearden ve Etzel, (1982); Hawkins ve ark., (2007), kişinin satın alacağı ürün, çevresinin de görebileceği bir ürün ise, (örneğin; bilgisayar, elbise vb) çevrenin satın alma davranışı üzerindeki etkisi o oranda yüksek olmaktadır derler. Yani satın alınacak ürünün "görünürlüğü" ne kadar yüksekse, kişinin çevresinin etkisi de o kadar yüksek olacaktır. Dolayısıyla, subjektif normların, katılımcıların satın alma niyetleri üzerinde davranışa yönelik tutuma kıyasla biraz daha fazla etkiye sahip olması beklenecektir.

Niyetin, davranışa yönelik tutum tarafından açıklanması; birey herhangi bir davranışı gerçekleştirmesinin kendisi veya çevresi için iyi bir sonuç doğuracağına inanırsa, o davranışı gerçekleştirmeye yönelik olumlu bir tutuma sahip olacaktır; eğer kötü bir sonuç doğuracağına inanırsa o davranışla ilgili olumsuz bir tutuma sahip olacaktır.

Araştırmamıza bu bağlamda bakıldığında, niyetin davranışa yönelik tutum tarafından açıklanmış olması katılımcıların başka bir belde sağlık hizmeti almalarının kendileri veya çevreleri için güzel bir sonuç doğuracağına inanmakta olduklarını göstermektedir.

Niyetin algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklanması, birey bir davranışı gerçekleştirmeyi ne kadar zor veya kolay olarak algılayarsa, bu durum bireyin niyetini ve davranışın ortaya çıkma olasılığını o düzeyde artıracak veya azaltacaktır. Yani, bir davranış gerçekleştirmenin bireye zor veya kolay gelmesi onun davranışa yönelik niyetini etkileyecektir. Algılanan davranışsal kontrol, davranış ortaya çıkmadan hemen önce ortaya çıkmaktadır ve bireyin davranış gerçekleştirmesinde veya gerçekleştirmeye niyet etmesinde etkili olmaktadır. Bundan dolayı planlı davranış teorisi modelinde algılanan davranışsal kontrol hem davranışla, hem de niyetle direk ilişkili olarak gösterilmektedir.

Araştırmamızda niyetin davranışa yönelik tutumdan sonra algılanan davranışsal kontrol tarafından açıklanmış olması katılımcıların başka bir beldede sağlık hizmeti almalarında kendileri açısından bir zorluk görmediklerini, istedikleri zaman bu davranışı gerçekleştirebileceklerini düşündüklerini göstermektedir. Başbuğ, (2008); Bang, Ellinger, Hadjimarcou ve Traichal, (2000) ve Erten, (2002a: 217)'de çalışmalarında bu yönde bulgulara ulaşmışlardır. Bunun sebebi katılımcıların henüz başka bir beldede sağlık hizmeti satın alma niyeti taşımamalarından kaynaklanıyor olabilir. Başka bir beldede sağlık hizmeti satın almanın zorluklarının veya kolaylıklarının bilinmesi niyetin davranışa dönüştürülmesini etkileyecektir.

Niyetin subjektif normlar tarafından açıklanması, kişinin üzerinde hissettiği sosyal baskı veya çevresel etki anlamına gelmektedir. Eğer subjektif normun etkisi yüksek olsaydı, davranış bireyin dışında sosyal çevrenin etkisiyle ortaya çıkmış olurdu. Bulgularımıza baktığımızda katılımcılar, başka bir beldede sağlık hizmeti alma konusunda çevrelerinden davranışa yönelik tutum ve algılanan davranışsal kontrol değişkenlerine kıyasla daha az etkilenmişlerdir.

Sonuç olarak, bu çalışmada, planlı davranış teorisi modeli temel alınarak oluşturulan bu model, bir bütün olarak verilerimizle yaptığımız analizler tarafından desteklenmiştir. Katılımcıların sahip oldukları inançlar ve modelde yer alan değişkenlere ilişkin bulgular ayrı ayrı incelenmiştir. Yapılan analizler, katılımcı grubumuz açısından bulunduğu beldeden başka bir beldede sağlık hizmeti satın alma niyetlerinin oluşmasında sırasıyla; davranışa yönelik tutumlarının, subjektif normlarının ve algılanan davranışsal kontrollerinin etkili olduğunu, aynı zamanda algılanan davranışsal kontrolün niyete bağlı olmadan davranışı direk olarak da etkilediğini göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların cevapları incelendiğinde, genel olarak bulunduğu beldeden başka bir beldede sağlık hizmeti satın alma konusunda olumlu tutumlara sahip oldukları, çevrelerinin ve referans aldıkları kişilerin de bu davranışı destekledikleri ya da engel olmadıkları söylenilebilir. Algılanan davranışsal kontrol açısından da, katılımcılar, başka bir beldede sağlık hizmeti satın almayla ilgili imkânlarla sahip olduklarını ve davranışı kendi kararları doğrultusunda gerçekleştirebileceklerini ifade etmişlerdir. Bireylerin, davranış oluşuncaya kadar işleyen süreci olumlu etkileyecek inançlara sahip oldukları da söylenebilir.

Araştırmanın katılımcı grubunun özellikleri pazarlama açısından arzu edilen bir durum teşkil etmektedir. Ancak, bulguların tüm ülkeye genelleştirilemeyeceğinin de göz önüne alınması gerekir. Bulguların sağlık, turizm ve sağlık turizmi sektörleri için bazı ipuçları taşıdığı da muhakkaktır.

Genel olarak 50 yaş ve üstü kişilerin sağlık turizminden yararlanma niyetlerinde değişiklik yapılabilmesi ve bulunduğu beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın alma niyeti oluşturulmasında;

1. Kalite,
2. Fiyat,
3. Hizmet çeşitliliği,
4. Hizmetin çevresindeki kişilerce de satın alınıyor olması,
5. Çevresinde dikkat çekme ve fark edilme duygusu,
6. Kendini sağlıklı hissetme,
7. Gezerek rahatlama, tatil ve turizm imkânlarından yararlanma,
8. Reklamlar, gibi faktörlerin etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Sektör açısından, 50 yaş ve üstü kişilerin sahip oldukları inançları dikkatle incelemekte fayda vardır. İnançlar davranışa ilişkin temel değişkenleri şekillendiren bir bakış açısı sunmaktadır. Bu yönüyle pazarlamacıların, tüketici grubunun modeldeki inanç değişkenleri için verdikleri mesajları dikkatle ele almaları ve bu yönde özellikle iletişim stratejilerini şekillendirmeleri gerekmektedir. Araştırma bulgularında, tüketici gruplarının demografik özelliklerine göre, gerçekleştirilmesi arzu edilen davranış için farklı inançlara sahip oldukları da bulunmuştur. Gerçekleştirilmesi arzu edilen davranış doğrultusunda, inançların demografik değişkenlere göre farklılaşması göz önüne alınarak hedef kitle kendi arasında gruplanarak, pazar bölümlendirmesi yoluna gidilebilir ve her bir pazar bölümüne yönelik pazarlama stratejileri geliştirilebilir.



ÖNERİ VE KISITLAR

Bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından çalışmanın kısıtlarını belirtmekte yarar olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma Ankara’da bulunan 50 yaş üstü kişilerle sınırlı tutulmuştur. Çalışmanın sonuçları, örneklemin ana kütleyi tam olarak temsil etmeyişi sebebiyle, genellenemez. Ancak, bu çalışma sorunu anlayabilmek için yapılan keşifsel bir çalışma olarak değerlendirildiğinde, bundan sonra yapılacak olan satın alma niyeti modelleme çalışmalarına bir temel sunabilir. Bu konuda daha sonra yapılacak Türk ve yabancı tüketicilere yönelik çalışmalarda bu çalışmadan yararlanılabilir. Ankara’da yeterli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunumu olduğu göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu yerlerde yapılacak çalışmalarda daha farklı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Diğer yandan sağlık hizmetleri talebinin diğer sektörlerle göre farklı özellikleri bulunmaktadır. Bu özelliklere bakıldığında; sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır, ikamesi yoktur ve ertelenemez. Ayrıca sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil hekim belirler ve tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Bütün bu özellikler sağlık sektöründe talebin yönetilmesi konusunda zorlukları da beraberinde getirir. Bu yüzden çalışma tüketici davranışları açısından da planlı davranış teorisi değişkenlerine dayandırılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken, araştırma bulgularının literatürdeki çalışmalarla kıyaslanmasında kısıtlarla karşılaşmıştır. 50 yaş ve üstü kişilerin bulundukları beldeden başka bir belde sağlık hizmeti satın alma niyetlerinin incelendiği bu çalışmanın bulguları, literatürde yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmadığı için literatürle kıyaslanamamıştır. Bu çalışmanın özgünlüğünü ortaya koyması açısından bir avantaj oluştururken, kıyaslama yapılamaması yönüyle de bir kısıt olarak karşımıza çıkmıştır. Dolayısıyla kıyaslama literatürde yer alan benzer bir kısım çalışmaların bulgularına göre planlı davranış teorisi modeline göre değerlendirilebilmiştir.

Literatürde planlı davranış teorisi temel değişkenlerinin inançlar, inançları oluşturan değişkenler ve bu değişkenleri etkileyen demografik değişkenlerin birlikte incelendiği çalışmaların az olması karşımıza çıkan başka bir kısıttır. Araştırmacılara yapacakları

çalışmalarda inançlar boyutunun da araştırmaya dâhil edilmesi tavsiye edilmeye başlanmıştır. Bizde çalışmada bu tavsiyeyi dikkate alarak inançlar, inançları oluşturan değişkenler ve bu değişkenleri etkileyen demografik değişkenleri birlikte değerlendirdik. Bu da, araştırma kapsamının genişlemesini ve satın alma niyetinin daha ayrıntılı olarak incelenmesini sağlamıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda turizm sektöru, sağlık hizmetleri sektöru ve politika yapıcılara önerilerde bulunabiliriz.

Turizm sektörünün bilinçli olarak sağlık turizmi alanına yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu turist başına elde edilen gelirin artırılabilmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Klimatizm, balneoterapi, üvalizm gibi turizm faaliyetleri içinde sunulabilecek rehabilitasyon ve wellnes hizmetleri sunulan hizmetleri turist açısından daha cazip hale getirecektir. Yaşlı sayısındaki artış sebebiyle, sağlık turizmine katkıda bulunan bireylerin çoğunluğunun bu kesimden oluştuğu belirlenmiştir. Bunun bilinciyle yapılan sağlık turizmi kapsamına giren olumlu çalışmalar, ileri yaştaki kişilere sunulan özel imkânları beraberinde getirecektir. Yaşla birlikte gelişme gösteren hastalıkların teşhis ve tedavisinde, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinde sunulan hizmet kalitesi hastaların daha iyi hizmet almasını sağlayacaktır. Tesislerde verilen sağlık hizmetlerinin hastaneye bağlı olarak verilmesi güvenilir, hızlı ve kaliteli hizmet alınmasını sağlayacaktır. Bu gelişmeler beraberinde sağlık turizmi kapsamında daha çok sağlık turistinin ülkeye gelmesini sağlayacaktır.

Sağlık sektörünün medikal turizm kapsamında sunduğu sağlık hizmetlerini sadece tıbbi tedavi ile sınırlı tutmayıp, özellikle, Hindistan, Malezya gibi ülke örneklerini göz önüne alarak tıbbi tedavinin yanında turizm imkânlarını da beraberinde sunmaları yabancı medikal turist açısından tedaviyi daha cazip hale getirecektir. Medikal turizm, kış dönemlerinde turizm açısından atıl kapasitenin üst seviyede olduğu turistik tesislerin atıl kapasiteleri ve inanç turizmi ile desteklenerek yeni bir açılım yaşayabilecektir. Sağlık sektörümüzde turizm sektörümüz gibi ürün çeşitliliği sağlayamamakta bu da müşterilerin sadece sunulan hizmeti (örneğin; saç ekme, göz ameliyatı vb) alarak kendi ülkesine dönmesini netice vermektedir.

Politika yapıcılarının, sağlık turizmi sektörünün en büyük problemi olan aracı kuruluşlarla ilgili mevzuat düzenlemelerini biran önce yapması gerekmektedir. Aracı kuruluşlar sıkı denetim, yaptıkları işlerden dolayı müşterilerin mağduriyet yaşaması durumunda devletin direk

devreye girebileceği bir mekanizma ile çalışmalı ve yurtdışında yapacakları reklam faaliyetleri ve benzeri çalışmalar için teşvik kapsamına alınmalıdırlar. Sağlık sektörü aracı kuruluşların boşluğunu kendisi doldurmaya çalışmakta bu da verimli olamamaktadır. Yaşlı bakımı kapsamında sunulacak medikal turizmin oluşturacağı istihdam ve ekonomik girdileri daha yüksek ve uzun süreli olacaktır. Sağlık sektörünün yaşlı bakım köyü benzeri alanlara kayabilmesi için yer tahsis ve teşvik çalışmalarının yapılmasında fayda olduğu düşünülmektedir.

Yaşlı bakımı kapsamında ülkemize özellikle gelişmiş batı ülkelerinden gelecek yabancı sağlık turistleri bırakacakları döviz yanında, ortaöğretim ve üniversite öğrencilerimiz açısından yabancı dil öğretimi ve geçmiş hayat tecrübelerini aktararak entelektüel anlamda ülkemize girdi sağlayabileceklerdir. Bu, beraberinde ülkemizin yurtdışında tanıtımı ve lobicilik faaliyeti olarak da fayda sağlayabilecektir.



KAYNAKLAR

- Aarts, H., Dijksterhuis, A. (2003). *The Silence of the Library: Environment, Situational Norm and Social Behavior*, Journal of Personality and Social Psychology, 84, 18-28.
- Aiken, L. R. (1995). *Aging: An Introduction to Gerontology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Londra.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2012). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı*. Ankara: Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 3.
- Ajzen, I. (1985), From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior, In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action Control, From Cognition to Behaviour*, Springer- Verlag Berlin Heidelberg, 11-39.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behaviour*, Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour, *Organization Behaviour and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives, *Personality and Social Psychology Review*, 6, 107- 122.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations”, http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb_measurement.pdf, (Erişim Tarihi, 07.02.2008).
- Ajzen, I. (2007). Albarracín, D., Hornik, R., Prediction and Change of Health Behavior: Applying the Reasoned Action Approach, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. (2008). Consumer Attitudes and Behavior, In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr & F. R. Cardes (Eds.), *Handbook of Consumer Psychology*, New York: Lawrence Erlbaum Associates, 525-548.
- Ajzen, I. (2012). The Theory of Planned Behaviour In Lange P.A.M, Knsglanski , W. And Higgins, E.T., (Edt). *Handbook of Theories of Social Pyschology*, 1, 438-459
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1977). Attitude-Behaviour Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research, *Psychological Bulletin*, 84, b888-918.
- Aksu, A. (2001). Turistin sağlığı. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7, 39.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. and Muellerleile, P. A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*, (127), 142-161.
- Albayrak, A. S. (2005). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, (Editör Kalaycı. Ş) Ankara: Asil Yayın, 405.

- Armitage, C. J., Conner, M. and Norman, P. (1999). Differential Effects of Mood on Information Processing: Evidence From the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour, *European Journal of Social Psychology*, 29, (4), 419-433.
- Armitage, C. J. and Christian, J. (2003). From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Current Psychology*, 22(3), 187-195.
- Armitage, C. J. and Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Armitage, C. J. and Conner, M. (2001). Social Cognitive Determinants of Blood Donation, *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1431-1457.
- Armitage, C. J. and Conner, M., (1999a). The Theory of Planned Behavior: Assessment of Predictive Validity and Perceived Control, *British Journal of Social Society*, 38, 35-54.
- Arnado, S., Koyuncu, M. ve Kaça, G., (2010), Understanding Driving Under the Influence of Alcohol in Turkey: An Application of the Theory of Planned Behavior, In Hennessy, D. A. (Ed.), *Traffic Psychology: An International Perspective*, New York: Nova Science Pub.
- Aybala, D. A. (2013), Sağlık hizmeti pazarlamasında tüketici memnuniyeti: hastanede yatan yaşlıların hastane hizmetlerine ilişkin görüşleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*.
- Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, R. P. ve Arslan, S. (2011). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013.
- Aydın, D., Constantinides, C., Mike, C., Yılmaz, C., Genç, A. ve Lanyi, A. (2012). Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: 18.
- Babaoğlu, M. (2007). *Yaşlı tüketiciler pazarı ve taraflara öneriler* Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi GEBAM tarafından "Halk Eğitimi Etkinlikleri" kapsamında hazırlanmıştır.
- Babrow, A. S., Black, D. R. and Tiffany, S. T. (1990). Beliefs, Attitudes, Intentions, And A Smoking-Cessation Program: A Planned Behavior Analysis Of Communication Campaign Development, *Health Communication*, (2), 145- 163.
- Baltaş, Z. (2009). Davranışın Sağlığa Etkisi, Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan, *Çanakkale, Bildiriler Kitabı*, 5-14.
- Bamberg, S., Ajzen, I. and Schmidt, P. (2003). Choice of Travel Mode in the Theory of Planned Behavior: The Roles of Past Behavior, Habit, and Reasoned Action, *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 175–187.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanisms in Human Agency, *American Psychologist*, 37, 122–147.

- Bandura, A. (1992). On Rectifying the Comparative Autonomy of Perceived Control: Comments on Fcognates of Personal Control, *Applied and Preventive Psychology*, (1), 121–126.
- Bandura, A. (1995). Exercise of Personal and Collective Efficacy, In Bandura, A. (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies*, New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*, W.H. New York, Freeman and Company.
- Bang, H-K., Ellinger, A. E., Hadjimarcou, J. and Traichal, P. A. (2000). Consumer concern, knowledge, belief, and attitude toward renewable energy: An application of the reasoned action theory. *Psychology and Marketing*, 17, 449-468.
- Bansal, H. S. and Taylor, S. F. (2002). Investigating Interactive Effects in The Theory of Planned Behavior in A Service-Provider Switching Context, *Psychology and Marketing*, 19(5), 407-425.
- Başbuğ, G. (2008b). *Üniversiteden Yeni Mezun Olan Gençlerin İş Arama Davranışlarının Planlı Davranış Teorisi Bağlamında Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bearden, W. O. and Etzel, M.J. (1982), Reference Group Influence on Product and Brand Purchase Deci-sions, *Journal of Consumer Research*, (9), 183-194.
- Bennett, P. and Bozionelos, G. (2000). The Theory of Planned Behaviour As Predictor of Condom Use: A Narrative Review, *Psychology Health & Medicine*, 5, 307-326.
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M. and Murnaghan, D. M. (2002). Determinants of Exercise Intention And Behavior in Survivors of Breast And Prostate Cancer: An Application of The Theory of Planned Behavior, *Cancer Nursing*, 25, 88-95.
- Büyükkucak, M. (2013). Emeklilik Dönemi Bir Kabusa Dönüşmesin. *Bizim Şifa Dergisi* (3), 12.
- Canatan, A. (2008). *Sosyal Yönleriyle Yaşlılık*, Ankara: Palme Yayıncılık, 14-16.
- Chung, D. (2004). A Comparison of Three Models to Understand Purchasing Behaviour of Avatar-Related Products, Doctoral Dissertation, Michigan State University, Department of Communication.
- Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sandand Surgery. *Tourism Management*, 27,1093-1100.
- Çelik, A. (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Danış, M. Z. (2004). *Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri, Güç-Vak Yayınları, Sosyal Hizmet Dizisi I*, Ankara: Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı Yayını.
- Davis, L. E., Ajzen, I., Saunders, J. and Williams, T. (2002). The Decision of African American Students to Complete High School: An Application of The Theory of Planned Behavior, *Journal of Educational Psychology*, (94), 810-819.
- Davis, L. E., Saunders, J., Johnson, S., Miller-Cribbs, J., Williams, T. and Wexler, S. (2003). Predicting Positive Academic Intention Among African American Males And Females, *Journal of Applied Social Psychology*, (33), 2306-2326.
- Dawkins, C. E. and Frass, J. W. (2005). Decision of Union Workers to Participate in Employee Involvement: An Application of The Theory of Planned Behaviour, *Employee Relations*, 27 (5), 511-531.
- Deloitte, (2010). Deloitte Center for Health Solutions, Global Survey of Health Care Consumers, *Behaviors, attitudes and unmet needs*, Report, Washington DC, Deloitte Development LLC, 2010.
- Demirel, A., Bozdağ, G., Kart, C. ve Gürkan, T. (2006). "Yaşlanma Fizyolojisi ve Olası Teoriler" *Türk Geriatri Dergisi*, 9(4), 251.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M. and Mackenbach, J. P. (2004). Educational Differences in the Intention to Stop Smoking: Explanations Based on The Theory of Planned Behaviour, *European Journal of Public Health*, 14, 194-198.
- East, J. R. (1993). Investment Decisions and The Theory of Planned Behavior, *Journal of Economic Psychology*, (14), 337-375.
- Elliott, M. A., Armitage, C. J. and Baughan, C. J. (2007). Using The Theory of Planned Behaviour to Predict Observed Driving Behavior, *British Journal of Social Psychology*, 46(1), 69-90.
- Erten, S. (2002a). Planlı Davranış Teorisi ile Uygulamalı Ders İşleme Öğretim Metodu, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19 (2), s. 217-233.
- Erten, S. (2002b). Kız ve Erkek Öğrencilerin Evde Enerji Tasarrufu Yapma Davranış Amaçlarının Planlı Davranış Teorisi Yardımıyla Araştırılması, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (22).
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Frey, B. S. and Eichenberger, R. (1993). Economic Incentives Transform Psychological Alternatives. *Journal of Economic Behavior and Organization*, forthcoming.
- Gatfield, T. and Chen, C. H. (2006). "Measuring Student Choice Criteria Using the Theory of Planned Behaviour: The Case of Taiwan, Australia, UK and USA", *Journal of Marketing For Higher Education*, 16(1), 77-95.

- Gibbons, F. X., Gerrard, M., Blanton, H. and Russell, D. W., (1998). Cognitive Antecedents to Adolescent Health Risk: Discriminating Between Behavioral Intention and Behavioral Willingness, *Psychology and Health*, 13, 319-339.
- Godin, G. and Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behaviour: A Review of its Applications to Health-related Behaviours, *American Journal of Health Promotion*, (11), 87-97.
- Golstein, N. and Cialdini, R. B. (2009). *Normative Influences on Consumption and Conservation Behaviors*, New York: Social Psychology of Consumer Behavior, In Michaela Waenke (Ed.), Psychology Press, Taylor & Francis Group,
- Gonzales, A., Brenzel, L. and Sancho, J. (2001). *Health Tourism and Related Services: Caribbean Development and International Trade*, Submitted to the Regional Negotiating Machinery (RNM), Final Report.
- Gökkoca, F. Z. U. ve Baharlıteler, N. (1999). Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları. *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni*, 18(3-4), 7-11.
- Güleç, D. (2011). *Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları Ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi* Yüksek Lisans, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 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, 73-75-85-86.
- Han, H. and Kim, Y. (2010). An investigation of Green Hotel Customers’ Decision Formation: Develoeping an Extended Model of The Theory of Planned Behavior. *International Journal of Hospitality Management*, 29, 659-668.
- Hansen, T., Jensen, J. M. and Solgaard, H. S. (2004). Predicting Online Grocery Buying Intention: A Comparison of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior, *International Journal of Information Management*, (24), 539-550.
- Hasiloğlu, H. ve Akın, G. (2008). Yaşlanma ve Devlete Ait Olan Huzurevlerinin Ülke Geneline Dağılımları ve Yapı Nitelikleri Açısından İncelenmesi, *Hastane ve Yaşam*, (32), 68-69.
- Hawkins, D. I., Mothersbaugh, D. L. and Best, R. J. (2007). *Consumer Behavior: Building Marketing Strategy*, 10th International Edition, Irwin/McGraw-Hill.
- Hsu, T. H., Wang, Y. S. and Wen, S. C. (2006). Using the decomposed theory of planning behavioural to analyse consumer behavioural intention towards mobile text message coupons. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 14(4), 309-324.
- Ingham, R. (1994). Some Speculations on the Concept of Rationality, *Advances in Medical Sociology*, 4, 89-111.

İncedayı, S. (2005). *Planlı Davranış Kuramına Göre Geliştirilen Fiziksel Aktivite Ölçeğini Türk Toplumuna Uyarlama Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İnternet: (2015). Web: www.health-tourism.com/medical-tourism/history/ adresinden 07 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: [KTB] *Talassoterapi - Deniz Kürleri*. Web: <http://www.ktbbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11482/talassoterapi---deniz-kurleri.html> adresinden 24 Aralık 2015’de alınmıştır.

İnternet: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB] (2014). *Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uluslararası Mevzuat Avrupa Birliği'nde Özürlülere Yönelik Yasal Düzenlemeler* 11 Aralık 2013, Tavsiye Kararı, Engelli Bireylerin Kültür, Spor, Turizm ve Boş Zaman Etkinliklerine Tam, Eşit ve Etkin Katılımının Sağlanması Üzerine Üye Devletlere Yönelik Cm/Rec(2013)3 Sayılı Tavsiye Kararı Web: <http://www.eyh.gov.tr/tr/html/8396/1.1#oyhg1> adresinden 12 Haziran 2014’de alınmıştır.

İnternet: Aydın, D. *Türkiye Sağlık Turizmi Derneği. Antalya’da Sağlık Turizmi Yatırımları* Web: <http://www.saglikturizmi.org.tr/media/Pdf/4.pdf>. 2-5 adresinden 15 Mayıs 2015’de alınmıştır.

İnternet: Aydın, D. ve Şeker, S. (2011). *Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi*. Web: <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-74694/h/rehber-uygulama.pdf> adresinden 20 Mayıs 2015 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO). (2013). International tourist arrivals up 5% in January-June 2013 compared to the same period of 2012. World Tourism Barometer Advance Release on the occasion of the UNWTO 20th General Assembly, 11(5) Web: http://dtxtq4w60xqp.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_barom13_04_august_excerpt.pdf. adresinden 10 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: Conner, M. (1993). “Understanding Determinants of Food Choice: Contributions from Attitude Research”, British Food Journal, 95(9), pp. 27-31, Çeviren: Can Ergün, <http://www.beslenmevediyet.org/?intPageStructureNo=94&sintLanguageID=0&bytContentType=2&intPageNo=271&bytRelListId=1&strHitCountParam=3%7C36%7C0%7C3720%7C302>, adresinden 09 Ekim 2009’da alınmıştır.

İnternet: Francis, J. J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, e. F. S., Smith, L. and Bonetti, D., (2004). *Constructing Questionnaires Based on The Theory of Planned Behaviour*, Centre for Health Services, Research, University of Newcastle, United Kingdom, <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/Francis%20etal.TPB%20research%20manual.pdf>, adresinden 06 Şubat 2008’de alınmıştır.

İnternet: Geriatri hakkında bilgiler, Web: <http://nedir.ileilgili.org/geriatri-nedirnedemek-ileilgili-bilgiler.html> adresinden 16 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Gökçe Kutsal, Y. *Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları* Web: <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr> adresinden 20 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: İbiş, S. (2013). *Türkiye Dünya yaşlılarının bir numaralı turizm cenneti olabilir.* Web: <http://www.turizmhaberleri.com/haberayrinti.asp?ID=25215> adresinden 20 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: JCI, (2015). *Akreditasyonuna Sahip Kuruluşlar,* Web: <http://tr.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-Organizations/?c=Turkey&a=Hospital%20Program> adresinden 19 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: Kaplıca Zamanı [KB], (2015). *Klimaterapi Uygulamaları* Web: <http://www.kaplicazamani.com/haber.asp?durum=dt&icr=63> adresinden 09 Haziran 2015’de alınmıştır.

İnternet: Karatay, M. *Araştırmada Örneklem*, 80.251.40.59/education.ankara.edu.tr /aksoy/eay/mkaratay.doc Web: <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjys-CupDLAhVJYJoKHQk1CtkQFghFMAc&url=http%3A%2F%2F80.251.40.59%2Feducation.ankara.edu.tr%2Faksoy%2Feay%2Fmkaratay.doc&usq=AFQjCNEMrtRc6TMp-BRCpCwcQL7ktlse2w> adresinden 12 Aralık 2015’de alınmıştır.

İnternet: NTV Haber (2006). *Avrupa’da sağlık turizmi artıyor, Sağlık turizmine ilgi duyan Avrupalı sayısı her geçen gün artıyor,* Web: <http://arsiv.ntv.com.tr/news/394433.asp> adresinden 03 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: Özsarı, S. H., Karatana Ö. (2013) Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu (Health Tourism Situation in Turkey), Web: <http://docplayer.biz.tr/603420-Saglik-turizmi-acisindan-turkiye-nin-durumu.html> İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul Salih Haluk Özsarı, Özlem Karatana; Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu; *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2):136-144 doi: 10.5505/jkartaltr.2013.69335 adresinden 24 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Renée-Marie Stephano and Jonathan Edelheit, “The Future of Medical Tourism”, <http://www.medicaltourismmag.com/article/the-future-of-medical-tourism.html> adresinden 20 Nisan 2015’de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Bakanlığı, *Türkiye’de Termal Turizm.* Web: <http://www.saglikturizmi.gov.tr/tr/saglik-turizmi/termal-turizm/turkiye-de-termal-turizm> adresinden 15 Mayıs 2015’de alınmıştır.

İnternet: TÜİK (2015). Turizm İstatistikleri İstatistiksel tablolar ve dinamik sorgulama http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden 15 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Türk Geriatri Vakfı rehberin hazırlık çalışmasında görev almıştır Web: <http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/index.php/demans-bunama> adresinden 16 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Türk Geriatri Vakfı rehberin hazırlık çalışmasında görev almıştır Web: <http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/index.php/depresyon> adresinden 23 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: Türkiye en çok turist çeken altıncı ülke (2015). Web: <http://www.radikal.com.tr/hayat/turkiye-en-cok-turist-ceken-altinci-ulke-1144856/> adresinden 18 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: *Türkiye İstatistik Kurumu* (2015). Web: <http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/ANKARA.pdf> adresinden 07 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: *Türkiye, dünyada en hızlı yaşlanan ikinci ülke olacak!* Web: <http://www.medikalakademi.com.tr/pfizer-turkiye-yaslanan-ulke-nufus-sencokyasa/> adresinden 07 Aralık 2015’de alınmıştır.

İnternet: Web: http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/geriatri-bilim-dali_175.html adresinden 13 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: Web: http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/geriatri-bilim-dali_175.html adresinden 13 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: Web: <http://www.saglikturizmi.org.tr/media/Pdf/6.pdf> Araştırma: 2005/4 Avrupa’da Yaşlı Bakımı. 1 adresinden 15 Mayıs 2015’de alınmıştır.

İnternet: *Yaşlanma İle İlgili Kavram Ve Teoriler* Web: <http://www.saglikal.com/tag/biyolojik-yaslilik> adresinden 08 Temmuz 2015’de alınmıştır.

İnternet: *Yaşlanma İle İlgili Kavram Ve Teoriler* Web: <http://www.saglikal.com/yaslanma-ile-ilgili-kavram-ve-teoriler.html#more-585> adresinden 16 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: *Yaşlılarda Demans (Bunama)* Web: http://sirnakdh.saglik.gov.tr/?l=notice_content&h=11&t=bulletin adresinden 13 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Yıldırım, H. H. ve Altunkaya, Ü. (2006). “Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler”, <http://docplayer.biz.tr/2154695-Turkiye-nin-saglik-turizmi-potansiyeli-ve-guclukler-turkiye-nin-saglik-turizmi-potansiyeli-ve-guclukler-dr-hasan-huseyin-yildirim-umran-altunkaya.html>, 1 adresinden 20 Mayıs 2015’de alınmıştır.

İnternet: Web: http://www.healism.com/medical_tourism/history/medical_tourism_history/ adresinden 07 Ağustos 2015’de alınmıştır.

İnternet: Web: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf adresinden 09 Haziran 2015’de alınmıştır.

- İslamoğlu, H. (2000). *Pazarlama Yönetimi, Stratejik ve Global Yaklaşım*, 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Johnston, K. L. and White, K. M. (2003). Binge-drinking. A Test of the Role of Group Norms in the Theory of Planned Behaviour, *Psychology and Health*, 18, 63-77.
- Kaça, G., Amado, S., Kıkıcı, İ., Cilasın, S., Dağ, E., Leylek, İ. ve Şahin, Ö. (2009). Organ Bağışına Yönelik Tutumların Planlı Davranış Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi, *Türk Psikoloji Dergisi*, 25(64), 78-94.
- Kaiser, F. G. (2006). A Moral Extension of the Theory of Planned Behavior: Norms and Anticipated Feelings of Regret in Conservationism, *Personality and Individual Differences*, 41, 71–81.
- Kocagöz, E. S. (2010, Haziran). *Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlanmış Davranış Teorisinin Bir Uygulaması*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Kocagöz, S. E. (2010). *Kadınların Makyaj Malzemelerini Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi: Planlı Davranış Teorisinin Bir Uygulaması*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Levin, P. F. (1999). Test of the Fishbein and Ajzen Models as Predictors of Health Care Worker's Glove Use, *Research in Nursing & Health*, 22, 295- 307.
- Manstead, A. S. R. and Van Eekelen, S. A. M. (1998). Distinguishing Between Perceived Behavioral Control and Self-efficacy in the Domain of Academic Achievement Intentions and Behaviors, *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 1375-1392.
- Mintel International Group Ltd. (2004). *DMO Funding Models*, Destination Marketing International.
- Mintel Raporu (2003). *Health and Wellness Tourism-Global Raporu*, England.
- Morojele, N. K. and Stephenson, G. M. (1994). Addictive behaviours: Predictors of abstinence and expectations in the Theory of Planned Behaviour, In D. R. Rutter & L. Quine (Eds.), *Social Psychology and Health: European Perspectives*, Brookfield, VT, US: Avebury/Ashgate Publishing Co., 47-70.
- Notani, A. S. (1998). Moderators of Perceived Behavioral Control's Predictiveness in the Theory of Planned Behaviour: A Meta-Analysis, *Jornal of Consumer Psychology*, 7(3), 247-271.
- Nucifora, J., Gallois, C. and Kashima, Y. (1993). Influences on Condom Use Among Undergraduates: Testing The Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour, In D. J. Terry, C. Gallois, & M. Mccamish (Eds.), *The Theory of Reasoned Action: Its Application to AIDS-Preventive Behaviour*, Oxford, UK: Pergamon, 47-64.
- Odabaşı, Y. ve Barış, G., (2002). *Tüketici Davranışı*, 5. Baskı, İstanbul: MediaCat Kitapları.

- Park, H. S. and Smith, S. (2007). Distinctiveness and Influence of Subjective Norms, Personal Descriptive and Injunctive Norms, and Societal Descriptive and Injunctive Norms on Behavioral Intent: A Case of Two Behaviors Critical to Organ Donation, *Human Communication Research*, 93, 194-218.
- Park, H. S., Klein, K. and Smith, S. (2007). *"The Power of Subjective Norms, niversity Descriptive and Injunctive Norms, and U.S. Descriptive and Injunctive Norms on Drinking Behavior Intentions"*, Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, TBA, San Francisco, CA.
- Perugini, M. and Bagozzi, R. P. (2001). The Role of Desires and Anticipated Emotions in Goal-Directed Behaviors: Broadening and Deepening The Theory of Planned Behavior, *British Journal of Social Psychology*, 40, 79-98.
- Plotnik, R. (1989). *Introduction to Psychology*, Second Edition. New York:Random House.
- Rise, J. and Wilhelmson, B. U. (1998). Prediction of Adolescents' Intention Not to Drink Alcohol: Theory of Planned Behavior, *American Journal of Health Behavior*, 22, 206-217.
- Rivis, A. and Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Current Psychology*, 22(3), 218-233.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2001). 24.07.2001 tarihli 24472 sayılı Kaplıcalar Yönetmeliği.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2011). *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı Sağlığı Modülleri – Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*. Ankara: Anıl Matbaacılık, 19-20-29-30-31-32-73-76-77-163-191-198-199-226-275-347-348-349-351-353-354-439.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2012). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, Opus Basım, 9-11-21-23-24-37-56.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2012). *Sağlık Turizmi El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara: BMS Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2013). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, 5-6-11-15-16-32-34-37-40-41-45-46-49.
- Schultz, P. W., Nolan, J. M., Cialdini, R. B., Goldstein, N.J. and Giskevicius, V., (2007). The Constructive, Destructive, and Reconsrtuctive Power of Social Norms, *Psychological Science*, 18(5), 429-434.
- Shaw, D. and Shiu, E., (2002), The Role of Ethical Obligation and Self-identity in Ethical Consumer Choice, *International Journal of Consumer Studies*, 26, (2), 109-116.
- Shaw, D., Shiu, E. and Clarke, I. (2000). The Contribution of Ethical Obligation and Selfidentity to the Theory of Planned Behaviour: An Exploration of Ethical Consumers, *Journal of Marketing Management*, 16, 879-894.

- Sheldon, J. P. (2006). *Developing a Competitive Wellness Destination*, İspanya: Innovation&Tourism International Wellness Semineri Sunumu.
- Sheppard, B. H., Hartwick J. and Warshaw P. R. (1988). The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research, *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Spijkerman, R., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vitale, S. and Engels, R. C. M. E., (2004). Explaining Adolescents' Smoking and Drinking Behavior: The Concept of Smoker and Drinker Prototypes in Relation to Variables of the Theory of Planned Behavior, *Addictive Behaviors*, 29, 1615-1622.
- Tengilimoğlu, D. (2005). Sağlık Turizmi: Tedavi Amaçlı Turizm ve Termal Turizmde sorunlar ve Çözüm Önerileri, *Hastane Dergisi*, (7), 34.
- Terry, D. J., Hogg, M. A. and White, K. M. (1999). The Theory of Planned Behaviour: Self-identity, Social Identity and Group Norms, *British Journal of Social Psychology*, 38, 225-244.
- Tümerdem, Y (2006). *Gerçek Yaş Türk Geriatri dergisi*, 9,3, 195-196.
- UNFPA, (2012). Ageing in the 21st century: A celebration and a challenge. United Nations Populations Fund, New York, USA.
- UNWTO (2012). *UNWTO Tourism Highlights 2012 Edition*. UNWTO.
- UNWTO (2013). *UNWTO Tourism Highlights 2013 Edition*. UNWTO.
- Verbecke, W. and Vackier, I. (2005). Individual Determinants of Fish Consumption: Application of the Theory of Planned Behaviour, *Appetite*, 44, 67–82.
- Yaşın, B. (2007). *Tüketicilerin Alışveriş Stilleri İle Tüketim Değerleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.





EK-1. Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm İller

İller	Hasta Geliş Şekli				Toplam*
	İkili Anlaşmalı Ülkeler	Medikal Turizm	SGK ile Anlaşmalı Ülkeler	Turistin Sağlığı	
Antalya	0	47649	4498	35020	87167
İstanbul	154	55985	5170	7533	68842
Ankara	390	16596	371	1569	18926
Kocaeli	0	13256	98	747	14101
İzmir	0	8324	1657	3944	13925
Muğla	0	5430	140	7613	13183
Aydın	0	3093	626	3409	7128
Karaman	0	213	3849	528	4590
Adana	0	3459	58	514	4031
Sakarya	0	120	2539	834	3493
Bursa	0	1998	306	992	3296
Gaziantep	0	2198	127	439	2764
Samsun	0	1067	558	195	1820
Mersin	0	819	36	812	1667
Kayseri	0	994	113	41	1148
Erzurum	0	905	13	155	1073
Şanlıurfa	0	582	68	314	964
Trabzon	0	441	3	480	924
Hatay	0	746	58	81	885
Balıkesir	0	355	87	413	855
Yalova	0	625	24	203	852
Konya	0	535	27	259	821
Rize	0	214	3	598	815
Çanakkale	0	338	10	415	763
Batman	0	490	204	31	725
Eskişehir	0	413	151	73	637
Tekirdağ	0	430	19	187	636
Edirne	0	320	16	194	530
Nevşehir	0	77	4	448	529
Mardin	0	277	5	237	519
Kahramanmaraş	0	106	178	197	481
Elazığ	0	43	217	117	377
Kastamonu	0	19	2	335	356
Denizli	0	73	65	204	342
Diyarbakır	0	145	4	146	295
Ordu	0	95	27	158	280
Kars	0	88	0	171	259
Afyonkarahisar	0	152	16	65	233
Artvin	0	47	2	159	208
Manisa	0	114	6	55	175
Yozgat	0	40	75	51	166
Amasya	0	31	30	89	150
Van	0	114	1	12	127
Muş	0	0	27	88	115
Zonguldak	0	24	21	54	99
Isparta	0	55	7	34	96

EK-1. (devam). Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm İller

İller	Hasta Geliş Şekli				Toplam*
	İkili Anlaşmalı Ülkeler	Medikal Turizm	SGK ile Anlaşmalı Ülkeler	Turistin Sağlığı	
Bolu	0	56	0	27	83
Iğdır	0	54	2	16	72
Kırklareli	0	25	0	42	67
Çankırı	0	47	0	2	49
Şırnak	0	10	0	28	38
Çorum	0	21	4	7	32
Karabük	0	31	0	1	32
Sinop	0	3	1	25	29
Sivas	0	9	0	16	25
Kütahya	0	8	4	10	22
Osmaniye	0	12	0	9	21
Hakkari	0	4	0	16	20
Bartın	0	10	0	9	19
Ağrı	0	8	0	7	15
Niğde	0	5	0	8	13
Burdur	0	1	0	10	11
Kırşehir	0	3	0	7	10
Giresun	0	5	1	2	8
Erzincan	0	3	1	1	5
Gümüşhane	0	2	0	3	5
Kırıkkale	0	0	0	3	3
Uşak	0	2	0	0	2
Aksaray	0	1	0	0	1
Bingöl	0	0	0	1	1
Tokat	0	0	1	0	1
Bilinmeyen	0	47	0	0	47
Toplam	544	169462	21530	70463	261999

* Sıralama toplam sütununa göre yapılmıştır.

EK-2. Uluslararası Hastaların Başvurdukları Tüm Klinikler

Klinik Adı	Hasta Geliş Şekli				Toplam*
	İkili Anlaşmalı Ülkeler	Medikal Turizm	SGK ile Anlaşmalı Ülkeler	Turistin Sağlığı	
Acil Tıp	0	0	0	57611	57611
Göz Hastalıkları	33	20822	3774	2	24631
İç Hastalıkları	2	16979	2542	0	19523
Ortopedi ve Travmatoloji	50	17498	1652	0	19200
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	42	6003	1841	8587	16473
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	13	14300	1434	0	15747
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9	14291	787	1	15088
Genel Cerrahi	18	10266	1041	0	11325
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi	0	9908	659	0	10567
Deri ve Zührevi Hastalıkları	0	6545	884	0	7429
Beyin ve Sinir Cerrahisi	62	6713	502	3	7280
Kardiyoloji	96	5947	1227	0	7270
Üroloji	21	5575	708	0	6304
Tıbbi Onkoloji	20	5726	120	0	5866
Nöroloji	12	3955	661	0	4628
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	5	3484	676	0	4165
Nefroloji	7	2553	892	0	3452
Göğüs Hastalıkları	1	2824	603	0	3428
Kalp ve Damar Cerrahisi	69	3139	173	0	3381
Gastroenteroloji	11	2757	326	0	3094
Aile Hekimliği	0	0	111	2924	3035
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3	2666	108	0	2777
Radyasyon Onkolojisi	6	2117	16	0	2139
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	2	1074	113	0	1189
Enfeksiyon Hastalıkları	0	0	92	1022	1114
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	0	610	280	0	890
Hematoloji	23	831	14	0	868
Radyoloji ve Tıbbi Laboratuvar	4	468	21	313	806
Anesteziyoloji Ve Reanimasyon	1	611	52	0	664
Göğüs Cerrahisi	2	577	43	0	622
Çocuk Cerrahisi	6	366	46	0	418
Romatoloji	4	281	114	0	399
Nükleer Tıp	0	296	0	0	296
Alerjik Hastalıklar	0	233	18	0	251
Kemik İliği ve Organ Nakli Transplantasyonu	10	47	0	0	57
Bilinmeyen	12	0	0	0	12
Toplam	544	169462	21530	70463	261999

* Sıralama toplam sütununa göre yapılmıştır.

EK-3. Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm Ülkeler

Ülkeler	Hasta Geliş Şekli				Toplam*
	İkili Anlaşmalı Ülkeler	Medikal Turizm	SGK ile Anlaşmalı Ülkeler	Turistin Sağlığı	
Almanya	0	21084	12243	9932	43259
Libya	0	36534	0	2364	38898
Rusya Federasyonu	0	8281	0	19323	27604
Irak	0	15738	0	1188	16926
Hollanda	0	5525	6405	3029	14959
Azerbaycan	7	10888	185	1943	13023
İngiltere	0	6183	0	6273	12456
Romanya	0	5089	43	553	5685
Norveç	0	4388	0	1166	5554
Bulgaristan	0	4799	0	712	5511
Suriye	0	2524	0	1322	3846
Afganistan	211	2074	0	1496	3781
Gürcistan	0	2134	0	1568	3702
Fransa	0	1820	564	1283	3667
İsveç	0	2428	0	1158	3586
Danimarka	0	2803	0	745	3548
Ukrayna	0	2012	0	1434	3446
Kazakistan	0	2508	0	932	3440
Türkmenistan	0	2420	0	843	3263
Belçika	0	1632	560	823	3015
İran	0	1801	0	902	2703
İsviçre	0	1597	0	527	2124
Avusturya	0	811	708	495	2014
Birleşik Devletler	0	1567	0	430	1997
Amerikan Samoa	0	1404	0	481	1885
Özbekistan	0	1098	0	575	1673
Kırgızistan	0	1019	0	397	1416
Finlandiya	0	1030	0	297	1327
Polonya	0	695	0	584	1279
Kıbrıs	0	1078	0	95	1173
Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti	18	289	765	69	1141
Yunanistan	0	829	0	267	1096
Suudi Arabistan	0	673	0	406	1079
Moldovya	0	745	0	307	1052
İtalya	0	630	0	375	1005
Avustralya	0	564	0	317	881
Slovak Cumhuriyeti	0	522	0	328	850
İrlanda	0	494	0	310	804
Kosova Cumhuriyeti	88	631	0	72	791
Arnavutluk	94	577	11	90	772
Çek Cumhuriyeti	0	416	3	289	708
Türk ve Kaikos Adaları	0	503	0	187	690
Makedonya	0	470	38	106	614
İspanya	0	376	0	180	556
Sırbistan Karadağ	0	307	0	227	534
Somali	0	169	0	364	533

EK-3. (devam). Uluslararası Hastaların Geldikleri Tüm Ülkeler

Ülkeler	Hasta Geliş Şekli				Toplam*
Kanada	0	374	0	148	522
Çin	0	340	0	178	518
Japonya	0	266	0	189	455
Sudan	100	266	0	33	399
Güney Kore	0	289	0	97	386
Filipinler	0	292	0	91	383
Fas	0	242	0	115	357
Brezilya	0	213	0	104	317
Mısır	0	221	0	96	317
Kuveyt	0	167	0	149	316
Cezayir	0	243	0	68	311
Birleşik Arap Emirlikleri	0	207	0	77	284
Hindistan	0	215	0	64	279
Belarus	0	174	0	93	267
Nijerya	0	218	0	41	259
Tunus	0	171	0	76	247
Macaristan	0	169	0	76	245
Ermenistan	0	151	0	88	239
Bosna Hersek	0	173	1	59	233
Yemen	26	184	0	22	232
Litvanya	0	109	0	95	204
Diğer	0	3619	137	1740	5363
Toplam	544	169462	21530	70463	261999

* Sıralama toplam sütununa göre yapılmıştır.

EK-4. Anket Formu

50 YAŞ VE ÜSTÜ TÜKETİCİLERİN SAĞLIK TURİZMİNDEN YARARLANMA NİYETLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ARAŞTIRMA ANKETİ

Sayın katılımcı; bu anket Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümünde sağlık turizmi kapsamında 50 yaş ve üstü tüketicilerin sağlık hizmeti satın alma niyetlerini araştırmaya yönelik bir doktora tezinde kullanılacak olup vereceğiniz cevaplar bilimsel bir araştırmaya yardımcı olacağından önem arz etmektedir. **Katkılarınız için teşekkür ederim.**

Sağlık Turizmi; kişinin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıklarının tedavi edilmesi amacıyla ikamet ettiği yerden başka bir yere giderek sağlık hizmeti alması.

A. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Genel Bilgiler

1. Hangi sıklıkla doktora gidersiniz?

- ☐ Her ay düzenli olarak doktora gidiyorum ☐ Yılda bir defa doktora gidiyorum
☐ 6 Ayda bir defa doktora gidiyorum ☐ Hasta olduğum zamanlarda doktora gidiyorum

2. Son 1 yıl içerisinde herhangi bir sağlık hizmeti aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise;

2.1. Aşağıda belirtilen sağlık hizmetlerinden hangilerini kullandığınızı işaretleyiniz.

- ☐ Fizik tedavi ☐ SPA ☐ Kaplıca tedavisi ☐ Göz ☐ KBB
☐ Dâhiliye ☐ Diğer

2.2. Son 1 yılda yukarıda sayılan sağlık hizmetleri için ne kadar para harcadınız?

- ☐ 100-500 TL ☐ 501-900 TL ☐ 901-1300 TL ☐ 1301-1700 TL ☐ 1701+

3. Hastalandığınızda sağlık hizmeti almak için aşağıda yer alan sağlık kurumlarından hangisine başvurmayı tercih edersiniz?

- ☐ Aile hekiminden ☐ Devlet Hastanesinden ☐ Üniversite Hastanesinden
☐ Özel Hastaneden ☐ Diğer (Belirtiniz)

4. Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti almak amacıyla bulunduğunuz beldeden başka bir beldeye gittiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise;

4.1. Hangi sağlık hizmetini aldınız?

- ☐ Fizik tedavi ☐ SPA ☐ Kaplıca tedavisi ☐ Göz ☐ KBB
☐ Dâhiliye ☐ Diğer

5. Sağlık turizmi hakkında ne kadar bilginiz var?

- ☐ Bilgim yok ☐ Kısmen biliyorum ☐ Bilgim var

B. Planlı Davranış Teorisi Kapsamında Sorular

Lütfen sizin için geçerli olan durumu ifadenin karşısındaki bölmeye (X) işareti koyarak cevaplayınız.

EK-4. (devam). Anket Formu

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İnsanların yaşadıkları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için para harcaması doğaldır.					
2	Yaşadığı beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti satın almak insanlara sağlık problemlerini çözme imkânı verir.					
3	Başka bir beldeye sağlık hizmeti alan insanlar çevrelerinde dikkat çekerler ve fark edilirler.					
4	Başka bir beldeye sağlık hizmeti almak insanlara kendilerini daha sağlıklı hissettirir.					
5	Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitme hususunda yakın arkadaşlarım ve iş arkadaşlarımı referans olarak alırım.					
6	Tedavi olacağım zaman hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yere gitmemde; basın-yayındaki haberler, reklamlar, programlar, ünlüler, vs. etkilidir.					
7	Ailem ve yakın çevrem tedavi olacağım zaman sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğim hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğim bir yerde yapmamı iyi karşılar.					
8	Sağlık hizmetini hem tatil yapabileceğimiz hem de daha iyi sağlık hizmeti alabileceğimiz bir yerde almamız inançlarımız açısından da uygundur.					
9	Tanıdığım insanların sağlık hizmeti alırken kaldıkları ve beğendikleri turistik tesis benim de sağlık hizmeti alırken o turistik tesiste kalmayı tercih etmeme neden olur.					
10	Bulduğum beldeden başka yerdeki bir sağlık tesisinde uygulanan tedavi metodu iyi netice veriyorsa o beldedeki sağlık hizmetini almak için giderim.					
11	Sağlık hizmeti alacağım tesisi tercihimde doktor, hemşire vb. sağlık personelinin edindiği bilgiler benim için önemlidir.					
12	İhtiyacım olan sağlık hizmetlerinde (Check-Up, diş tedavisi vs.) kampanya yapıp fiyatları düştüğünde başka bir beldeye de olsa o hizmetlerden satın alırım.					
13	İhtiyacım olan bir sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyorsam o hizmeti satın alırım.					
14	İhtiyaç duyduğum bir sağlık hizmeti başka bir beldedeki tanınmış bir sağlık kurumunda olması durumunda bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alırım.					
15	Tedavi için, bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alırken aynı zamanda tatil yapmak tatil masraflarımın azalmasını sağlar.					
16	Tatil yaparken sağlık hizmeti de verilen (SPA, Wellness, fizik tedavi, kaplıca vb) turizm tesislerini tercih ederim.					
17	Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti alma kararı tamamen bana bağlıdır.					
18	Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için maddi durumum yeterlidir.					
19	Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almak için zaman bulabiliyorum.					
20	Bulduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmeti almaya karar verdiğimde eninde sonunda o sağlık hizmetini satın alıyorum.					
21	Sağlık hizmeti almak için bulunduğumuz beldeden başka bir beldeye gitmek zaman kaybı olarak görülemez.					
22	Referans aldığım insanlar tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek tedavi olmam gerekiyorsa gitmem gerektiğini düşünürler.					
23	Referans aldığım insanlar hastalandıklarında tedavi için bulundukları beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanıyorlar.					
24	Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini aldığım da mutlu olurum.					

EK-4. (devam). Anket Formu

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
25	Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almak aynı zamanda gezerek rahatlamamı da sağlar.					
26	Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullandığımda etrafımda dikkat çekiyorum ve fark ediliyorum.					
27	Bulunduğum beldeden başka bir beldeye sağlık hizmeti alırsam turistik yörelerdeki tesisleri tercih ederim.					
28	Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini kullanmada sağlık hizmetinin fiyatı satın alma kararımı etkiler.					
29	Çevremdekilerin başka bir beldeye sağlık hizmetini satın alıyor olması tedavi için bulunduğum beldeden o beldeye giderek o sağlık hizmetini satın alma kararımı etkiler.					
30	Tedavi için bulunduğum beldeden başka bir beldeye giderek sağlık hizmetlerini almamı o beldeye sağlık hizmeti çeşitliliği etkiler.					
31	Almayı planladığım sağlık hizmetini sunan kişilerin (fizyoterapist, doktor, uzman vs.) görüşleri, verdikleri bilgiler o sağlık hizmetinin verildiği beldeye gitme kararımı etkiler.					
32	Bulunduğum beldeye tedavi olmaksızın başka bir beldeye tatil yaparak tedavi olmayı tercih ederim.					
33	Reklamlar sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler.					
34	Kalite sağlık hizmeti satın alma kararımı etkiler.					
35	Yaşadığım beldeden başka bir beldeye daha önce satın aldığım ve memnun kaldığım bir sağlık hizmetini ihtiyacım olduğunda tekrar satın almayı düşünürüm.					
36	Yaptığım şeylerden zevk almak ve yaparken eğlenmek benim için önemlidir.					
37	Gereksiz yere para harcamamak benim için önemlidir.					
38	Sağlıklı olmak benim için önemlidir.					
39	Çevremde dikkat çekmek benim için önemlidir.					
40	Medyada yer alan mesajlar benim için önemlidir.					
41	Ailem ve akrabalar çevremde görüşleri benim için önemlidir.					
42	Aile ve akrabalar haricindeki referans kişilerin görüşleri benim için önemlidir.					
43	Sahip olduğum inançlarımın gerekleri benim için önemlidir.					
44	Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın almayı planlıyorum.					
45	Önümüzdeki 6 ay içerisinde başka bir beldeye herhangi bir sağlık hizmeti satın alacağım.					

C. Demografik Bilgiler**Cinsiyetiniz:** ☐ Kadın ☐ Erkek**Yaşınız:** ☐ 50-54 ☐ 55-59 ☐ 60-64 ☐ 65-69 ☐ 70-74 ☐ 75+**Eğitim Durumunuz:** ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans +**Medeni Durumunuz:** ☐ Bekâr ☐ Evli**Aylık Hane Halkı geliriniz (TL):** ☐ 949-1999 ☐ 2000-2999 ☐ 3000-3999 ☐ 4000-4999☐ 5000+**Şu anda çalışmakta mısınız?** ☐ Evet ☐ Hayır**Mesleğiniz:** ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Esnaf ☐ Serbest Meslek ☐

Diğer (Belirtiniz)

Sosyal Güvenceniz: ☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ BAĞ-KUR☐ Diğer (Belirtiniz)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : EYLER, Nurullah
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 06.06.1968 / Gazipaşa/Antalya
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 03125655215
 e-posta : nurullahey@yahoo.com

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Yüksek lisans	Atılım Üniversitesi SBE İşletme	2011
Lisans	Hacettepe/SİYO	2003
Lisans	AÖF/İşletme	2003
Lise	Keçiören Çevre Sağlık Meslek L.	1986

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2015-devam ediyor	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Sağlık Memuru
1986	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Memuru

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Eyler, N. (2011). *“Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu”*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2011.

Eyler, N. ve Tengilimoğlu, D. (2011). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu: *Bir Alan Çalışması Hastane Dergisi*.

Hobiler

Kitap okuma, Futbol, Yüzme, Balık tutma.



GAZİ GELECEKTİR..



of government and

