

SHKUD

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURAM VE UYGULAMA DERGİSİ

Yılda üç kez yayımlanır

ISSN: 2718-0794 Baskı ISSN : 2757-5861

Cilt: 2 Sayı: 1 Eylül 2021



Bir Sistemik Derleme: Sağlık Hizmetlerinde Kuruluş Yeri Seçimi
Dilara Arslan

Medikal Turistlerin Sağlık Hizmeti Satın Alma Kararlarını Etkileyen
Faktörlerin Düzenleyici Odak Teorisi İlişkisinde İncelenmesi
Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN

Mobil Sağlık Teknolojileri ve Teknoloji Kabul Teorileri Üzerine Bir
İnceleme
Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN

Yaşlı Bireylerin Hekimlerle İletişiminde Teknolojinin Rolü
Fedayi YAĞAR

Toplumun Hasta Mahremiyetine Bakış Açısı
Fırat ÇALIŞKAN

Kovid-19 Pandemisinde Sağlık Harcamaları
Sevinç Elif ŞEN



ISSN:

e issn: 2718-0794 - Baskı issn: 2757-5861

DERGİ HAKKINDA

Bağımsız bir akademik yayın organı olan "Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi" Eylül, Ocak ve Mayıs aylarında, yılda üç kez yayınlanan hakemli bir dergidir.

Yayın Türü

Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda Üç Sayı

Yayımcı

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR

Yayın Kurulu Başkanı

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkan Yardımcısı

Dr. Deniz Tugay ARSLAN

Yayın Sekreteri

Arş. Gör. Elif ERBAY

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Arş. Gör. Jebağı Canberk AYDIN

İngilizce Dil Editörü

Ezgi TOYGAR

Türkçe Dil Editörü

Erol TANRIBUYURDU

İstatistiksel Analiz Editörü

Dr. Öğr Üy. Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN

Teknik Editörler

Arş. Gör. Şura MUSTAQ - Öğr. Gör. Fadime ULUPINAR - Sibel MELER - Sema DÖKME YAĞAR - Ali İhsan ÖKSÜZ

Dizgi - Grafik Tasarım

Pelikan Yayınevi Grafik Birimi

Basım Yeri

SAGE Yayıncılık Rek. Mat. San. Tic. Ltd. Şti Tel: (312) 341 00 02

YAYIN KURULU

- Çağdaş Erkan AKYÜREK, Ankara Üniversitesi
Şükrü Anıl TOYGAR, Tarsus Üniversitesi
Jebağı Canberk AYDIN, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Deniz Tuğay ARSLAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Altuğ Murat KÖKTAŞ, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Aliye Aslı SONSUZ, İstanbul Medipol Üniversitesi
Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Elif ERBAY, Ankara Üniversitesi
Mustafa Said YILDIZ, Sağlık Bakanlığı
Mario A. PFANNSTIEL, Neu-Ulm University of Applied Sciences
Menderes TARCAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Mehmet TOP, Hacettepe Üniversitesi
Bernard TAHİRBEGOLLİ, Heimerer College Kosovo
Nebahat ÖZERDOĞAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ersen ALOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Işıl Şirin SELÇUK, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Hüseyin ARSLAN, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Vjosa HAJRULLAHU, Heimerer College Kosovo
Gaye ATİLLA, Süleyman Demirel Üniversitesi
Emine ÇETİN ARSLAN, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Mine BAYDAN, Ankara Üniversitesi
Mustafa Berkay AYDIN, Bursa Uludağ Üniversitesi
Aysu KURTULDU ZEKİOĞLU, Trakya Üniversitesi
Yasemin ÇEKİÇ, Ankara Üniversitesi
Duygu HATİPOĞLU AYDIN, Hacettepe Üniversitesi
Erdinç KALAYCI, Ankara Üniversitesi
Çağdaş CEYHAN, Anadolu Üniversitesi
Hasan Hüseyin TEKİN, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Fulya AKGÜL GÖK, Ankara Üniversitesi
Mustafa ÖZGÜR, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Selim TOSUN, Ankara Üniversitesi
Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi
Tuğba YÜCEER KARDEŞ, Süleyman Demirel Üniversitesi
Taşkın TAŞTEPE, Ankara Üniversitesi
Çağdaş Salih MERİÇ, Gaziantep Üniversitesi
Eda Özge YAZGAN, Ankara Üniversitesi
İbrahim H. CANSEVER, Süleyman Demirel Üniversitesi
Hatem H. ALSAQQA, Ankara Üniversitesi
Tamadur SULEIMAN SHUDAIFAT, Al al-Bayt Üniversitesi
Ebru YÜKSEL HALİLOĞLU, Gazi Üniversitesi

ENDEKS BİLGİSİ



ÖN SÖZ

Bilimin ve bilginin ışığıyla çalışanlara, üretenerlere,

Üçüncü Sayımızla Merhaba!

Bir önceki sayıda “Merhaba” derkenki heves, coşku ve isteğimizden zerre kaybetmeden ve yine bilim emekçilerinin katkılarıyla **Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi**’nin üçüncü sayısını sizinle buluşturuyoruz. Bu, aynı zamanda dergimizin ilk cildinin de tamamlanması anlamına geliyor. Ekip olarak günden güne gözlerimizin önünde büyüyüp yeşeren bir fidanı, tarif edilmesi güç hislerle izliyoruz. Sayının içeriğine geçmeden önce sevindirici gelişmeleri de paylaşmaktan mutlu olacağız.

Dergimiz her geçen gün gereken ölçütleri karşıladıkça yeni indekslerde ve veri tabanlarında yer almaya devam ediyor. Bir önceki sayımızda yer alan indekslere ek olarak SHKUD artık **Research Bib, DRJI, ESJI** ve **Euro Pub** dizinlerince ve veri tabanlarıncı taranmaya başlamıştır. Bu konudaki değerli çabaları için Yayın Kurulu Başkan Yardımcımız **Deniz Tuğay ARSLAN**’a teşekkür etmek öncelikli borcumuz.

Yayın kurulumuza katılmayı kabul ederek bizi onurlandıran Kosova Heimerer College’den **Bernard TAHIRBEGOLLI** ve **Vjosa HAJRULLAHU** ile T.C. Sağlık Bakanlığı’ndan **Mustafa Said YILDIZ**’a “Hoşgeldiniz” diyoruz. Hiçbir çıkar gözetmeksizin, gönül birliğine dayalı yolculuğumuzda artık daha kalabalık yürüyoruz.

Bu sayının en önemli farklılıklarından biri de ilk kez “Davetli” bir çalışmaya yer verebilmemizdir. Sadece ülkemizin değil yakın coğrafyanın da en önemli ve prestijli sağlık kurumları arasında yer alan Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri’nde yapmış olduğu Başhekim Yardımcılığı ve Kalite Koordinatörlüğü gibi idari görevlerle Sağlık Yönetimi’nin fiilen içinde olmasının yanı sıra Covid-19 Pandemisi Dönemi’nde adından sıkça söz ettiren ve insanların her adı anıldığında umutla dikkat kesildiği “Hacettepe Üniversitesi Aşı Enstitüsü”nün de en önemli aktörlerinden olan **Mine DURUSU TANRIÖVER** ve yine Hacettepe Üniversitesi Aşı Enstitüsü’nden **Rana BAYKAN**, “**Erişkin Aşılama Kapsama Oranlarının Artırılmasında Kalite İyileştirme Projeleri**” başlıklı çalışmalarını bütün yoğunluklarının arasında okurlarımızla paylaştılar.

Üçüncü sayının ikinci çalışması genç, dinamik ve kalabalık bir ekip tarafından gerçekleştirildi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nden **Hanife Handan ÖZDEMİR**, **İlkay YEŞİLGÜN**, **İrem Nilay DURMUŞ**, **Kübra KARAL**, **Muhsin TIĞCAR**, **Nazmiye TÜRK**, **Pelin Sena ÇELEBİLER**, **Tuğba Nur KUM**, **Uğur DUYMAZ** ve Ümran TUNA, “**Almanya, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye’nin Covid-19 ile İlgili İnternet Arama Trendlerinin Karşılaştırılması**” başlıklı çalışmalarında, toplumsal ve idari gelişmelerin, insanların internet üzerinden bilgi arama ve bilgiye erişme alışkanlıkları üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. “**Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu**” başlıklı çalışmasında **Kamil BUCAKLI** söze, bir canlının başına gelen kötü/acı veren durumdan ötürü, onu fark eden kişide üzüntü ve acıma duygularının meydana gelmesi şeklinde “merhamet” kavramını tanımlayıp, hatırlatarak başlıyor. **Sema DÖKME YAĞAR**, “**Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Alanında Çok Kriterli Karar Verme Uygulamaları ile İlgili Yapılan Çalışmaların Değerlendirilmesi**” başlıklı sistematik taramaya dayalı derleme çalışmasını bizlerle paylaşıyor. Son olarak **Aysel TEKGÖZ OBUZ**, Konya il merkezindeki farklı lise türlerinde eğitim-öğretim hayatını sürdüren öğrenciler üzerinde gerçekleştirdiği “**Ergenlerde Riskli Davranış Gösterme Eğilimlerinin İncelenmesine Yönelik Kesitsel Bir Araştırma**” başlıklı çalışmasıyla üçüncü sayımıza katılıyor.

Her sayıda dile getirmeyi görev saydığımız cümlelerle nokta koyalım o halde:

Biz **Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi** olarak, araştırmacıları dayanaksız biçimde kalıplara sokmaya çalışmayan, farklı sesleri ve görüşleri değersizleştirme çabası gütmeyen, şans tanıyan ve bunu bilimsel ve etik kurallardan ödün vermeden gerçekleştirme amacıyla, **bağımsız** bir yayın organı olmayı sürdüreceğiz. İlkeli, dürüst, sadece kendi emeğine güvenerek, kendi zekâsını kullanma cesaretini göstererek sorgulayan, yazan, üreten ve paylaşan araştırmacılara, akademisyenlere ve okurlara selam olsun.

SHKUD Yayın Kurulu Adına

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkanı

Bir Sistemik Derleme: Sağlık Hizmetlerinde Kuruluş Yeri Seçimi

A Systematic Review of Selection of Facility Location in Health Care

Dilara Arslan¹¹ Araştırma Görevlisi, Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, ORCID NO: 0000-0002-8667-4473

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Sistemik Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Karar Verme, Sağlık Hizmeti Kuruluşu, Tesis Yeri Seçimi</p> <p>Keywords: Decision Making, Facility Location, Healthcare Facility</p> <p>Sorumlu Yazarlar Dilara Arslan</p> <p>Adres: Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı</p> <p>E-mail: dilaraarslan98@gmail.com</p>	<p>Kuruluş yeri kararları; sadece mevcut zaman dilimindeki şartların değil ayrıca işletmenin hayatı boyunca oluşabilecek olası değişikliklerin de hesaba katılmasını gerektiren uzun süreli, yüksek riskli ve organizasyon için hayati önem taşıyan stratejik kararlardır. Sağlık sektörü gibi sosyal fayda boyutu, karışık ve belirsiz yapısı ile öne çıkan bir sektördeki organizasyonlar için karar verme süreçlerinde kullanılan yöntemler bu hayati stratejik kararlar sebebiyle kritik önem taşımaktadır. Bu çalışmada, 2015 ile 2020 yılları arasında İngilizce ve/veya Türkçe dilinde yayımlanmış ve tam metnine erişilebilen 23 çalışma, literatürdeki çalışmaların incelenmesi amacıyla sistemik derleme yöntemi kullanılarak yürütülen araştırmanın kapsamına dahil edilmiştir. Bu çalışmaların yarısından fazlasının karar verme süreçlerinde çok kriterli karar verme yöntemleri kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca, araştırmaya dahil edilen çalışmaların yine büyük çoğunluğunun karar verirken yalnızca bir yöntem kullandığı saptanmıştır. Buna ek olarak, araştırmaya dahil edilen çalışmaların %34,8'inin, karar verirken belirsizlik unsurunu dikkate alarak süreci yürüttükleri gözlemlenmiştir.</p>
	ABSTRACT
	<p>Facility location decisions are long-term, high-risk and vitally important strategic decisions for organisations that require considering not only the current time conditions, but also the possible changes in the life-long environment of the organisation itself. For organisations in the sector, which stands out with its social benefit dimension and complex and uncertain structure, such as the health sector, the methods used in the decision process are important because of these strategic vitally important decisions. In this study, a systematic review method was used in order to examine the studies in the literature. 23 studies published in the English-Turkish language between the years of 2015-2020 and whose full texts can be accessed were included within the scope of this review. It has been observed that more than half of the studies use multi-criteria decision making methods and also more than half of them use only one single method. Additionally, %30,4 of the studies carried out their decision-making processes by taking into account the uncertainty factor.</p>

INTRODUCTION

The facility location is defined as the most appropriate place where an enterprise carries out operational and managerial activities such as production, storage, demand-sales planning, resource allocation planning (Öner 2014, Tarım, Zaim and Bayraktar 2011). Additionally, it is a place where provides minimum cost and maximum profit to able to meet the long-term objectives of organisations (Ar, Baki and Özdemir 2014).

Selection of facility location is an important process that affects the inputs of operational and managerial activities within the organisations (Boran 2011). The high costs incurred due to the property acquisition and construction of the organisation cause the facility location selection decisions to be evaluated in the category of long-term investments (Owen and Daskin 1998). Location selection is a strategic decision issue that directly affects all processes on the value chain of an organisation, requires long-term resource allocation and takes into account not only the current environmental conditions of the organisation, but also how these conditions will change throughout the life-cycle of the organisation (Owen and Daskin 1998, Özcan 2013, Tarım et al 2011). Selecting the right or wrong facility location alternative has some effects on the vital activities of the organisations such as transportation cost, qualified personnel supply, competitive advantage that the company has / may have, access to raw material resources (Boran 2011). According to Öner (2014), the main objectives in choosing facility location are the availability of the needs of the organisations, efficiency and performance increase, and most importantly, providing cost advantage. To be able to ensure these objectives are met, managers must consider about selection of facility location and its steps and facility location alternatives in detail.

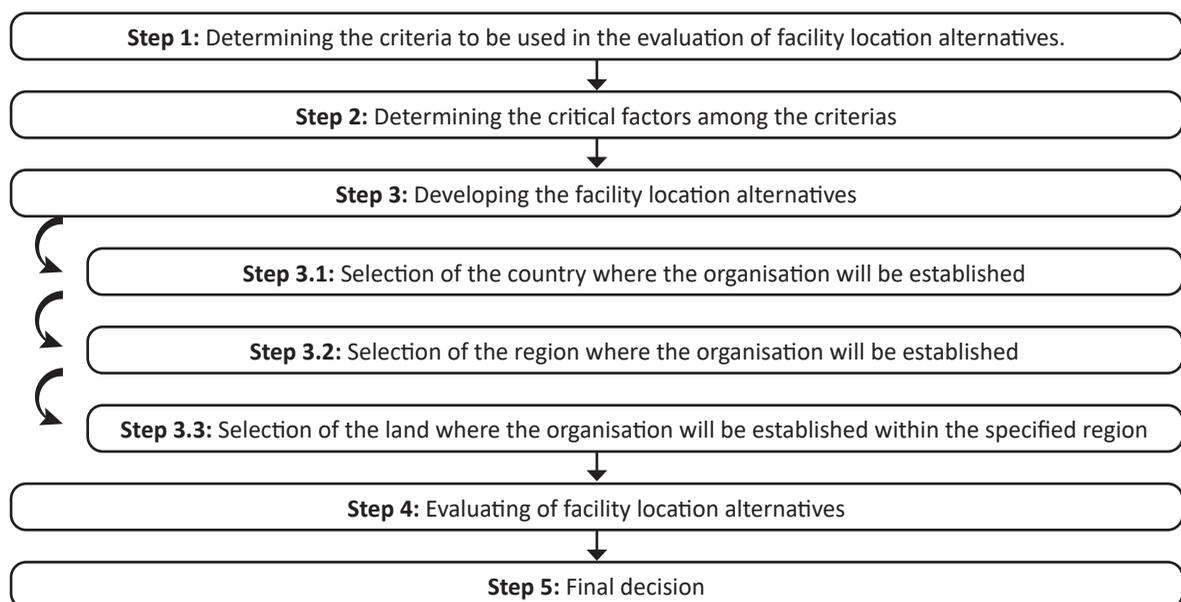


Figure 1. Steps of selection of facility location process (Özcan 2013, Tarım et al 2011)

The first study in the literature on the selection of facility location was seen in the early 1900s when Alfred Weber (1909) tried to position a warehouse according to its distance to several customers by minimizing costs (Owen and Daskin 1998, Arslan 2018). Although the cost minimization factor attracted attention at the beginning in the selection of facility location studies, it has been proven by several researches that conflicting factors such as the political environment, the distance of the market and customers, and the supplier network have significant effects in the selection of facility location process (Boran 2011, Akyüz and Kılınç 2016). Due to the process which becomes increasingly complex because of the desire to optimize many criteria at the same time, the expectations about the selection of facility location process can be met thanks to the rational use of scientific approach and methods which are developed as a result of the studies (Öner 2014, Akyüz and Kılınç 2016).

In facility location decisions, classical methods which may be examined under two group as comparative methods and linear programming first started to be used (Öner 2014). However, in time, the concept of ‘multi-criteria decision making’ has entered the literature as the classical methods of selection of facility location have become insufficient (Ar et al 2014). Multi-criteria decision making is defined as “the process of determining the best feasible solution according to established criteria and problems that are common occurrences in everyday life” (Jahan, Edwards and Bahraminasab

2016). Many decision-making techniques have been developed and have being used in several distinct fields under the subject of multi-criteria decision making such as AHP (analytic hierarchy process), TOPSIS (technique for order preference by similarity to ideal solution), PROMETHEE (preference ranking organization method for enrichment evaluations), ELECTRE (elimination and choice translating reality), ARAS (additive rasion assessment), VIKOR (Öner 2014, Yıldırım 2015).

In classical multi-criteria decision making techniques, exact expressions are used when evaluating criterias or alternatives (Ar et al 2014). However, since the criterias/alternatives in the decision process are evaluated with human perceptions and judgments that cannot be measured precisely, there are problems seen in the use of classical multi-criteria decision making techniques regarding the ambiguity of the language used (Boran 2011). In order to deal with this problem, fuzzy logic/number and gray theory has also been applied in decision-making processes (Ar et al 2014) with especially multi-criteria decision making techniques such as AHP, TOPSIS, ELECTRE etc (Öner 2014).

It is admittedly a vital strategic process for an organisation to decide on the facility location - regardless of the industry. However, in the health sector, considering the social benefit dimension of the services provided, choosing the appropriate location is very critical in terms of human life, objectives of country and etc. In addition, the health sector differs in decision-making processes in selection of facility location due to government interventions from other sectors (Tarım et al 2011). As in many countries, the criterias included in the WHO's indicator list and may considered to be recommendations for countries have become used for hospital location selection in Turkey.

Table 1. List of recommended core indicators by WHO (2010)

Building blocks and indicators	Data collection methods/Data sources
Number and distribution of health facilities per 10 000 population	District and national databases of health facilities. Special efforts –notably facility censuses- are often required to obtain the number of private facilities, especially if no registration system is enforced.
Number and distribution of inpatient beds per 10 000 population	
Number of outpatient department visits per 10 000 population per year	Routine health facility reporting system Population-based surveys
General service readiness score for health facilities	Health facility assessments
Proportion of health facilities offering specific services	
Number and distribution of health facilities offering specific services per 10 000 population	
Specific-services readiness score for health facilities	

1. METHODOLOGY

This study is a descriptive research which aimed to examine the scientific studies published in national and international literature on facility location selection and facility location in health services between the years of 2015-2020.

1.1. Sample Group of the Study

In this study, criterion sampling method which is one of the purposive sampling methods was used. Studies that were published between January 2015 and 25th of December 2020 were included in the research group.

1.2. Data Collection Tool and Method

Systematic review method was used as data collection method. ProQuest, Science Direct, Scopus, Web of Science and Google Scholar databases were scanned between 15th of December 2020 and 25th of December 2020. During scanning the databases, keywords determined as 'hospital', 'site selection', 'location selection' and 'facility location' were used.

Table 2. Inclusion process of articles for research

Total number of studies reached in databases	2.940
Studies which do not meet the criterias are excluded	329
Studies whose full text is not available are excluded	184
Repeated studies are excluded	117
The number of studies included in the reports as a results of detailed examination	23

The databases were scanned between the specified dates which are using the determined keywords. In the scanning process, firstly, the condition that the keywords should be in the whole context of the research was sought and 562,317 results were found. In order to make the research more workable, the condition that the keywords should be in the title of the research was brought. In the next scanning process, 2,940 results were found. The criterias of being published between January 2015 and 25th of December 2020, and, being written in English or Turkish languages were determined. After the evaluation process, 23 studies were included in the study as a result of the elimination by considering these criterias.

1.3. Limitations of the Study

The studies which were published between January 2015 and 25th of December 2020 and included the determined keywords in the title of the study were included in the research. The research was limited to English and Turkish research studies, and studies whose full text could not be reached were excluded.

2. FINDINGS

As a result of the scanning of the related literature, 23 studies were included in the study. Information on the language in which the studies were published, the country where the study was conducted, the method used in the study, and the year in which the studies were published are given in Table 3, and, studies were analyzed according to these characteristics.

Table 3. Features of the researches which are included in the study

AUTHORS	YEAR	TYPE OF STUDY	LANGUAGE	COUNTRY	METHOD
Eldemir and Önden	2016	Research Article	English	Turkey	AHP with GIS
Golrisgashti, Darvish and Hosein	2018	Research Article	English	Iran	Linear Mathematical Modeling
Soltani, Inaloo, Rezai, Shaer and Riyabi	2019	Research Article	English	Iran	AHP with GIS
Zolfani, Yazdani, Torkayesh and Derakhti	2020	Research Article	English	Turkey	GRA (Gray Relational Analysis)
Adalı and Tuş	2019	Research Article	English	Turkey	TOPSIS, EDAS and CODAS
Şen and Demiral	2016	Research Article	English	Turkey	AHP and GRA
Kim, Senaratna, Ruza, Kam and Ng	2015	Research Article	English	USA	Evidence-based Decision Making with GIS
Şahin, Ocak and Top	2019	Research Article	English	Turkey	AHP
Şenvar, Otay and Boltürk	2016	Research Article	English	Turkey	Hesitant Fuzzy TOPSIS
Miç and Antmen	2019	Research Article	English	Turkey	Fuzzy TOPSIS
Kumar, Singh and Sinha	2016	Research Article	English	India	Fuzzy Extended ELECTRE
Şen	2017	Research Article	English	Turkey	ARAS-G (GRA)
Nsaif, Khaleel and Khateeb	2020	Research Article	English	Diyala Governorate	GIS-based MCA (Multi Criteria Analysis)
Çelikkbilek	2018	Research Article	English	Turkey	Fuzzy VIKOR
Han, Hu and Wang	2020	Research Article	English	China	GIS with Set Covering Model

Table 3. Features of the researches which are included in the study

AUTHORS	YEAR	TYPE OF STUDY	LANGUAGE	COUNTRY	METHOD
Yang, Yin, Ye, She and Yu	2020	Research Article	English	China	GIS with Maximal Covering Location Model
Rajmohan, Theophilus, Sumalatha and Saravanakumar	2017	Research Article	English	India	P-median Model
Demirtaş	2016	PhD Thesis	English	Canada	Maximal Covering Location Model
Ince, Bedir and Eren	2016	Research Article	Turkish	Turkey	AHP
Kmail, Jubran and Sabbah	2017	Research Article	English	Jenin Governorate (Palestine)	AHP with GIS-based MCA
Rezayee	2020	Research Article	English	Malaysia	GIS-based MCA
Paköz	2015	PhD Thesis	Turkish	Turkey	The Weighted Sum of Distances Method
Tierney, Mira, Reinhold, Arbia, Clifford, Auricchio, Moccetti, Peluso and Mengersen	2019	Research Article	English	Switzerland	Bayesian Spatial Model with Optimization Method

All of the studies included in this research are research studies, furthermore, two of the studies are doctoral dissertation and the remaining 21 of the studies are evaluated in the research article category. As shown in Figure 2, %91,3 of the studies (21 of the studies) included in the research were published in English.

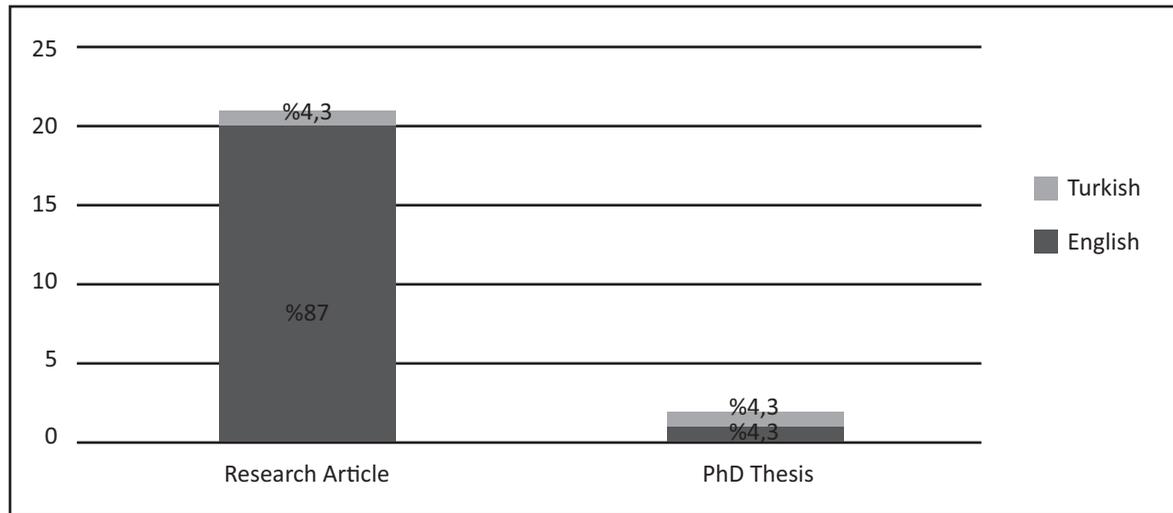


Figure 2. Distribution of the types of studies by its publication language

It was seen that %17,4 of the total included studies which are published in 2015 and 2018 used one single method in the decision-making process, while %39,15 of the total studies used multiple method in the decision-making process. The study, in which the most numerous decision-making methods used together which are three of multi-criteria decision-making methods, was published in 2019. As it can be seen in figure 3, it was seen that the year of publication with the highest number of studies included in the research in the relevant literature was 2016.

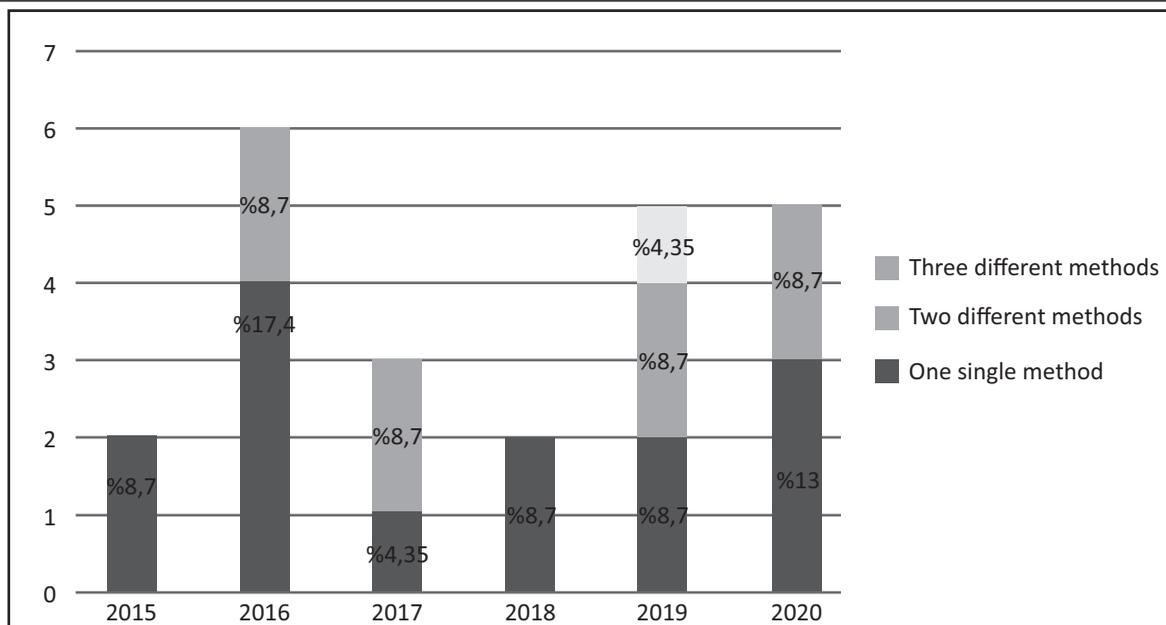


Figure 3. Distribution of the studies by its publication year, divided into amount of methods applied

Studies were categorized and analyzed according to the countries in which they conducted their research. As seen in Table 4, it was observed that the majority of the studies with %47,8 percentile carried out in Turkey. It is also observed that studies carried out in Turkey are followed by the researches conducted in China, India and Iran %8,7 percentile. Other locations where researches of the studies included in this study were conducted include Switzerland, Malaysia, Canada, Jenin Governorate, USA, Diyala Governorate, as it's shown in Table 4.

Table 4. Distribution of studies by its country

Country	Amount	Percentage
Turkey	11	%47,8
Switzerland	1	%4,35
Malaysia	1	%4,35
Canada	1	%4,35
Jenin Governorate	1	%4,35
Diyala Governorate	1	%4,35
China	2	%8,7
India	2	%8,7
Iran	2	%8,7
USA	1	%4,35
Total	23	%100

The studies included in the research were categorized according to whether the facility location decision making method they used was a multi-criteria decision making technique and their distribution by years is shown in Table 5.

Table 5. Distribution of studies according to its method category and publication year

Publication Year	Amount of Studies in which MCDM Methods used	Amount of Studies in which Non-MCDM Methods used	Total
2015	1	1	2
2016	5	1	6
2017	2	1	3

2018	1	1	2
2019	4	1	5
2020	2	3	5
Total	15	8	23

According to Figure 4, %65,2 of the studies included to the research have used multi-criteria decision making techniques. %30,4 of the studies included to the research used fuzzy and gray theories in their decision making processes in order to make the use of certain judgment more appropriate to the real conditions of the sector and to be able to make more rational decisions. And also, it has been observed that all of the studies using fuzzy and gray theories use multi-criteria decision making techniques in their decision processes.

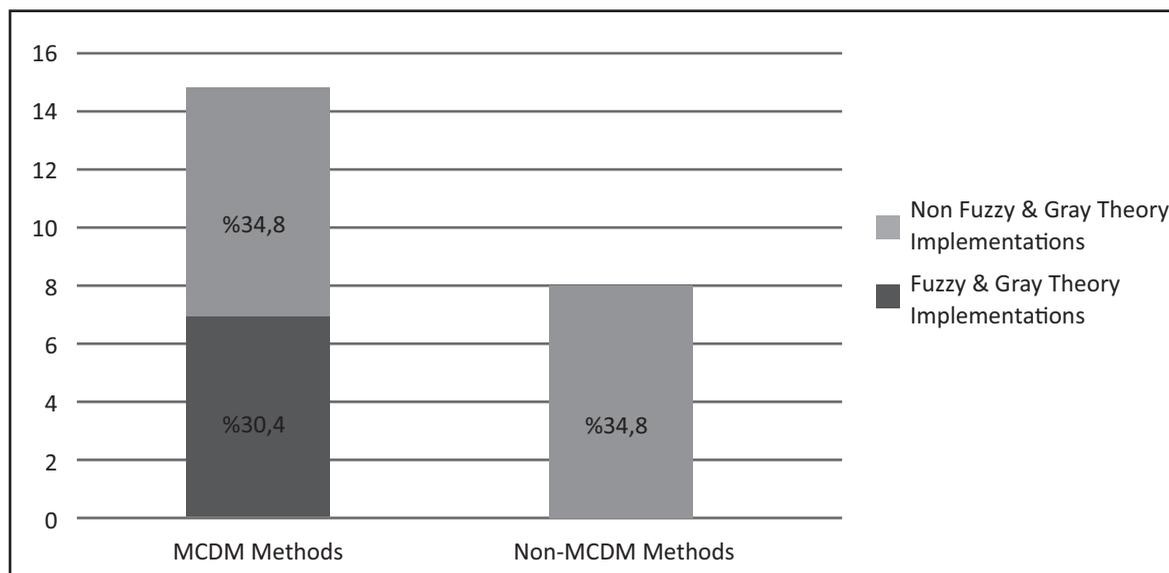


Figure 4. Distribution of studies according to its methods categories

The studies included in the research are divided according to what they have aimed and the distribution of their purposes is shown in Table 6. While all of the studies aimed to optimize the facility location, meanwhile, it was also observed that %65,2 of the studies aimed cost minimization, %47,8 of the studies aimed the maximum coverage for population, %34,8 of the studies aimed minimization of the time spent in accessing health services, and %30,4 of the studies aimed minimization of the effect of distance.

Table 6. Distribution of the studies according to its purposes

Purpose of the Study	Amount	Percentage
Maximum population coverage	11	%47,8
Minimizing the costs	15	%65,2
Minimizing the time to reach the services	8	%34,8
Minimizing the distance	7	%30,4
Optimal Location Selection	23	%100

3. DISCUSSION

According to Yang, Yin, Ye, She, and Yu (2020), many studies have been carried out with traditional location selection methods in the past few decades, although most of the studies in this research use MCDM methods. The most popular of these traditional methods are the P-Median Model, set covering model and maximum covering location model which are applied in studies included. However, according to Şahin, Ocak and Top (2019) and Adalı and Tuş (2019), the use of MCDM methods was assumed to be more effective due to the selection of the establishment site is a complex process that requires considering many criterias, evaluating and ranking many alternatives. In addition, Miç and Antmen (2019) have stated in their study that it is more convenient to use fuzzy methods as the location selection process involves

many uncertainties. The data obtained in this research also supports that the researchers are more tended to use fuzzy methods. Moreover, most of the studies in the literature used methods addressing the uncertainty issue (Şen, 2017).

In the research it was seen that %39,15 of the studies have used multiple techniques/methods during their selection of facility location decision making processes. Similarly Erbay and Akyürek (2020) have observed that it is quite common to see the studies used more than one method in decision making process about facility location and have explained the situation with the complexity and risks of the facility location decisions.

According to Rezayee (2020), when the studies in the field are examined in terms of investors, they are considering the cost as an important criterion, when the studies are examined in terms of government and health organisations, they are considering the allocation of medical resources and the optimization of the match between the supply and demand of health services as an important criterion. Kmail, Jubran and Subbah (2017) also have supported that social aspect of health facilities are more important for government and public investors. In the research, it was seen that the included studies aimed at optimizing the facility location, as well as minimizing cost, time and distance, and maximizing population coverage. Similarly, Şen (2017) has stated that some studies in the literature focused on minimizing the accessing time in the rational choice of facility location, and many studies carried out their research by considering the density of the society -which its reason can be thought as a maximization of the population coverage- and the cost minimization. Erbay and Akyürek (2020) have stated in their study that the criteria for which the facility location is high is cost, accessibility, environment, safety and population structure. In addition, according to Gonçalves, Ferreira, Condessa (2014), in many studies in the literature, different location choices are seen quite frequently in order to minimize time-distance and cost-distance. Especially in private investments, aiming cost minimization in order to achieve profit maximization is seen as a very common situation and cost minimization takes its place as one of the most important factors in the selection of facility location.

4. CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

In the study, it was aimed to examine the studies of facility location selection in health services conducted between 2015 and 2020, and 23 studies were included in the study as a result of the scanning procedures carried out by bringing some limitations. Almost all of the studies included (%91,3) preferred English as the language of publication. Although the studies performed show a very fluctuating graphic according to the years of publication, it was observed that the year in which the most studies (%26,1 of all included studies) were conducted was in the year of 2016.

The studies examined in the research have used multi-criteria decision making methods as well as traditional methods in their decision making processes. It was observed that %65,2 of the studies preferred multi-criteria decision making methods and %60,85 of the studies included used a single decision-making method in their processes. In addition, %34,8 of the studies included in the study -%46,7 of the studies in which MCDM methods were used- have included the uncertainty factor in decision-making processes with using fuzzy and gray theories. All of the studies examined within the scope of the research aimed the optimization of the facility location, but at the same time, it was observed that %65,2 of them aimed to reach cost minimization as a secondary purpose.

Facility location decisions are considered as long-term and high-risk investments in the literature. Considering the high expenditures in the health services sector and the social aspects of health services, it is necessary to identify and know well the situations that affect and interact with this decision process. For this reason, in the health care sector, which is affected by many different factors, especially the use of MCDM methods should be emphasized and it is thought that due to high complexity and uncertainty of health care sector, approaches such as fuzzy and gray theories should be used more in order to make more rational decision and to evaluate the status of alternatives more closely. It was determined that most of the studies included used only one single method in decision making. For subsequent studies, using more than one method and making comparisons between the results and making a decision or, using a new method/model in which several methods are adapted together and developed will be more beneficial as it will provide the opportunity to evaluate from different perspectives to decision makers. In addition, stating the type of investment (private, public, not-for-profit etc.) and the reason for choosing the method(s) used in the studies will provide a wider evaluation opportunity for future studies and decision-makers on facility location selection.

REFERENCES

- ADALI EA, TUŞ A. (2019). Hospital site selection with distance-based multi-criteria decision making methods. *International Journal of Healthcare Management*. (<https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1674005>)
- AKYÜZ G, KILINÇ E. (2016). Kuruluş yeri seçiminde bulanık TOPSIS yönteminin kullanımı: sağlık sektöründe bir uygulama. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(33):590-608.
- AR İM, BAKİ B, ÖZDEMİR F. (2014). Kuruluş yeri seçiminde bulanık AHS-VIKOR yaklaşımının kullanımı: otel sektöründe bir uygulama. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 7(13):93-114.
- ARSLAN HM. (2018). ELECTRE ve maksimum kapsama modeli yöntemleri ile bilim merkezlerinin optimum tesis yeri seçimi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(65):337-355.
- BORAN FE. (2011). An integrated intuitionistic fuzzy multi criteria decision making method for facility location selection. *Mathematical and Computational Applications*, 16(2):487-496.
- COCULESCU BI, COCULESCU EC, PURCĂREA VL. (2010). WHO Health System Strengthening (HSS)- Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of indicators and their measurement strategies. (<https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/26.pdf?ua=1>)
- ÇELİK BİLEK Y. (2018). Group decision making for hospital location selection using VIKOR under fuzzy environment. *IGUSABDER*, 5:435-450.
- DEMİRTAS, D. (2016). *Facility location under uncertainty and spatial data analytics in healthcare* (Order No. 10137985). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1824063076). (Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/facility-location-underuncertainty-spatialdata/docview/1824063076/se2?accountid=8319>).
- GOLRIZGASHTI S, DARVISH M, HOSEINI S. (2018). Proposing a robust optimization mathematical model for site selection-hospital waste distribution. *Journal of International Business Disciplines*, 13(2):32-45.
- GONÇALVES JM, FERREIRA JA, CONDESSA B. (2014). Making regional facility location decisions: The example of hospital do Oeste Norte, Portugal. *Geospatial Health*, 9(1):1-6.
- HAN B, HU M, WANG J. Site selection for pre-hospital emergency stations based on the actual spatiotemporal demand: A case study of nanjing city, China. *ISPRS International Journal of Geo-Information*. 2020; 9(10):559.
- JAHAN A, EDWARDS KL, BAHRAMINASAB M. (2016). Multi-criteria decision-making for materials selection. *Multi-criteria Decision Analysis for Supporting of Engineering Materials in Product Design (Second Edition)*. p. 63-80. (<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100536-1.00004-7>).
- İNCE Ö, BEDİR N, EREN T. (2016). Hastane kuruluş yeri seçimi probleminin analitik hiyerarşi süreci ile modellenmesi: Tuzla ilçesi uygulaması. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3):08-21.
- KİM JI, SENARATNA DM, RUZA J, KAM C, NG S. (2015). Feasibility study on an evidence-based decision-cupport system for hospital site selection for an aging population. *Sustainability*, 7(3):2730-2744.
- KUMAR P, SINGH RK, SİNHA P. (2016) Optimal site selection for a hospital using a fuzzy extended ELECTRE approach, *Journal of Management Analytics*, 3(2):115-135, (DOI: 10.1080/23270012.2016.1152170)
- KMAIL A, JUBRAN J, SABBAH W. (2017). Coupling GIS-based MCA and AHP techniques for hospital site selection. *International Journal of Computer Science and Information Security*, 15(12):49-56.
- MİÇ P, ANTMEN ZF. (2019). A Healthcare facility location selection problem with fuzzy TOPSIS method for a regional hospital. *European Journal of Science and Technology*. 16:750-757.
- NSAIF QA, KHALEEL SM, KHATEEB AH. (2020). Integration of GIS and remote sensing technique for hospital site selection in Baquba district. *Journal of Engineering Science and Technology*. 15(3):1492-1505.
- OWEN SH, DASKIN MS. (1998). Strategic facility location: A review. *European Journal of Operational Research*, 111(3):423-447.
- ÖNEL F. (2014). Kuruluş Yeri Seçiminin Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleriyle Uygulanması. Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Denizli. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. ORGAN).
- ÖZCAN AY. (2013). Sağlık Kurumları Yönetiminde Sayısal Yöntemler. Siyasal Kitabevi. s. 97-100. Ankara.

- PAKÖZ MZ. (2015). Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Hastane Yer Seçimi: İstanbul Örneği. İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. MA YÜZER).
- RAJMOHAN M, THEOPHILUS C, SUMALATHA, MR, SARAVANAKUMAR S. (2017). Facility location of organ procurement organisations in Indian healthcare supply chain management. *South African Journal of Industrial Engineering*, 28(1), 90-102. (doi:http://dx.doi.org/10.7166/28-1-1508).
- REZAYEE M. (2020). Hospital site selection in Iskandar Malaysia using GIS-Multi Criteria Analysis. *International Journal of Basic Sciences and Applied Computing* 2(10):8-15.
- SOLTANI A, INALOO RB, REZAEI M, SHAER F, RIYABI MA. (2019). Spatial analysis and urban land use planning emphasising hospital site selection: a case study of Isfahan city. *Bulletin of Geography. Socio-economis Series*, 43:71-89.
- ŞAHİN T, OCAK S, TOP M. (2019). Analytic hierarchy process for hospital site selection. *Health Policy and Technology*, 8(1):42-50.
- ŞEN H. (2017). Hospital location selection with Aras-G. *The Eurasia Proceedings of Science Technology Engineering and Mathematics*, 1:359-365.
- ŞEN H, DEMİRAL MF. (2016). Hospital location selection with grey system theory. *European Journal of Economics and Business Studies*, 2(2):66-79.
- ŞENVAR O, OTAY I, BOLTÜRK E. (2016). Hospital site selection via hesitant fuzzy TOPSIS. *IFAC-PapersOnLine*, 49(12):1140-1145.
- TARIM M, ZAİM S, BAYRAKTAR E. (2011). Üretim Yönetimi (Operasyonel Yönetim) (3.Bölüm). Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi. İstanbul. s. 136-139. (Ed.: A. Y. KAPTANOĞLU).
- TIERNEY N, MIRA A, REINHOLD HJ, ARBIA G, CLIFFORD S, AURICCHIO A, MENGERSEN KL. (2019). Evaluating health facility access using bayesian spatial models and location analysis methods. *PLoS One*, 14(8) (doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0218310)
- YANG Y, YİN J, YE M, SHE D, YU J. (2020). Multi-coverage optimal location model for emergency medical service (EMS) facilities under various disaster scenarios: A case study of urban fluvial floods in the minhang district of shanghai, China. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 20(1), 181-195. (doi:http://dx.doi.org/10.5194/nhess-20-181-2020).
- YILDIRIM BF. (2015). Çok kriterli karar verme problemlerinde ARAS yöntemi. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(9):285-296.
- ZOLFANI SH, YAZDANI M, TORKAYESH AE, DERAKHTI A. (2020). Application of a gray-based decision support framework for location selection of a temporary hospital during covid-19 pandemic. *Symmetry*, 12(6):886.

MEDİKAL TURİSTLERİN SAĞLIK HİZMETİ SATIN ALMA KARARLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DÜZENLEYİCİ ODAK TEORİSİ İLİŞKİSİNDE İNCELENMESİ

EXAMINATION OF THE FACTORS AFFECTING DECISIONS OF MEDICAL TOURISTS TO PURCHASE HEALTHCARE SERVICE IN RELATION WITH REGULATORY FOCUS THEORY

Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN¹¹ Öğretim Görevlisi, Giresun Üniversitesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, <https://orcid.org/0000-0002-8832-1356>

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Sağlık turizmi, Medikal turizm, Düzenleyici odak teorisi, Memnuniyet, Davranışsal niyetler.</p> <p>Keywords: Health tourism, Medical tourism, Regulatory focus theory, Satisfaction, Behavioral intentions.</p> <p>Sorumlu Yazarlar Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN</p> <p>Adres: Giresun Üniversitesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı</p> <p>E-mail: cturkdogan@ yahoo.fr</p>	<p>Bu çalışmanın amacı, uluslararası medikal turistlerin bir hastaneyi veya ülkeyi tercih etmesinde karar alma sürecini etkileyen faktörler (algılanan destinasyon imajı, algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, genel memnuniyet düzeyi) ve sağlık hizmeti alım sonrası davranışları (tekrar ziyaret etme ve pozitif ağızdan ağıza pazarlama) arasındaki ilişkileri ve etkileri analiz etmektir. Bu amacı gerçekleştirirken gelen medikal turistlerin, düzenleyici odak teorisine göre teşvik odaklı ve önlem odaklı olarak gruplandırılması; karar alma sürecinde etkili olan faktörlerle ilişkisinin incelenmesi çalışmanın diğer önemli amacıdır. Yöntem olarak, kesitsel tipte tanımlayıcı ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir’de izin alınan yedi farklı hastaneye Şubat 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında gelen toplam 124 medikal turistten anket yoluyla veriler toplanmış ve sırasıyla betimleyici analizler, güvenilirlik analizi, keşfedici faktör analizi, korelasyon analizi ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre gelen medikal turistlerin çoğunluğu erkek (%65,3), evli (%78,2) ve 36-45 yaşlarındadır (%34,7). Büyük çoğunluğu (%72) Ortadoğu ülkelerinden (Irak, Libya, Tunus) gelirken; diğerleri sırasıyla Avrupa (%18,5) ve Asya (7,2%) ülkelerinden gelmektedir. Gelenlerin çoğunluğu Türkiye’ye ilk defa (%46) ve doktorlarının önerisi ile (%44,4) gelmiştir. Algılanan hastane/ülke imajı, medikal turistlerin algıladıkları sağlık hizmet kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Yine sağlık personelinin hastalara cevap verebilirliği teşvik odaklı medikal turistlerin genel memnuniyetini ve sağlık hizmet deneyimi sonrası davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Hastane ortamındaki somut iyileştirmeler, önlem odaklı medikal turistlerin algıladıkları değeri olumsuz yönde etkilerken, teşvik odaklı medikal turistlerin ise genel memnuniyetini artırmaktadır. Önlem odaklı medikal turistlerin memnuniyetini artıran tek faktör ise, sağlık çalışanlarının gösterdikleri empati olmuştur.</p>
	<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of this study is, to examine the factors affecting the decision-making process (perceived destination image, perceived service quality, perceived value, overall satisfaction level) and behavioral intentions (revisit and positive word of mouth) of international medical tourists to choose a hospital or country by analyzing their relationships and effects. Another important aim of the study is, to group the medical tourists focusing promotion and prevention domains, according to the regulatory focus theory and to examine the relationship of these orientations with the factors in the decision-making process. The cross-sectional descriptive study and convenience sampling method was used for the study. Data were collected through questionnaires from a total of 124 medical tourists who visited seven different hospitals in Ankara, İstanbul and İzmir between February 2016 and May 2016. Descriptive analyzes, reliability analysis, exploratory factor analysis, correlation analysis and hierarchical regression analyzes were performed for the analysis respectively. According to the results of the study, the majority of incoming medical tourists are male (65.3%), married (78.2%) and aged 36-45 (34.7%). The vast majority (72%) come from the Middle East countries (Iraq, Libya, Tunisia); others come from European (18.5%) and Asian (7.2%) countries, respectively. The majority of the visitors came to Turkey for the first time (46%) and upon the recommendation of their doctors (44.4%). Perceived hospital/country image positively affects the perceived health service quality of medical tourists. The responsiveness of the health personnel to the patients positively affects the general satisfaction of the promotion-oriented medical tourists and their behavioral intentions. While improvements in the hospital tangibles (environment, buildings) negatively affect the perceived value of prevention-oriented medical tourists, it increases the overall satisfaction of promotion-oriented medical tourists. The only factor that increase the satisfaction of the prevention-oriented medical tourists was the empathy shown by the healthcare professionals.</p>

INTRODUCTION

Given the fact that individuals have been traveling to other nations for medical treatment since ancient times (Reddy et al., 2010), medical tourism has emerged as a significant and quickly growing healthcare sector (Lunt et al., 2010; Reddy et al., 2010). Health tourism is a broad term that has emerged as a type of tourism, referring to the movement of patients for the purpose of improving their healthcare. Many resources include health tourism as a larger category of tourism that includes medical tourism, thermal spa-wellness tourism, and tourism for the elderly and disability tourism (Burns, 2015).

Previously, rich individuals used to go to industrialized nations for specialized medical care. During recent years, the trend has shifted (Burkett, 2007; Herrick, 2007). People from other socioeconomic backgrounds are also traveling to developing nations such as India, Thailand, and Taiwan to receive high-quality medical care at a reduced cost, in addition to wealthy individuals (Crooks et al., 2011).

In the globe, medical tourism is one of the businesses that is expanding most rapidly. According to a new report (Market Data Forecast, 2021), the worldwide medical tourism industry is expected to be worth 78.15 billion by 2026, up from 33.03 billion in 2021, with a growth rate of 18.8 percent between 2021 and 2026. As a result of long waiting times for some procedures in the source country, high prices for treatment in wealthy countries, and patients seeking treatments that are not available in their home countries, increased consumerism, ease of international travel, and increased wealth of people are some of the fundamental factors that lead to the development of the medical tourism industry (Deloitte, 2008; Lunt et al., 2010). Furthermore, it is a viable option for combining medical treatment with vacation options.

The aim of the study is two-fold; first, international medical tourists will be categorized as promotion or prevention-focused people based on regulatory focus theory, and relationship between their orientations and their post-experience evaluations will be examined. Secondly, by examining relationships between perceived destination image, perceived service quality, perceived value, overall satisfaction, and behavioral intentions, the factors impacting post-experience assessments of both promotion and prevention oriented foreign medical tourists will be revealed. Since no single discipline is independently enough to understand the challenges of medical tourism industry, it would be beneficial to handle the subject interdisciplinary under the umbrella of tourism, behavioral sciences and healthcare services. Thus, more appropriate policies can be determined in a detailed framework and actions can be taken.

1. LITERATURE REVIEW

1.1. Health Tourism and Types of Health Tourism

The word "health tourism" has a lot of different definitions. Goodrich and Goodrich (1987) defined health tourism as the marketing of nations through the presentation of their health-care advantages. Health tourism, in its broadest sense, encompasses any health-seeking activities carried out in another nation at lower costs (Salmon, 2008). According to the Turkish Ministry of Health (2013), health tourism and the health tourist concept are stated as follows:

"Health tourism refers to travelling from the place of residence to another place for the purpose of protection and development of health and treatment of diseases, and benefiting from health and tourism opportunities by staying at the place of destination for minimum 24 hours. A person who travels for the aforementioned purposes is called 'health tourist'".

The notion of health tourism may be divided into three categories: First, there is medical tourism, which is discussed in this article, followed by thermal tourism and spa-wellness, and finally, elderly and disability tourism.

1.1.1. Medical Tourism

According to Marsek and Sharpe (2009), medical tourism is the pursuit for high-quality, low-cost medical treatment while visiting another country. In addition, medical tourism is not only traveling to another country for medical treatment, but also looking for places that have the greatest technological competence and offer it at the most reasonable rates [...] a mix of medical services and the tourism sector (Yu & Ko,

2012). Medical tourists are individuals who travel to other nations with the primary goal of receiving medical care (Ehrbeck et al., 2008). So, according to this definition of medical tourism, the following groups of people are not considered medical tourists: general tourists who become ill while on vacation, tourists who want to visit a spa/wellness center or receive treatments such as acupuncture, and foreign nationals who have already established residency in their home country and seek medical treatment there (Türkdoğan, 2016).

1.1.2. Thermal Tourism & Spa-Wellness

It is a tourism movement that mixes thermal bathing, spas, mud baths, and other spa treatments with complementary therapies such as physiotherapy, rehabilitation, and nutrition (Ankara Chamber of Commerce, 2015).

1.1.3. Elderly and Disability Tourism

Elderly tourism is viewed as a new type of health tourism, involving the care and rehabilitation of elderly people, occupational treatments, and the organization of trips for them. Disability tourism is another emerging kind of tourism. Disabled individuals in rehabilitation facilities receive particularly specific care in this form of travel (Turkish Ministry of Health, 2013).

1.2. Regulatory Fit Theory & Regulatory Focus Theory

Regulatory fit theory, according to Higgins (2000), offers a fresh perspective on the question of which situational factors should be examined for activity engagement because it is concerned with the relationship between people's attitudes toward performing an activity and the manner in which they engage in that activity. Strong motivation is created when there is agreement between people's goals and the way they pursue them, which is referred to as regulatory fit (Avnet & Higgins, 2006).

People's participation in an activity rises if their manner and orientation match. Regulatory focus theory is most often studied in numerous studies to show regulatory fit and non-fit (Cesario et al., 2007; Higgins et al., 2003.). There are two types of orientations in the regulatory focus theory: promotion and prevention (Higgins, 1997). Prevention orientation focuses on safety, responsibility and security, while promotion orientation concerned with the presence of positive outcomes such as hopes, success, progression requirements. Promotion orientation occurs when a person acts eagerly (to promote gains or development), whereas prevention orientation occurs when a person acts vigilantly (support non-losses) (Aaker & Lee, 2006).

When there is regulatory fit, individuals feel good about what they are doing and become more involved. As a result, the attraction of the activity and the value assigned to the activity strengthen (Freitas & Higgins, 2002; Higgins et al., 2003). According to Avnet and Higgins (2006), regulatory fit is a very helpful and essential phenomena in understanding consumer behavior.

1.3. Perceived Destination Image

While Hunt (1975) identified the perceived destination image as "perceptions held by potential visitors about an area", Kim and Richardson (2003) described it as the sum of one's impressions, beliefs, ideas, expectations, and sentiments about a location throughout time.

Positive destination images are believed to influence travelers' decision-making processes (Chi & Qu., 2007). A favorable destination image leads to higher levels of satisfaction and destination loyalty (Chen & Tsai., 2007). As a result, a more positive destination image increases visitor satisfaction, as well as the likelihood that tourists' revisit intention (Court & Lupton., 1997). According to Kotler, Bowen and Makens (1996), there is a dependent link between image, quality, satisfaction, and post-purchase behavior: image > quality > satisfaction > post-purchase behavior. A destination's image has an impact on service quality, which affects satisfaction. Satisfaction drives post-purchase behaviors, such as the choice to revisit to a destination or positive word of mouth (WOM) about the destination, according to this model (Kotler, Bowen & Makens., 1996). In a study, it is supported that positive brand image of hospital influences decision making in choosing a hospital by medical tourists (Chomvilailuk & Srisomyong, 2015).

1.4. Perceived Service Quality

Perceived quality has been defined by Parasuman et al. (1985, 1988) as the gap between customer expectations and actual behavior. Service quality, according to Mangold and Babakus (1991), is the result of a process in which consumers' expectations for the service are contrasted with their views of the service finally given.

In the literature, there are many research certify that there is a relationship between service quality and perceived value (Fornell et al., 1996; Petrick & Backman, 2002), satisfaction (Cronin & Taylor, 1992; Baker & Crompton, 2000; Caruana et al., 2000), behavioral intentions of patients (Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990; Headley & Miller, 1993; Gooding, 1995). It is also found that there is a positive relation between service quality and positive WOM and loyalty (Andaleeb et al., 2007).

1.5. Perceived Value

Perceived value is defined as "the consumer's overall assessment of the utility of a product based on perceptions on what is received and what is given" (Zeithaml, 1988). Similarly, Kotler and Keller (2006) define perceived value as "the difference between the prospective customer's evaluation of all the benefits and all the costs of an offering and the perceived alternatives."

According to previous studies, customer buying behavior, satisfaction, and behavioral intentions such as recommending others and repurchasing it later are all influenced by perceived value (Woodruff; 1997; Choi et al., 2004; Parasuraman & Grewal, 2000).

1.6. Overall Satisfaction

Rust and Oliver (1994) defined customer satisfaction as the "customer's fulfillment reaction". The more satisfied a consumer is, the more likely he/she is to repurchase the product or service, as well as recommend it to others (Sun et al., 2013).

A medical tourist's overall happiness is determined by tourist satisfaction and, in particular, patient satisfaction. From tourism perspective, the natural environment, the landscape, the culture, conveniences and recreation are other key destination characteristics that impact tourist satisfaction (Lounsbury & Hoopes, 1985; Pizam & Milman, 1993).

Patient satisfaction is defined as the patients' assessment of whether their expectations were met or not in terms of technical and interpersonal treatment (Campbell et al., 2000; Esch et al., 2008). According to the literature, the factors determine the patient satisfaction are: cost, convenience, providers' characteristic & social interaction and professional competency (Risser, 1975); care quality, cost, prompt response, pre- and post-healthcare services, accessibility, confidence, patient requirements, and hospitality (Tengilimoğlu et al., 2014) and patient-healthcare provider interaction (Crowe et al., 2002).

According to previous studies, service quality is one of the best predictor of customer satisfaction (Parasuraman et al., 1985; McDougall & Levesque, 1994) and there is a positive relationship between them (Naidu, 2009; Rad et al., 2010; Chahal & Kumari, 2010). Similar results found also between satisfaction and post-purchase behavior of customers (Kozak, 2001; Yoon & Uysal, 2005; Kesler & Maylod, 2011).

1.7. Behavioral Intentions

"Customer loyalty, positive recommending behavior, spending more with the company, paying price premiums, complaint behaviors, and repurchase intents" are seen as important behavioral intentions components (Zeithaml et al., 1996; Cronin et al., 2000). Previous research have shown that loyal consumers are more likely to purchase the product or service again and to recommend it to others (Sonmez & Graefe, 1998; Petrick et al., 2001).

As potential tourists' most trusted information sources, word-of-mouth (WOM) recommendations play a significant role in tourism marketing (Yoon&Uysal, 2005). It was also stated that online WOM may bring in 30 times more customers than traditional channels (Trusov et al., 2009).

In the healthcare industry, satisfied patients are more likely to suggest their treatment to others (Finkelstein

et al.,1999; Cronin & Taylor, 1992). Furthermore, high healthcare service quality brings on positive behavioral intentions (Zeithaml et al., 1996) and has a positive relationship with patient loyalty (Rad et al., 2010).

2. RESEARCH METHODOLOGY

2.1. Conceptual Model

The conceptual model of the study is provided in the figure below, based on a comprehensive literature assessment and taking into account the context of the study. According to the regulatory focus theory, international medical tourists who responded to a questionnaire were categorized as either promotion oriented or preventive focused (Figure 1). In Figure 2 contextual model shows that destination image, perceived quality, perceived value, and overall satisfaction all have directional relationships with one another and serve as predictors of behavioral intentions.

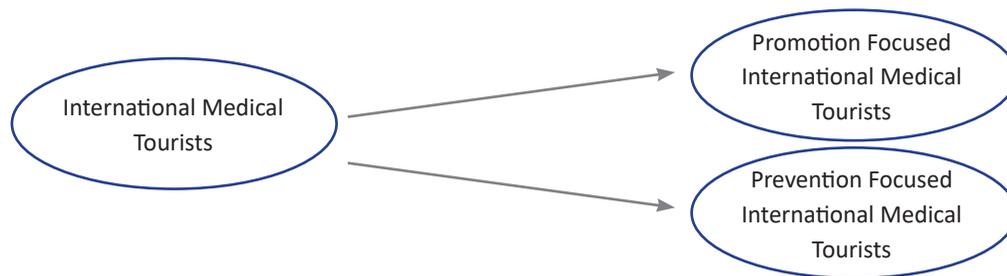


Figure 1. Classification of International Medical Tourists According to Regulatory Focus Theory.

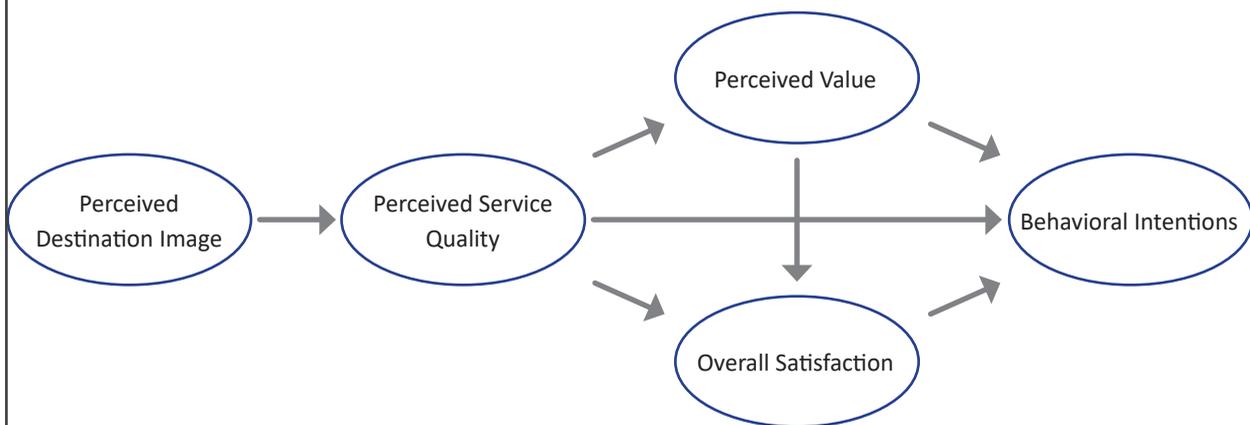


Figure 2. Conceptual Model.

2.2. Hypotheses of the Study

The following hypotheses are presented based on prior literature research and will be examined in this study:

- H1a: Promotion focused international medical tourists' perceived destination image have a significant effect on their perceived service quality.
- H1b: Prevention focused international medical tourists' perceived destination image have a significant effect on their perceived service quality.
- H2a: Promotion focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their perceived value.
- H2b: Prevention focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their perceived value.
- H3a: Promotion focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their behavioral intentions.

- H3b: Prevention focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their behavioral intentions.
- H4a: Promotion focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their overall satisfaction.
- H4b: Prevention focused international medical tourists' perceived service quality have a significant effect on their overall satisfaction.
- H5a: Promotion focused international medical tourists' perceived value have a significant effect on their overall satisfaction.
- H5b: Prevention focused international medical tourists' perceived value have a significant effect on their overall satisfaction.
- H6a: Promotion focused international medical tourists' perceived value have a significant effect on their behavioral intentions.
- H6b: Prevention focused international medical tourists' perceived value have a significant effect on their behavioral intentions.
- H7a: Promotion focused international medical tourists' overall satisfaction have a significant effect on their behavioral intentions.
- H7b: Prevention focused international medical tourists' overall satisfaction have a significant effect on their behavioral intentions.

2.3. Data Collection & Sample

This was a descriptive, cross-sectional study and convenience sampling method is used. The data was collected from the international medical tourists who chose to come to Turkey for their medical care at some hospitals and clinics in İstanbul, Ankara and İzmir between February 2016- May 2016. These hospitals are: Güven Hospital, Medical Park, Acibadem, Liv Hospitals, Medicana, Koru Hospital and CTG Dental. Patients were given the questionnaires after they had received medical care and were about to leave the hospital. The inclusion criteria were as follows: (1) age of 18 years or older, (2) Medical tourists who has residence in foreign countries, and (3) informed of the study and willing to participate in the survey. The exclusion criteria were as follows: (1) under 18 years of age, and (2) foreign patients that already resided in Turkey. 124 medical tourists are included in the final study sample, after the invalid questionnaires were eliminated.

2.4. Questionnaires

The survey includes four main parts. First section includes questions about international medical tourists' decision making behaviors as the sort of medical service chosen, information sources, time frame for making a final decision, medical insurance coverage, countries researched for medical treatment other than Turkey, travel arrangements, and travel companion. Answers to the questions in this section can be made by deciding the proper choice. Second part of the survey is about perceived destination image, perceived service quality, perceived value, overall satisfaction and behavioral intentions. In this part 7-point Likert-type scale, ranged from "strongly disagree" to "strongly agree" is utilized. Third part includes questions about Regulatory Focus Theory in order to group medical tourists as promotion and prevention oriented, 5 point Likert-type scale is used and scored according to below formula (Higginsweb, 2018):

$$\text{Promotion} = [(6 - Q1) + Q3 + Q7 + (6 - Q9) + Q10 + (6 - Q11)] / 6$$

$$\text{Prevention} = [(6 - Q2) + (6 - Q4) + Q5 + (6 - Q6) + (6 - Q8)] / 5$$

The last part of the survey is about demographic informations about the medical tourists. All the questions in the survey are pre-tested with four academicians in business administration and in tourism to ensure content validity before application in the field.

Related Questions in the Survey	Adapted from the Studies
Decision making behaviors	Saiprasert, 2011
Perceived destination image	Assaker et al., 2011; Jalilvand & Samiei, 2012; Veasna et al., 2012
Perceived service quality	Duffy et al., 2001; O'Connor et al., 2000;
Perceived value	Sirdeshmukh et al., 2002
Overall satisfaction	Lee, Yoon, & Lee, 2007; Yoon & Uysal, 2005
Behavioral intentions (word-of-mouth)	Alexandris et al., 2004; Kim, Kim, & Kim 2009; Kim et al., 2001
Behavioral intentions (revisit)	Kim et al., 2009; Lin, 2013; Wang & Wu, 2011
Regulatory focus theory (RFQ Measurement)	Higgins et al. 2001.

2.5. Statistical Analysis

SPSS 16.0 program (Statistical Package for Social Sciences, IBM Inc., Chicago, IL, USA) was used for the data analysis. Histogram, Skewness and Kurtosis values were used in addition to Kolmogorov-Smirnov test for normality distribution. For the descriptive analysis, frequency and percentages are calculated. Reliability analysis is done with the Cronbach Alpha and exploratory factor analysis is performed. To evaluate the relationship between the continuous variables, Pearson correlation was performed. And lastly, after the assumptions of regression were checked, hierarchical multiple regression analysis was used to answer the research questions.

3. RESULTS

Demographic profile of international medical tourists are represented in Table 1, majority of tourists are male (65.3%), married (78.2%) and between 36-45 years old (34.7%). More than half of the participants of survey had bachelor or higher education level. People who chose Turkey for their medical care requirements are mostly (72.5%) from Middle East countries.

Table 1. Demographic Characteristics of Participants (N=124)

GENDER	FREQUENCY	PERCENTAGE (%)
Male	81	65.3
Female	43	34.7
MARITAL STATUS		
Single	23	18.5
Married	97	78.2
Divorced/Widowed/Separated	4	3.2
AGE		
18-25 years old	15	12.1
26-35 years old	40	32.3
36-45 years old	43	34.7
46-55 years old	13	10.5
56-65 years old	12	9.7
Above 65 years old	1	0.8
HIGHEST EDUCATIONAL LEVEL		
High school or below	38	30.6
Associate college degree/High diploma (2 years)	16	12.9
Bachelor degree (4 years)	47	37.9
Post graduate education	17	13.7

Professional certificate	6	4.8
NATIONALITY		
Middle Eastern	90	72.5
European	18	14.5
Asian	14	11.2
African	1	0.8
American	1	0.8
COUNTRY OF RESIDENCE		
Middle East	90	72.5
Europe	23	18.5
Asia	9	7.2
Africa	1	0.8
America	1	0.8

In respect of medical tourists' nationalities breakdown, they are predominantly from Iraqi with 50.8%. Other Middle Eastern medical tourists are from Libyan (16.1%), Tunisian (4%), Algerian (1.6%). European medical tourist are Dutch (6.5%), Albanian (2.4%), Belgian (1.6%), Kosovan (1.6%) and British (0.8%), French (0.8%) and Austrian (0.8%) as shown in Table 2.

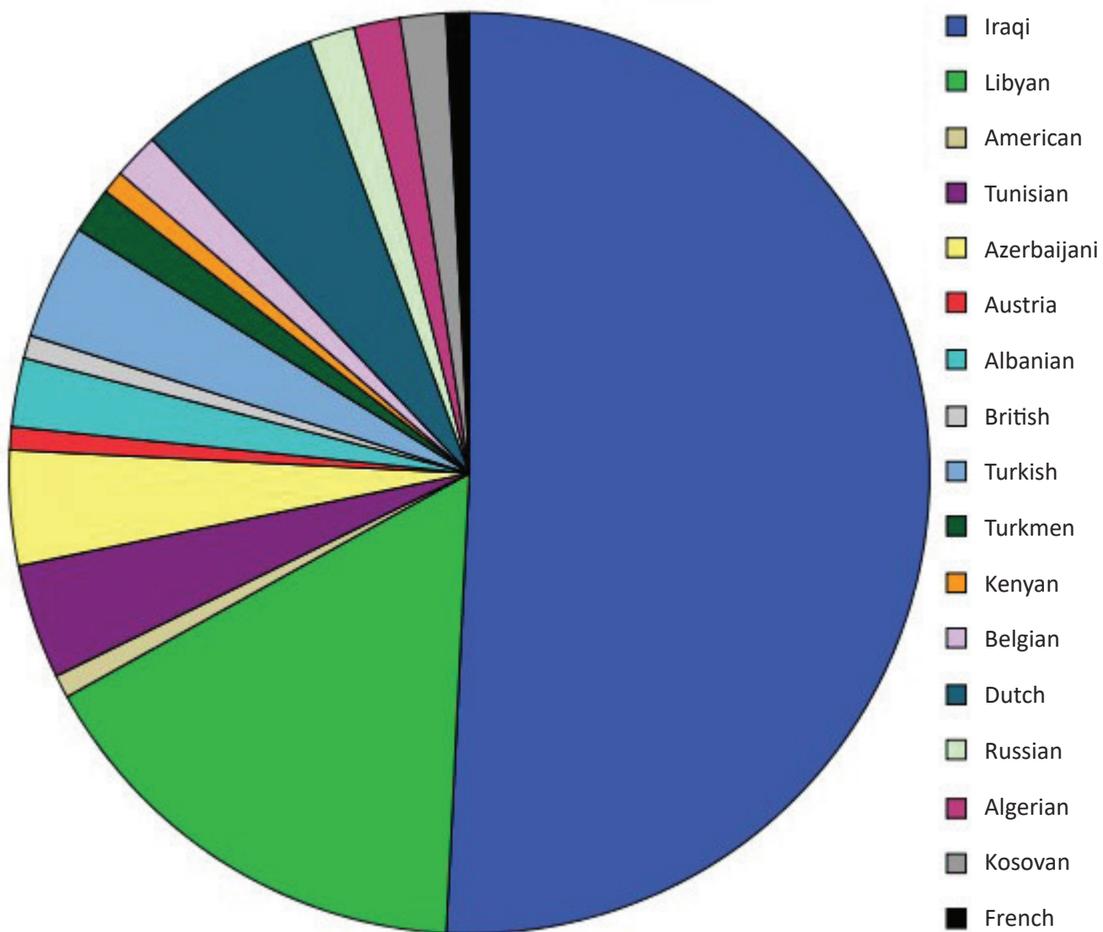


Figure 3. Distribution of Medical Tourists' Nationalities

Corresponding with the medical travel behaviors, majority of them (46%) visited Turkey for the first time, primary purpose of having medical care (90.3%), has no health insurance coverage in their country and decided to come to Turkey with the advise of their doctor in home country (44.4%). While most of them come to Turkey to have operations (as breast

surgery, lung cancer surgery, osteotomy, hernia operation and colon surgery), dental surgery/care was also one of the top medical service they were looking for in Turkey. They decide to come to Turkey mostly within 1-4 weeks and majority of them consider no alternative country while doing their choice (71%). Less people had alternative countries for their medical tourism as Germany, USA, Italy, Israel, UAE and Iran. The medical travel arrangements are mostly done directly with hospital in Turkey and 86.3% of them not choose to come alone. Lastly, in addition to have medical treatment in Turkey, 43.5% of medical tourists want to travel Istanbul, Antalya and Bursa for having holiday, visiting friends and sightseeing reasons while 56.5% of them don't think to travel in Turkey because of no money or no time (Table 2).

Table 2. Medical Travel Behavior

TRAVEL TIME	FREQUENCY	PERCENT
First time	57	46
2 times	30	24.2
3 times	19	15.3
4 times or more	18	14.5
PRIMARY PURPOSE OF TURKEY VISIT		
Pleasure/vacation	10	8.1
Medical treatment	112	90.3
Visit friends and relatives	2	1.6
MEDICAL SERVICE SEEKING		
Dental surgery/treatment	24	19.4
Cosmetic/plastic/reconstructive surgery	4	3.2
Sight treatment/lasik	22	17.7
Heart surgery	14	11.3
Comprehensive medical checkup	12	9.7
Other (breast surgery, lung cancer surgery, osteotomy, hernia operation, colon surgery, laryngotomy)	48	38.7
MEDICAL INSURANCE COVERAGE		
In your country- Yes	31	25.0
In your country- No	93	75.0
SOURCE OF INFORMATION (ranking top 1-3)		
Advice of doctor in home country	55	44.4
Word of mouth from friends or relatives	30	24.2
Reading the testimonies of other patients	21	16.9
DECISION TIME		
1-4 weeks	61	49.2
5-8 weeks	43	34.7
More than 8 weeks	20	16.1
CONSIDERED OTHER COUNTRIES		
Yes	36	29.0
No	88	71.0
Other countries: Germany, USA, Italy, Austria, Israel, UAE, Iran		
ARRANGE MEDICAL TREATMENT		
Directly with hospital	56	45.2
Through medical travel intermediaries' websites	27	21.8
Other (friends, relatives, ministry of health)	41	33.1

TRAVEL COMPANION		
Individual	17	13.7
Spouse/family/relatives/friends	107	86.3
TRAVELLING IN TURKEY BESIDES MEDICAL TREATMENT		
Yes	54	43.5
Type: Sightseeing, holiday, visit friends		
Destination: Istanbul, Antalya, Bursa		
No	70	56.5
Reason: No time, no money		

For the consistency of scale, reliability analysis is done and according to the results, Cronbach's alpha values of each dimensions in the scale between 0.721-0.917, which shows high internal consistency as shown in Table 3.

Table 3. Reliability Analysis

DIMENSIONS	Cronbach's Alpha
Perceived Destination Image	0.779
Perceived Service Quality	0.917
Perceived Value	0.721
Overall Satisfaction	0.789
Behavioral Intentions	0.796

In order to define underlying structure among variables (Hair et al., 2006) and to reduce and group the factors to a smaller number of dimensions, exploratory factor analysis (EFA) is performed. To be able to do EFA, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy and then Bartlett's test of sphericity are performed for "perceived service quality" (Table 4) and "behavioral intentions" (Table 5) respectively. As it is shown both in Table 4 and Table 5, KMO level is between 0-1 and more than 0.6, Bartlett's Test of Sphericity is less than the alpha level ($p < 0.05$), indicating that employing EFA for perceived service quality and behavioral intentions items are suitable.

Table 4. KMO and Bartlett's Test of Perceived Service Quality

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	0.851
Bartlett's Test of Sphericity	
Approximate Chi-Square	1127.963
df	105
Sig.	0.000

Table 5. KMO and Bartlett's Test of Behavioral Intentions

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	0.688
Bartlett's Test of Sphericity	
Approximate Chi-Square	181.163
df	6
Sig.	0.000

For factor analysis, the Varimax Rotation and Principal Component Analysis methods are utilized. According to the results, perceived service quality's "Assurance" factor has taken two items from "Reliability" factor. Although Cronbach Alpha value of Reliability factor lower than 0.7, it wasn't removed because this factor also increased the total variance explained like all others (Table 6).

Table 6. Exploratory Factor Analysis of Perceived Service Quality

Factor	Factor Loading				
	F1	F2	F3	F4	F5
Factor 1 - Assurance					
Medical staff was polite and friendly	.762				
Medical staff are knowledgeable	.734				
Sufficient attention to patients' privacy, confidentiality and disclosure	.698				
Hospital is accurate in its billing	.614				
You feel safe in your interaction with medical staff	.536				
Factor 2 - Tangibles					
Spacious and comfortable hospital environment		.814			
Employees have neat appearance		.796			
Modern equipment in the hospital		.669			
Factor 3 - Responsiveness					
Good service attitude of nurses and administration staff			.815		
Short waiting time for the medical examination from the physicians			.775		
Doctors' full attention to patients' description of symptoms			.754		
Factor 4 - Empathy					
Hospital employees give patients personal attention				.860	
Hospital has patients' best interest at heart				.852	
Factor 5 -Reliability					
Hospital provides its services at the time it promises to do so					.824
When you have problem, hospital employees are sympathetic and reassuring					.622
Eigenvalue	7.080	1.479	1.134	1.010	0.871
Variance (%)	47.197	9.860	7.563	6.735	5.805
Cumulative Variance (%)	47.197	57.056	64.619	71.354	77.159
Cronbach's Alpha	0.850	0.798	0.826	0.921	0.697

With 82.962% of total variance explained, two factors are found for behavioral intentions. While their all reliability coefficients are high enough with 0.835 and 0.741, the factors continued to maintain their initial state with two items for each (Table 7).

Table 7. Exploratory Factor Analysis of Behavioral Intentions

Factor	Factor Loading	
	F1	F2
Factor 1 - Revisit		
I am likely to go on a holiday in Turkey in the near future	0.904	
If necessary, I will revisit Turkey for medical tourism in the near future	0.887	
Factor 2- Positive WOM		
I am willing to say positive things about medical tourism in Turkey to other people		0.873
I do not hesitate to refer my acquaintances to visit Turkey for medical experiences		0.845
Eigenvalue	2.514	0.805
Variance (%)	62.839	20.123
Cumulative Variance (%)	62.839	82.962
Cronbach's Alpha	0.835	0.741

For promotion focused international medical tourists, except perceived destination image and behavioral intentions, all the factors are positively correlated with each other. Especially, there are strong positive relationship between perceived service quality and overall satisfaction (0.783), perceived service quality and perceived value (0.669) and perceived value and overall satisfaction (0.628) at the 0.01 significance level (Table 8).

Table 8. Correlation Analysis (Promotion Focused)

	Perceived Destination Image	Perceived Service Quality	Perceived Value	Overall Satisfaction	Behavioral Intention
Perceived Destination Image	1	,508**	,521**	,437**	0,109
Perceived Service Quality	,508**	1	,669**	,783**	,415**
Perceived Value	,521**	,669**	1	,628**	,249*
Overall Satisfaction	,437**	,783**	,628**	1	,476**
Behavioral Intentions	0,109	,415**	,249*	,476**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Correlation analysis for the prevention focused international medical tourists indicated that there is a positive significant relationship between all the factors. Particularly the association between perceived value and overall satisfaction (0.713) and perceived service quality and overall satisfaction (0.690) are strong as same in promotion focused medical tourists (Table 9).

Table 9. Correlation Analysis (Prevention Focused)

	Perceived Destination Image	Perceived Service Quality	Perceived Value	Overall Satisfaction	Behavioral Intention
Perceived Destination Image	1	,573**	,444**	,562**	,384*
Perceived Service Quality	,573**	1	,541**	,690**	,362*
Perceived Value	,444**	,541**	1	,713**	,494**
Overall Satisfaction	,562**	,690**	,713**	1	,664**
Behavioral Intentions	0,384*	,362*	,494**	,664**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

While taking perceived service quality as dependent variable and and perceived destination image as independent factor, simple linear regression is progressed in order to see the causal relationship between factors. According to results, perceived destination image has a significant positive effect on perceived service quality for both promotion focused ($R^2=0.258$, $B=0.508$, $p<0.05$) (Table 10) and prevention focused international medical tourists ($R^2=0.328$, $B=0.573$, $p<0.05$) (Table 11).

Therefore, H1a, H1b hypotheses are both supported.

Table 10. Simple Regression Result (Promotion Focused)

Perceived Service Quality					
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	t	Sig.
Independent Variables Perceived Destination Image	0,659	0,147	0,573	4,476	0,000
Adjusted R ²		0,312			
R ²		0,328			
F for ANOVA		20,036			

Table 11. Simple Regression Result (Prevention Focused)

Perceived Service Quality					
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	t	Sig.
Independent Variables Perceived Destination Image	0,412	0,079	0,508	5,237	0,000
Adjusted R ²		0,248			
R ²		0,258			
F for ANOVA		27,453			

In order to analyze the incremental effects of each factor on dependent variables, hierarchical regression is performed. Perceived value was taken as dependent variable, while both perceived destination image and perceived service quality were independent variables in the analysis. Depends on the results, perceived destination image and responsiveness (prompt service and willingness to help) of promotion focused medical tourists had positive effects on the perceived value (Table 12) and on the other hand, only tangibles (spacious physical facilities and equipments increase) had negative significant impact on perceived value for the prevention focused medical tourists (Table 13).

Therefore, H2a, H2b hypotheses are both supported.

Table 12. Hierarchical Regression Results for Perceived Value as Dependent Variable (Promotion Focused)

	MODEL 1			MODEL 2		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables						
Perceived Destination Image	0,446	0,082	,521*	0,210	0,082	0,245*
Perceived Service Quality						
Assurance				-0,028	0,132	-0,030
Tangibles				0,206	0,135	0,196
Responsiveness				0,254	0,099	0,323*
Empathy				0,148	0,110	0,179
Reliability				-0,013	0,117	-0,015
adjusted R ²		0,262			0,483	
R ²		0,272			0,521	
R ² change		0,272			0,250	
F for ANOVA		29,467			13,439	

p<0.05*

Table 13. Hierarchical Regression Results for Perceived Value as Dependent Variable (Prevention Focused)

	MODEL 1			MODEL 2		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables						
Perceived Destination Image	0,817	0,257	0,444*	0,263	0,281	0,143
Perceived Service Quality						
Assurance				0,474	0,292	0,349
Tangibles				-0,413	0,194	-0,340*
Responsiveness				0,174	0,258	0,139
Empathy				0,330	0,198	0,313
Reliability				0,063	0,220	0,041
adjusted R2		0,262			0,424	
R2		0,272			0,507	
R2 change		0,272			0,309	
F for ANOVA		29,467			6,162	

p<0.05*

When overall satisfaction was dependent variable and perceived destination image, perceived service quality and perceived value were all independent variables, the results for promotion focused medical tourists are: 1) there was no significant effect of perceived destination image on overall satisfaction, 2) assurance, tangibles and responsiveness had positive significant impact on overall satisfaction, 3) perceived value was a significant predictor of overall satisfaction (Table 14). In terms of prevention focused medical tourists, only empathy and perceived value had positive effects on overall satisfaction (Table 15).

Therefore, H4a, H4b, H5a, H5b hypotheses are both supported:

Table 14. Hierarchical Regression Results for Overall Satisfaction as Dependent Variable (Promotion Focused)

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables									
Perceived Destination Image	0,329	0,076	0,437*	0,046	0,063	0,061	0,014	0,065	0,019
Perceived Service Quality									
Assurance				0,236	0,101	0,280*	0,240	0,100	0,285*
Tangibles				0,205	0,104	,222**	0,174	0,104	0,188**
Responsiveness				0,191	0,076	0,276*	0,153	0,078	0,221**
Empathy				0,150	0,084	0,207**	0,128	0,084	0,177
Reliability				-0,083	0,090	-0,107	-0,088	0,089	-0,105
Perceived Value							0,150	0,088	0,170**
Adjusted R2		0,181			0,606			0,615	
R2		0,191			0,635			0,649	
R2 change		0,191			0,444			0,014	
F for ANOVA		18,689			21,465			19,279	

*p<0.05, **p<0.10

Table 15. Hierarchical Regression Results for Overall Satisfaction as Dependent Variable (Prevention Focused)

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables									
Perceived Destination Image	0,709	0,163	0,562*	0,294	0,156	0,233**	0,242	0,150	0,192
Perceived Service Quality									
Assurance				0,265	0,162	0,285	0,171	0,159	0,184
Tangibles				-0,145	0,108	-0,174	-0,063	0,108	-0,076
Responsiveness				-0,013	0,143	-0,015	-0,047	0,137	-0,055
Empathy				0,334	0,110	0,461*	0,268	0,108	0,371*
Reliability				0,125	0,122	0,119	0,113	0,116	0,107
Perceived Value							0,198	0,088	0,289*
Adjusted R2		0,299			0,623			0,661	
R2		0,316			0,677			0,718	
R2 change		0,316			0,361			0,041	
F for ANOVA		18,924			12,557			12,715	

*p<0.05, **p<0.10

Lastly, when behavioral intention was the dependent as all other factors were independent factors, the results of hierarchical regression were: responsiveness and overall satisfaction positively affected behavioral intentions both for promotion and prevention focused medical tourists (Table 16-17).

Therefore, H3a, H3b, H7a, H7b hypotheses are both supported however, H6a, H6b hypotheses are not supported.

Table 16. Hierarchical Regression Results for Behavioral Intentions as Dependent Variable (Promotion Focused)

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3			MODEL 4		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables												
Perceived Destination Image	0,488	0,183	0,384*	0,288	0,202	0,226	0,265	0,206	0,209	0,139	0,2	0,11
Perceived Service Quality												
Assurance				0,272	0,209	0,290	0,232	0,218	0,247	0,143	0,208	0,152
Tangibles				-0,184	0,139	-0,219	-0,149	0,149	-0,178	-0,117	0,14	-0,139
Responsiveness				-0,322	0,185	0,370**	-0,336	0,188	0,387**	-0,312	0,176	0,359**
Empathy				0,402	0,142	0,551*	0,374	0,148	0,513*	0,234	0,151	0,312
Reliability				0,018	0,158	0,017	0,012	0,159	0,012	-0,047	0,151	-0,044
Perceived Value							0,084	0,12	0,121	-0,019	0,121	-0,028
Overall Satisfaction										0,521	0,218	0,518*
Adjusted R2		0,127			0,38			0,371			0,446	
R2		0,147			0,469			0,476			0,552	
R2 change		0,147			0,312			0,007			0,076	
F for ANOVA		7,089			5,294			4,542			5,229	

*p<0.05, **p<0.10

Table 17. Hierarchical Regression Results for Behavioral Intentions as Dependent Variable (Prevention Focused)

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3			MODEL 4		
	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient	Regression Coefficient	Std Error	Std Coefficient
Independent Variables												
Perceived Destination Image	0,082	0,084	0,109	-0,09	0,092	-0,12	-0,079	0,096	-0,106	-0,085	0,093	-0,113
Perceived Service Quality												
Assurance				0,074	0,146	0,089	0,073	0,147	0,087	-0,021	0,149	-0,025
Tangibles				0,133	0,15	0,144	0,144	0,153	0,156	0,075	0,152	0,082
Responsiveness				0,248	0,11	0,360*	0,261	0,116	0,379*	0,201	0,115	0,292**
Empathy				0,097	0,122	0,135	0,105	0,124	0,146	0,055	0,123	0,076
Reliability				-0,13	0,13	-0,170	-0,131	0,131	-0,171	-0,099	0,128	-0,130
Perceived Value							-0,059	0,13	-0,059	-0,111	0,129	-0,126
Overall Satisfaction										0,392	0,168	0,394*
Adjusted R2		0,001			0,161			0,151			0,200	
R2		0,012			0,224			0,226			0,280	
R2 change		0,012			0,212			0,002			0,054	
F for ANOVA		0,954			3,558			3,038			3,5	

*p<0.05, **p<0.10

4. DISCUSSION

The study’s main goal was first of all, to group international medical tourists as promotion or prevention oriented using regulatory focus theory, and see if there is a relation between their orientations and their post-experience evaluations; and 2) identify the factors influencing post-experience evaluations of both promotion and prevention focused people while examining the associations between perceived destination image, perceived service quality, perceived value, overall satisfaction and behavioral intentions.

According to the results, there is a significant positive correlation and a causal relationship between perceived destination image of medical tourists and their perceived service. The results are similar for both promotion and prevention focused international medical tourists. Previous studies (Bigne et al., 2001; Chen & Tsai, 2007) also showed that tourist image is a direct predictor of perceived service quality.

The positive correlation and the results of hierarchical regression between perceived service quality & perceived value showed that ‘responsiveness’ has main effects on perceived value of promotion focused medical tourists. This result is supported with previous studies (Fornell et al., 1996; Petrick & Backman, 2002). In addition, perceived destination image has both direct and indirect impact on perceived value. It was also indicated in the former study of Chen & Tsai, 2007, as the people who have high perceived destination image, would perceive service quality and value positively. Therefore, it can be deduced that promotion focused patients’ value perceptions of medical care increase, when doctors/ medical staffs are helpful and responsive. Moreover, the hospital image/country image increases the perceived value of promotion focused medical tourists. On the side of prevention focused medical tourists, the results for perceived value are quite different. ‘Tangibles’, which means modern equipments and spacious hospital environment, has negative impacts on perceived value.

According to the results of the antecedents of overall satisfaction are ‘assurance’, ‘responsiveness’, ‘tangibles’ and ‘perceived value’ for the promotion focused medical tourists. Previous studies also supported the positive causal relationship between service quality, value and satisfaction (Caruana, 2002; Choi et al., 2004; Amin & Isa, 2008). From this results, in order to increase the overall satisfaction of promotion focused medical tourists, the doctors and other healthcare workers would give more confidence to the patients (assurance), provide prompt service and answer patients’ questions (responsiveness), offer healthcare service in a more modern and spacious environment (tangibles). Regarding the prevention focused medical tourists, ‘empathy’ and ‘perceived value’ are predictors of overall satisfaction, which show that when the doctors and other healthcare workers pay more personal attention, show empathy to their patients,

their overall satisfaction will increase. The study of Crowe et al. (2012) supports that, understanding and interpersonal relationship is the most important effect of customer satisfaction.

For the behavioral intentions, in other words for the revisit and positive WOM actions, 'overall satisfaction' and 'responsiveness' are the predictors both for promotion and prevention focused medical tourists. Previous researches both in healthcare (Rust & Zahorik, 1993; Kesler & Mylod, 2011) and in tourism (Bramwell, 1998; Kozak & Rimmington, 2000; Yoon & Uysal, 2005) proved that customer satisfaction is one of the most important predictor of behavioral intentions like revisit of the hospital or country, and positive WOM about the good experience that they had.

5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

To sum up, in this study the international medical tourists are grouped according to their regulatory focus orientation at first; the impact factors to their satisfaction and behavioral intentions are identified and then, the relationship between these factors are investigated; lastly, it is analyzed that if post-experience evaluations of medical tourists change depends on their regulatory focus orientations or not. To the best of our knowledge, this is the first study that combines regulatory focus orientation and post-experience evaluations of medical tourists in the literature. Depends on the results of this research, it can be resumed as below:

- The investment on the hospitals image or on the country image enhance 1) service quality perceptions of both promotion and prevention focused medical tourists; 2) perceived value of promotion focused medical tourists.
- The responsiveness (prompt response, being helpful) of medical professionals increase the perceived value of promotion focused medical tourists; 2) overall satisfaction of promotion focused medical tourists; 3) revisit and positive WOM intentions of both promotion and prevention focused medical tourists.
- The improvement in physical conditions of healthcare facilities (well decorated hospitals, modern equipments etc.) 1) concern prevention focused medical tourists regarding the value of the obtained health treatment rise and their perceived value decreases; 2) increase the overall satisfaction of promotion focused medical tourists.
- The empathy of doctors and other medical professionals is very crucial for the satisfaction of prevention focused medical tourists.
- The assurance (politeness, knowledge, attention to privacy of patients) of doctors and other healthcare workers supports the overall satisfaction of promotion focused medical tourists.
- The satisfied patients revisit the hospital /country and make positive WOM marketing about their experience.

The stakeholders of the medical tourism industry, which include transportation companies, intermediary firms, insurance companies, hotels, governmental institutions, public hospitals as well as private hospitals and clinics. This research was investigated only in some private hospitals, which is one of the limitation of this study. In addition, to be able to increase the representativeness of the study other cities like Bursa, Antalya, which attract many medical tourist to Turkey, would be included. For the future research, it is suggested to collect data for the study in the summer months, as these months are more available for the number of medical tourists in Turkey. It is also suggested to examine the concerns of medical tourists and to expand the study population to give a multifaceted dimension to the subject.

REFERENCES

- Aaker, J. & Lee, A. Y. (2006). Understanding Regulatory Fit. *Journal of Marketing Research*, 15-19. http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/understanding_regulatory_fit.pdf
- Alexandris, K., Zahariadis, P., Tsozbatzoudis, C., & Grouios, G. (2004). An empirical investigation of the relationships among service quality, customer satisfaction and psychological commitment in a health club context. *European Sport Management Quarterly*, 4(1), 36-52. Doi: 10.1080/16184740408737466
- Amin, M. & Isa, Z. (2008). An examination of the relationship between perception of service quality and customer satisfaction: A SEM approach towards Malaysian Islamic banks. *International Journal of Islamic Middle Eastern Finance and Management*, (1)3, 191-209.
- Andaleeb, S.S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy Plan*, 22(4), 263-273.

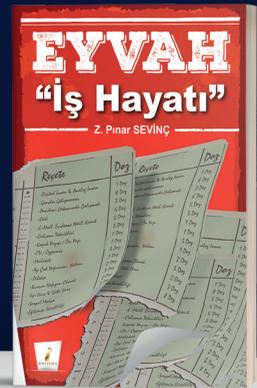
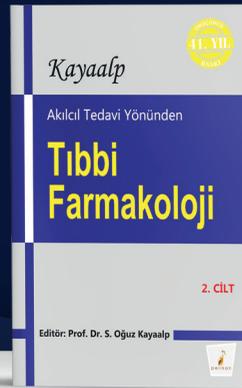
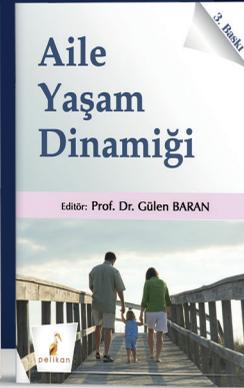
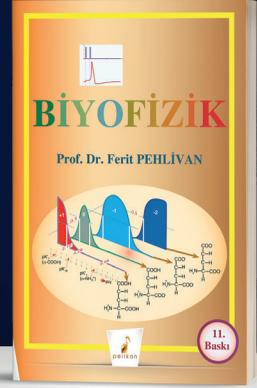
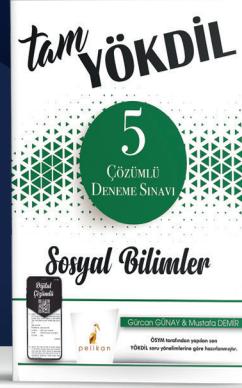
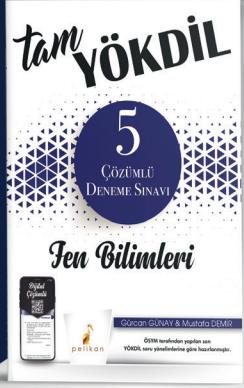
- Ankara Chamber of Commerce, (2015). *Research report of Health Tourism Market Evaluation of Ankara*.
- Assaker, G., Vinzi, V. E., & O'Connor, P. (2011). Examining the effect of novelty seeking, satisfaction, and destination image on tourists' return pattern: A two factor, non-linear latent growth model. *Tourism Management*, 32(4), 890–901. doi:10.1016/j.tourman.2010.08.004
- Avnet, T. & Higgins, E. T. (2006). How Regulatory Fit Affects Value in Consumer Choices and Opinions. *Journal of Marketing Research*, 43, 1-10.
- Baker, D., & Crompton, J. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of Tourism Research*, 27(3): 785–804.
- Bigne, J. E., Sanchez, M. I., & Sanchez, J. (2001). Tourism image, evaluation variables and after purchase behavior: Inter-relationship. *Tourism Management*, 22, 607 - 616.
- Bramwell, B. (1998). User satisfaction and product development in urban tourism. *Tourism Management*, 19(1), 35–47.
- Burns, L.R. (2015). Medical tourism opportunities and challenges: Illustration from US–India trade, *International Journal of Healthcare Management*, 8 (1),15-26. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000091>
- Burkett, L. (2007). Medical Tourism: Concerns, Benefits and the American Legal Perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28(2): 223-45. <https://doi.org/10.1080/01947640701357763>
- Campbell, S.M., Roland, M.O. & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care, *Social Science and Medicine*, 41(11), 1611-1625.
- Caruana, A., Money, A.H., & Berthon, P.R. (2000). Service quality and satisfaction: the moderating role of value. *European Journal of Marketing*, 34(11/12): 1338–1352
- Caruana, A. (2002). Service loyalty: the effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36, 811-828.
- Cesario, J., Higgins, E. T., & Scholer, A. A. (2007). Regulatory fit and persuasion: Basic principles and remaining questions. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 444-463.
- Chen, C. & Tsai, D. (2007). How destination image and evaluative factors affect behavioral intentions? *Tourism Management*, 28: 1115–1122.
- Chahal, H., & Kumari, N. (2010). Development of multidimensional scale for health care service quality (HCSQ) in Indian context. *Journal of Indian Business Research*, (2)4, 230-255.
- Chi, C.G.Q. & Qu, H. (2008). Examining the structural relationships of destination image, tourist satisfaction and destination loyalty: An integrated approach. *Tourism Management* 29, 624–636.
- Chomvilailuk, R. & Srisomyong, N. (2015). Three Dimensional Perceptions of Medical/Health Travelers and Destination Brand Choices: Cases of Thailand. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175(175), 376-383 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1213>
- Court, B. C., & Lupton, R. A. (1997). Customer portfolio development: Modeling destination adopters, inactives, and rejecters. *Journal of Travel Research*, 36(1), 35–43.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68.
- Cronin, J.J., Jr., Brady, M.K. & Hult, M. (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intention in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193–218.
- Crooks, V.A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel. *Soc Sci Med.*, 72(5), 726-32. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.12.022.
- Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, (6)32, 1-244.
- Deloitte (2008) Medical Tourism. Consumers in Search of Value, Deloitte Center for Health Solutions, 1-28. <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>
- Duffy, J.A., Duffy, M. & Kilbourne, W. (1997). Cross national study of perceived service quality in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, (11)4, 327-336. Doi: 10.1016/S0890-4065(97)90025-6
- Ehrbeck, T., Guevara, C. & Mango, P.D. (2008). *Mapping the market for medical travel*. The McKinsey Quarterly. <http://www.medretreat>.

com/templates/UserFiles/Documents/McKinsey%20Report%20Medical%20Travel.pdf

- Esch, B.M., Marian, F., Busato, A. & Heusser, P. (2008). Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care, *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(74), 1-15.
- Finkelstein, B.S., Harper, D.L. & Rosenthal, G.E. (1999). Patient assessments of hospital maternity care: a useful tool for consumers? *Health Services Research*, (34)2, 623-640.
- Fornell, C., Johnson, M.D., Anderson, E.W., Cha, J. & Bryant, B.E. (1996). The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60(4): 7–18.
- Freitas, A. L., & Higgins, E.T. (2002). Enjoying Goal-Directed Action: The Role of Regulatory Fit. *Psychological Science*, 13, 1-6.
- Gooding, S.K.S. (1995). Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *J Health Care Mark*, 15(4):24 –31.
- Goodrich, J.N., & Goodrich, G.E. (1987). Health-care tourism — an exploratory study. *Tourism Management*, 8, 217-222.
- Headly, D.E., & Miller, S.J. (1993). Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *J Health Care Mark*, 13(4):32 – 41.
- Herrick, D. M. (2007). Medical Tourism: Global Competition in Health Care Dallas, (NCPA Policy Report No. 304). National Centre for Policy Analysis. <https://www.ncpathinktank.org/pdfs/st304.pdf>
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Higgins, E.T. (2000) Making a Good Decision: Value from Fit. *American Psychologist*, 55, 1217-30. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1217>
- Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N. & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 31, 3-23. <https://doi.org/10.1002/ejsp.27>
- Higgins, E. T., Idson, L., Freitas, A., Spiegel, S., & Molden, D. (2003). Transfer of value from fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1140-1153.
- Higginsweb (2018). Regulatory Focus Questionnaire. <https://higginsweb.psych.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/07/RFQ.pdf>
- Jalilvand, M. R., & Samiei, N. (2012). The impact of electronic word of mouth on a tourism destination choice: Testing the theory of planned behavior (TPB). *Internet Research*, 22(5), 591–612. Doi: 10.1108/10662241211271563
- Kessler, D. P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *Int J Health Care Qual Assur*.24(4):266–273. <http://dx.doi.org/10.1108/09526-11125570> .
- Kim, W. G., Han, J. S., & Lee, E. (2001). Effects of relationship marketing on repeat purchase and word of mouth. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 25(3), 272–288. Doi:10.1177/109634800102500303
- Kim, H., & Richardson, S.L (2003). Motion Picture Impacts on Destination Images. *Annals of Tourism Research*, 30 (1):216-37.
- Kim, T. T., Kim, W. G., & Kim, H.B. (2009). The effects of perceived justice on recovery satisfaction, trust, word-of-mouth, and revisit intention in upscale hotels. *Tourism Management*, 30(1), 51–62. doi:10.1016/j.tourman.2008.04.003.
- Kotler, P., Bowen, J., & Markens, J. (1996). *Marketing for Hospitality and Tourism*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Marketing Management*, 12th ed., Pearson/Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Kozak, M. (2001). Repeaters' behavior at two distinct destinations. *Annals of Tourism Research*. 28(3), 784–807.
- Kozak, M., & Rimmington, M. (2000). Tourist satisfaction with Mallorca, Spain, as an off-season holiday destination. *Journal of Travel Research*, 38(1), 260–269.
- Lee, C.K., Yoon, Y.S., & Lee, S.K. (2007). Investigating the relationships among perceived value, satisfaction, and recommendations: The case of the Korean DMZ. *Tourism Management*, 28(1), 204–214. doi:10.1016/j.tourman.2005.12.017
- Lin, C.H. (2013). Determinants of revisit intention to a hot spring destination: Evidence from Taiwan. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 18(3), 183–204. doi:10.1080/10941665.2011.640698
- Lounsbury, L.W., & Hoopes, L.L. (1985). An investigation of factors associated with vacation satisfaction. *J. Leis. Res.*, 17, 1–13.
- Lunt, N., Hardey, M., & Mannion, R. (2010). Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. *The open medical informatics journal*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.2174/1874431101004010001>

- Mangold, W.G. & Babakus, E. (1991). Service quality: the front-stage vs the back-stage perspective. *Journal of Services Marketing*, 5(4), 59-70.
- Market Data Forecast (April, 2021). Global Medical Tourism Market Size, Share, Trends, Growth & COVID-19 Analysis Report – Segmented By Treatment Type and Region - Industry Forecast (2021 to 2026). <https://www.marketdataforecast.com/market-reports/medical-tourism-market> Erişim Tarihi: 06.08.2021.
- Marsek, P.W & Sharpe, F. (2009). *The complete idiot's guide to medical tourism*. Alpha Publishing. New York.
- McDougall, G.H., & Levesque, T.J. (1994). A revised view of service quality dimensions: an empirical investigation. *Journal of Professional Service Marketing*, (11)1, 189-209.
- Ministry of Health Directorate General of Health Services Department of Health Tourism (2013), "Health Tourism in Turkey" Presentation, saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-82473/h/truluslararasi-sunum.ppt
- O'Connor, S.J., Trinh, H.Q. & Shewchuk, R.M. (2000). Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Management Review*, 25(2), 7-23.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., & Grewal, D. (2000). The impact of technology on the quality–value–loyalty chain: A research agenda. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1): 168–174.
- Petrick, J.F., & Backman, S.J. (2002). An examination of the construct of perceived value for the prediction of golf travelers: Intentions to revisit. *Journal of Travel Research*, 41, 38–45.
- Petrick, J.F., & Backman, S.J. (2002). An examination of the construct of perceived value for the prediction of golf travelers: Intentions to revisit. *Journal of Travel Research* 41, 38–45.
- Petrick, J.F., Morais, D.D., & Norman, W.C. (2001). An examination of the determinants of entertainment vacationers' intentions to revisit. *Journal of Travel Research* 40, 41–48.
- Pizam, A. & Milman, A. (1993). Predicting satisfaction among first-time visitors to a destination by using the expectancy disconfirmation theory. *Int. J. Hosp. Manag.*, 12, 197–209.
- Rad, N.F., Som, A.P.M. & Zainuddin, Y. (2010). Service quality and patients' satisfaction in medical tourism. *World Applied Sciences Journal*, 10(1), 24-30.
- Reddy, S.G., York, V.K. & Brannon, L.A. (2010). Travel for treatment: students' perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research*, 12(5), 510-522. <https://doi.org/10.1002/jtr.769>
- Reidenbach, R.E., & Sandifer, S.B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *J Health Care Mark*, 10(4), 47 – 55.
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, *Nursing Research*, (24)1, 45-52.
- Rust, R.T. & Oliver, R.L. (1994). *Service quality: Insights and implications from the frontier service quality*. In R.T. Rust & R.L. Oliver (eds) *New directions in theory and practice* (pp. 1–19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rust, R. T., & Zahorik, A. J. (1993). Customer loyalty, customer retention and market share. *Journal of Retailing*, 69(2), 193–215.
- Saiprasert, W. (2011). *An Examination of the Medical Tourists Motivational Behavior and Perception: A Structural Model*. [Doctoral dissertation, Oklahoma State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Salmon, J. W. (2008). Emerging trends in outsourcing healthcare: Medical tourism. *American Health and Drugs Benefits*, 1(7), 27–28.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J. & Sabol, B. (2002). Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges, *Journal of Marketing*, 66(1), 15-37. Doi:<http://dx.doi.org/10.1509/jmkg.66.1.15.18449>
- Sonmez, S.F., & Graefe, A.R. (1998). Determining future travel behavior from past travel experience and perceptions of risk and safety. *Journal of Travel Research* 37(2): 171–178.
- Sun, X., Chi, G. Q. C., & Xu, H. (2013). Developing destination loyalty: The case of Hainan Island. *Annals of Tourism Research*, 43, 547-577.

- Tengilimoglu, D., Taş, D., Sönmez Eşiyok, E., Bircan, İ. & Guzel, A. (2014). Health Tourism and Patient Satisfaction in Turkey: the Ankara Example. *International Journal of Economic Practices and Theories*, 4 (5), e-ISSN 2247–7225.
- Türkdoğan, C. (2016). Post-Experience Evaluations of Health Services By Medical Tourists: The Role of Regulatory Orientations. (Master Thesis, Middle East Technical University). <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12620256/index.pdf>
- Veasna, S., Wu, W.Y., & Huang, C.H. (2012). The impact of destination source credibility on destination satisfaction: The mediating effects of destination attachment and destination image. *Tourism Management*, 36, 511–526.
- Wang, C.Y., & Wu, L.W. (2011). Reference effects on revisit intention: Involvement as a moderator. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 28(8), 817–827. doi:10.1080/10548408.2011.623041
- Woodruff, R.B. (1997). Customer value: The next source for competitive edge. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2): 139–153.
- Yoon, Y., & Uysal, M. (2005). An examination of the effects of motivation and satisfaction on destination loyalty: A structural model. *Tourism Management*, 26(1), 45–56. doi:10.1016/j.tourman.2003.08.016
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.02.002>
- Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31–46.



www.pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi Ziyaret Edin!..

kitabevi.com.tr

MOBİL SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ VE TEKNOLOJİ KABUL TEORİLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

A REVIEW ON MOBILE HEALTH TECHNOLOGIES AND TECHNOLOGY ACCEPTANCE THEORIES

Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN¹¹ Öğretim Görevlisi, Giresun Üniversitesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, <https://orcid.org/0000-0002-8832-1356>

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: E-sağlık, Giyilebilir Teknolojiler, Mobil sağlık, Teknoloji Kabul Teorileri</p> <p>Keywords: E-Health, Mobile Health, Wearable Technologies, Technology Acceptance Theories.</p> <p>Sorumlu Yazarlar Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN</p> <p>Adres: Giresun Üniversitesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı</p> <p>E-mail: cturkdogan@yahoo.fr</p>	<p>Bu çalışmada, E-sağlık ve onun alt kavramları, mobil sağlık (m-sağlık) hizmetlerinin kullanım alanları ve paydaşları, m-sağlık uygulamaları (apps) sınıflandırılması ve pazarının güncel durumu, giyilebilir teknolojiler ve m-sağlık teknolojileri kullanıcılarının teknoloji kullanım niyetlerini ve davranışlarını değerlendirmek için kullanılan teknoloji kabul teorileri hakkında ayrıntılı bilgi sunmak ve gelecekte yürütülebilecek çalışmalara temel oluşturmak amaçlanmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde m-sağlık teknolojilerini de içine alan E-sağlık ve E-sağlığın diğer alt kavramları olan Tele-sağlık, E-öğrenme, Elektronik Sağlık Kayıtları, Sosyal Medya, Büyük Veri ve M-Sağlık kavramları anlatılmış; ikinci bölümde teknoloji kabul teori ve modelleri olan Yenilik Yayılma Teorisi, Sosyal Biliş Teorisi, Mantıklı Eylem Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Teknoloji Kabul Modeli, PC Kullanım Modeli, Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Teorisi ve Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Teorisi 2'ye yer verilmiştir. Literatür taraması olarak hazırlanan bu çalışma, araştırma verileri için ulusal veya uluslararası literatürde "E-sağlık", "m-sağlık teknolojileri", "teknoloji kabul teorileri" ile ilgili çalışmalar taranarak meydana getirilmiştir.</p>
	ABSTRACT
	<p>The aim of this study is to provide e-health and its sub-concepts, usage areas and stakeholders of mobile health (m-health) services, m-health applications (apps) classification and the current state of the market, wearable technologies and technology acceptance theories used to evaluate technology usage intentions and behaviors of m-health technology users and to form a basis for future studies.</p> <p>In the first part of the study, E-health including m-health technologies and other sub-concepts of E-health, Tele-health, E-learning, Electronic Health Records, Social Media, Big Data and M-Health are explained; in the second part, technology acceptance theories and models are given in details such as Diffusion of Innovation Theory, Social Cognitive Theory, Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, Technology Acceptance Model, Model of PC Utilization, Unified Theory of Acceptance and Use of Technology and Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2. This article, which was prepared as a structural review, was created by scanning studies on "E-health", "m-health technologies", "technology acceptance theories" in the national or international literature.</p>

GİRİŞ

Sağlık sektörü son yıllarda bilgi ve iletişim teknolojisindeki (BİT) hızlı ilerlemeler sebebiyle büyük değişimlere uğramıştır. Bu değişimlerin en önemlilerinden birisinin ise mobil sağlık (m-sağlık) alanında yaşanan gelişmeler olduğu belirtilmektedir (Shirifi ve ark., 2013; Hoque ve ark., 2014; Hoque & Sorwar, 2017). M-Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tıbbi uygulamalarda veya halk sağlığı uygulamalarındaki mobil cihazların kullanımı olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2016) ve özellikle sağlık hizmetleri kaynaklarına erişimin zor olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak için düşük maliyetli, kolay ve uygun bir çözüm yolu olarak görülmektedir (Källander ve ark., 2013).

Akıllı cihazların gelişimi ve internetin yaygınlaşması ile OECD ülkeleri de, sağlığın geliştirilmesinde ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde m-sağlık hizmetlerine önem vermeye başlamıştır. Bu konuda OECD-Harvard Küresel Sağlık Enstitüsü 2016 yılında “Küresel Sağlık ve İyilik için Mobil Teknolojiye Dayalı Hizmetler: Fırsatlar ve Tehditler” konulu bir çalışma düzenlemiş, m-sağlık alanında yeni teknolojilerin kullanımında yeni çerçeveler oluşturmuşlardır (OECD, 2017).

Bu çalışmada, E-sağlık ve alt kavramlarının neler olduğu, E-sağlığın alt kavramlarından olan m-sağlık hizmetlerinin kullanım alanları ve paydaşları, m-sağlık uygulamaları (apps) pazarının güncel durumu, giyilebilir teknolojiler ve teknoloji kabul teorileri hakkında ayrıntılı bilgi sunmak ve gelecekte yürütülebilecek çalışmalara temel oluşturmak amaçlanmıştır. Teknoloji kabul teorileri, yeni teknolojilerin kullanımına yönelik kullanıcı niyetlerini değerlendirmede kullanılmaktadır ve m-sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde sosyo-teknik bir bakış açısı sağlaması sebebiyle de son teknolojiler üzerine yapılan çalışmalarla uyumludur (Fanta, Pretorius, & Erasmus, 2016; Venkatesh & Davis, 2000; Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003).

1. E-SAĞLIK

Özellikle teknolojiye yaşanan hızlı gelişmeler neticesinde diğer pek çok alanda olduğu gibi tıp dünyasında da büyük değişimler yaşanmaktadır. Zaman zaman sağlık hizmetlerine erişimde gözlenen zorluklar ve yüksek maliyetler, BİT’deki hızlı değişim ile aşılabilir hale gelmeye başlamıştır. Her alanda aynı hızla hissedilmese de, bilgi teknolojileri gelişimi ile sağlık hizmetlerine erişim yolları her geçen gün artmaktadır. E-sağlık, sağlıkta gözlenen dijital dönüşümün ilk basamağı haline gelmiştir (Arni & Laddha, 2017).

DSÖ’ye (2005) göre E-sağlık, “Sağlık bakım hizmetleri, sağlık denetimi, sağlık literatürü, sağlık eğitimi, bilgisi ve araştırması gibi sağlık ve sağlıkla ilgili alanları desteklemek için BİT’in güvenli ve uygun maliyetli kullanımını” şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımdan anlaşılacağı üzere e-sağlık; tele-sağlık, m-sağlık, tele-bakım ve elektronik sağlık kayıtları (ESK) dahil olmak üzere diğer birçok uygulamayı kapsayan bir kavramdır (Dang ve ark., 2010). Yine DSÖ’nün yayınladığı E-sağlık Global Dağılım Raporu’nda (2016) e-sağlık; m-sağlık, tele-sağlık, e-öğrenme, büyük veri ve ESK gibi kavramları içeren bir üst kavram olarak incelenmiştir.

E-sağlık DSÖ’ye göre, evrensel sağlık kapsamını uygulamaya koyma aşamasında kritik bir öneme sahiptir. Örneğin, fiziki koşullar açısından uzak bölgelerde yaşayan veya fiziken sağlık durumlarının yetersiz olması sebebiyle sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan insanlar tele-sağlık veya m-sağlık yardımı ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilirler. Sağlık öğrencileri veya çalışanları için e-öğrenme yoluyla istedikleri yerden eğitim alabilme, bilgiye ulaşabilme özgürlüğü sağlanmaktadır. Hastaların doğru teşhis ve tedavilerinde ESK, doğru ve hızlı bir şekilde hasta bilgilerine ulaşımında kolaylık sunmaktadır (DSÖ, 2016).

1.1. Tele-Sağlık

Tele-sağlık, sağlık hizmetleri sunucusu ile sağlık hizmeti talebi bulunan kişiler arasında gerçek zamanlı (senkronize) olarak telefon veya video kullanımı ya da e-posta gibi mesajın depolanıp sonradan ulaşılabildiği yollarla sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır (DSÖ, 2016).

Sağlık hizmeti sunumunda tele-sağlık, genellikle her iki taraf arasında mesafe söz konusu olduğunda başvuru olan bir yoldur. Diğer yandan uzak bölgelerde yaşayan insanlara sağlık hizmetinin ulaşımının sağlanmasında etkili olduğu için, aynı zamanda sağlık hizmetinin adil ve hakkaniyetli dağıtımına katkı sağlamaktadır (Roine ve ark., 2001).

DSÖ (2016) tarafından 125 üye ülkeye yapılan bir ankette belirtilen tele-sağlık çeşitleri şunlardır: tanı ve konsültasyon amaçlı dijital radyolojik görüntülerin gönderilmesinde BİT’in kullanıldığı *tele-radyoloji*, patoloji

sonuçlarının iletildiği *tele-patoloji*, cilt ile ilgili tıbbi bilgilerin iletildiği *tele-dermatoloji*, akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinin sağlandığı *tele-psikiyatri* ve evde bulunan hastaların sensörler ve izleme ekipmanından dış izleme merkezlerine bilgi aktarımının sağlandığı *uzaktan hasta izleme* alanıdır. Bu ankette tele-sağlık çeşitlerinin ortalama 3,7'sinin üye ülkeler tarafından kullanıldığı belirtilmektedir. Belirtilen tele-sağlık çeşitlerinin kullanım oranları incelendiğinde, %77'sinde tele-radyoloji, %52'sinde tele-patoloji, %47'sinde uzaktan hasta izleme, %46'sında tele-dermatoloji ve %43'ünde tele-psikiyatri programlarının olduğu belirtilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın tele-tıp sistemi adı altında verdiği hizmetler ise şunlardır: radyolojik görüntüleri radyologlar tarafından incelendiği ve gerektiğinde uzman hekimlere danışılabilirdiği tele-konsültasyon, hastaneler arası radyologların iş yükünün dengelenerek raporlanması, bu raporların ve tıbbi görüntülerin kalitelerinin kontrol edilmesi ve vatandaşlar ile istedikleri zaman paylaşılabilmesine imkan veren e-Nabız uygulamasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.).

1.2. E-Öğrenme

DSÖ (2013), 2035 yılında tüm dünyadaki sağlık işgücü açığının 12.9 milyona ulaşacağını öngörmektedir. Yetenekli ve güncel sağlık bilgileriyle donanımlı sağlık çalışanlarının yetişmesi için fakülte, eğitimci, yönetici, altyapı ve kaynak eksiklikleri göze çarpmakta (Mullan ve ark., 2011); bu durum ise yaratıcı ve yenilikçi çözümleri gerekli kılmaktadır (Frenk ve ark., 2010).

Eğitimde BİT'lerin kullanımı olarak adlandırılan e-öğrenme, coğrafi olarak uzak bölgelerde yaşayan veya yeterli eğitim imkanı bulunmayan insanların eğitim almasına olanak tanınması neticesinde, sağlık bilimleri eğitiminin geniş kitlelere ulaşmasına ve kaynakların doğru kullanımına yol açmıştır (Ruggeri ve ark., 2013).

Son yıllarda internet teknolojisindeki gelişmeler ve mobil cihazların kullanımının yaygınlaşması, eğitime erişimi kolaylaştırmış ve e-öğrenmenin gelişimine hız katmıştır (Childs ve ark., 2005). DSÖ, OpenWHO ismini verdiği web tabanlı platform ile, salgın hastalıklar ve acil sağlık durumlarında çalışmaya hazırlanan veya halihazırda çalışmakta olan kişilere etkileşimli, çevrimiçi kurslar sunmaktadır. Şu anda güncel salgınlar için verilen eğitimler kapsamında yeni koronavirüs (COVID-19), kolera, ebola ve çocuk felci hastalıkları devam etmektedir. Günümüz itibarıyla beş milyon kurs kaydı gerçekleştirilmiştir (DSÖ, 2021).

1.3. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

DSÖ (2016)'ye göre ESK'nin tanımı: "Yetkili kullanıcılara anında ve güvenli bilgi sağlayan gerçek zamanlı, hasta merkezli kayıtlardır". Hastanın geçmişteki tüm tıbbi geçmişini sağlık çalışanlarına sunan sistemde hastaya ait laboratuvar sonuçları, radyoloji görüntüleri, teşhis ve tedavileri, aşı tarihleri, ilaçları bulunmaktadır. Hasta bilgilerinin bilgisayar ortamında demografik faktörlere göre sınıflandığı ESK, gerekli görüldüğü zamanlarda bilgilerin sistemden çağrılarak kullanılmasına olanak vermektedir. Ayrıca bağlı olan sistemler de bu bilgilerden faydalanabilmektedir. Örneğin acil servislerde, polikliniklerde ve hasta giriş ekranlarında ESK verilerine ulaşılabilir (DSÖ, 2016).

İyi yönetilen bir ESK sistemi sayesinde hasta hareketliliği desteklenir, bilgi güvenilirliği artar, bakım kalitesi artar, maliyetler azalır ve hasta bilgileri pek çok sağlık hizmeti sunucusu ile paylaşılır (ONC, 2019).

1.4. Sosyal Medya

Kaplan ve Haenlein'in (2010) tanımına göre sosyal medya, "Web 2.0'in ideolojik ve teknolojik temelleri üzerine kurulu, kullanıcı tarafından oluşturulan içeriğin oluşturulmasına ve değiştirilmesine olanak veren bir grup internet tabanlı uygulamadır." Sosyal medya çeşitleri içinde bloglar, mikroblogger (Twitter gibi), internet forumları (doctors.net gibi), içerik toplulukları (YouTube gibi) ve sosyal network siteleri (Facebook ve LinkedIn gibi) bulunmaktadır. En yaygın olarak kullanılan sosyal medya mecraları ise Facebook, YouTube, Snapchat, Instagram ve Twitter olarak belirtilmektedir (Smith & Anderson, 2018).

Sağlık hizmetlerinde sosyal medya kullanımının sebepleri arasında, hastalar arasında ve hekim hasta arasındaki iletişimi artırmak, hastalara duygusal ve sosyal destek sağlamak, sağlık personeli için mesleki güncel bilgilerin paylaşılması ile mesleki gelişimi artırmak ve hastalarda davranış değişikliği sağlamak (örneğin mamografi çektirecek kadınlardaki stresi azaltmak) sayılabilir (Jackson, 2014; Smailhodzic ve ark., 2016; Panahi ve ark., 2014; Saleh, 2014).

Dolayısıyla sağlık sektöründe sosyal medyanın kullanımını kısıtlayan birtakım durumlar da söz konusudur. Örneğin hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliği, sağlıkla ilgili yanlış bilgilerin yayılma riski, doktorların aktif sosyal medya kullanımlarının yetersiz oluşu veya bunun için zaman ayıramamaları bu durumlardan birkaçıdır (Saleh, 2014; Panahi ve ark., 2014).

1.5. Büyük Veri

Yıllarca toplanarak bilgisayar ortamlarında saklanan veriler günümüzde “büyük veri” olarak adlandırılmaktadır. Sağlık sektöründe elde edilen büyük veri ile maliyetlerde düşüş ve kalitede iyileştirme amaçlanmıştır (Alexandru ve ark., 2018).

Sağlık sektöründeki büyük veri analizleri pek çok bilimsel alanın analizlerini birleştirerek elde edilir. Bunlar: biyoinformatik, tıbbi görüntüleme, sensör bilişimi, tıbbi bilişim ve sağlık bilişimi gibi alanlardır (Wang ve ark., 2018). Büyük verilerden detaylı analizler sonucu ulaşılan yeni bilgiler ile hastane yöneticilerine, doktorlara, hastalara ve politika yapıcılara önemli faydalar sağlanmaktadır (El-Gayar & Timsina, 2014). Bu faydalar arasında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, hastalıkların erken tespiti, sağlık kurumlarının verdiği hizmet kalitesinin gelişimi ile daha iyi tedavi imkanları verilebilmektedir (He ve ark., 2017; Tan ve ark., 2015).

1.6. Mobil Sağlık

DSÖ'nün (2016) Global E-Sağlık Yayılım Raporu'nda m-sağlık, tıbbi uygulamalarda veya halk sağlığı uygulamalarında mobil cihazların- mobil telefon, hasta izleme cihazları, kişisel dijital yardımcılar gibi- kullanımı olarak tanımlanmıştır. Diğer bir tanımda ise m-sağlık, hastaların sağlık bilgilerini ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını, sağlık hizmeti sağlayıcılarına iletmek için taşınabilir ve kablosuz cihazların kullanımını ifade edilmiştir (Mirza ve Norris, 2007).

Son 20 yılda m-sağlık, insan sağlığını iyileştirmek için kablosuz, taşınabilir veya implante edilebilir teknoloji geliştirmeye ve uygulamaya odaklanan bütünleştirici bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır (Kumar ve ark., 2013; Andreu-Perez ve ark., 2015)

M-sağlık, fiziksel aktivitelerin, davranışların ve lokasyon bilgisinin de izlenmesini kapsamaktadır (Budinger, 2003; Istepanian, 2004). Ayrıca m-sağlık sistemleri bağımsız uygulamalar veya Beden Alan Ağının (Body Area Network) bölümleri olabilir. Beden Alan Ağları, tipik olarak fizyolojik ve/veya fiziksel parametre ölçümleri yapmak için vücudun farklı bölgelerindeki sensörleri içerir, bu sonuçlar önce kişisel sağlık bakım cihazına ve daha sonra ilgili sağlık durumuna doğru bir şekilde yanıt vermek üzere uzaktaki sağlık hizmetleri uzmanlarına aktarılır (Jovanov, 2005; Varshney, 2009). Ayrıca, akıllı telefonlardaki özel eklentiler ve sensörlerle de çalışabilen sağlık uygulamalarının sayıları teknolojik gelişmelere paralel olarak artmaktadır (Weinstein ve ark., 2014). Fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için giyilebilir fitness takip cihazları ve ilaca uyumu destekleyen akıllı telefon uygulamaları gibi bazı m-sağlık yaklaşımları, sağlığı geliştirme araçları olarak modern toplumda her yerde bulunur hale gelmiştir (McCallum ve ark., 2018).

Dijital sağlığın ve özellikle m-sağlığın, bakım kalitesini ve kapsamını iyileştirdiği, sağlık bilgilerine, hizmetlerine ve becerilerine erişimi artırdığı ve ayrıca akut ve kronik hastalıkların başlamasını önlemek için sağlık davranışlarında olumlu değişiklikleri desteklediği görülmüştür (Free ve ark, 2013; Quinn ve ark., 2011).

1.6.1. Mobil Sağlık Teknolojilerinin Kullanım Alanları ve Paydaşları

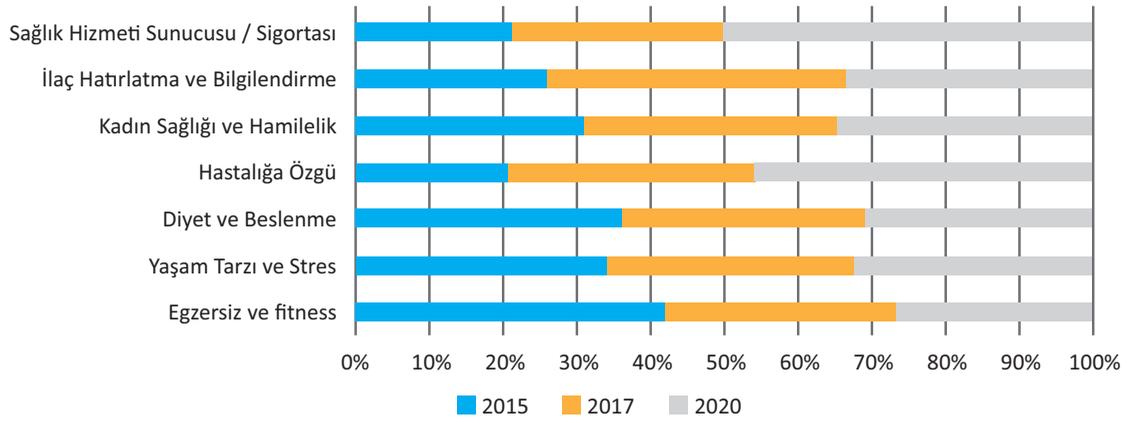
DSÖ'ye göre (2016) m-sağlık hizmetleri, telefon yardım hatları ve randevu hatırlatıcı SMS mesajlarından, mobil tele-sağlık ve elektronik hasta bilgilerine mobil girişe kadar, hatta mobil iletişim teknolojileriyle gönderilen sağlık iyileştirme kampanyalarından, yine aynı teknolojiler yardımıyla hasta verilerinin izlenip kayıt altına alınmasına kadar geniş bir yelpazede sunulmaktadır.

Uygulamada m-sağlık teknolojileri genellikle tıbbi personel ve hastalar arasında elektronik tıbbi kayıtların iletilmesi, hastaların uzaktan izlenmesi, hastalık kontrolü için elektronik uyarıların gönderilmesi ve hastalara faydalı uygulamalar, bilgiler ve işlevsellik sağlamak için kullanılır (Rai ve ark., 2013). Diğer yandan, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek, teşhislere yardımcı olmak ve tedaviyi takiben hasta bakımını iyileştirmek gibi sağlık hizmetlerinin çeşitli yönlerini hedef alan m-sağlık cihazları geliştirilmiştir (Free ve ark., 2013; Silva ve ark., 2015).

M-sağlık hizmetlerinden, doktor muayenehanesinde bekleyecek vakti olmayan hastalar, hastalarına ayıracak yeterli zamanı olmayan doktorlar, ürettikleri cihazın performansını izlemek isteyen cihaz firmaları, ilaçlarını kullanan hastaların ilaçlarını doğru şekilde ve zamanında aldıklarından emin olmak isteyen ilaç firmaları, daha fazla yatak kapasitesine yatırım yapamayacak hastaneler azami biçimde yararlanabilmektedir (Tezcan, 2016). Ayrıca m-sağlık uygulamalarının artan kullanımı ile, hastalar açısından sağlık bilgilerine daha rahat ulaşım ve sağlık davranışlarında pozitif değişimler söz konusudur.

1.6.2 Mobil Sağlık Uygulamaları Sınıflandırılması ve Pazarı

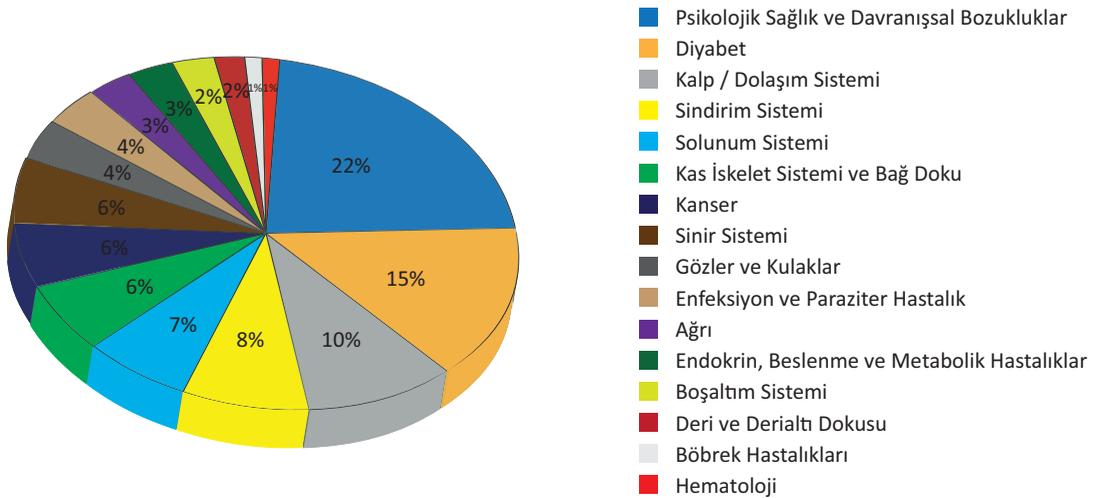
M-sağlık uygulamalarının sınıflandırmasında, iki ana kategorinin olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki fitness davranışlarının, yaşam tarzının, stresin ve diyetin izlenmesini ve değiştirilmesini kolaylaştıran “sağlık (wellness) yönetimi” uygulamaları iken, diğeri ise hastalıklar hakkında bilgi sağlayan, bakıma erişim sağlayan ve ilaç hatırlatmaları gibi tedaviye yardımcı olan “sağlık durumu yönetimi” uygulamalarıdır. Sağlık durumu yönetimi uygulamalarının oranı 2015-2020 yılları arasında %27’den %47’ye çıkmıştır (IQVIA Institute, 2021) (Şekil 1.1).



Şekil 1. Mobil Sağlık Uygulamaları Sınıflandırması, 2015-2017-2020

Kaynak: 42 Matters, Haziran 2021 ve Haziran 2017; Mevvy, 2015; IQVIA AppScript App Database, Haziran 2021; IQVIA Institute, Haziran 2021.

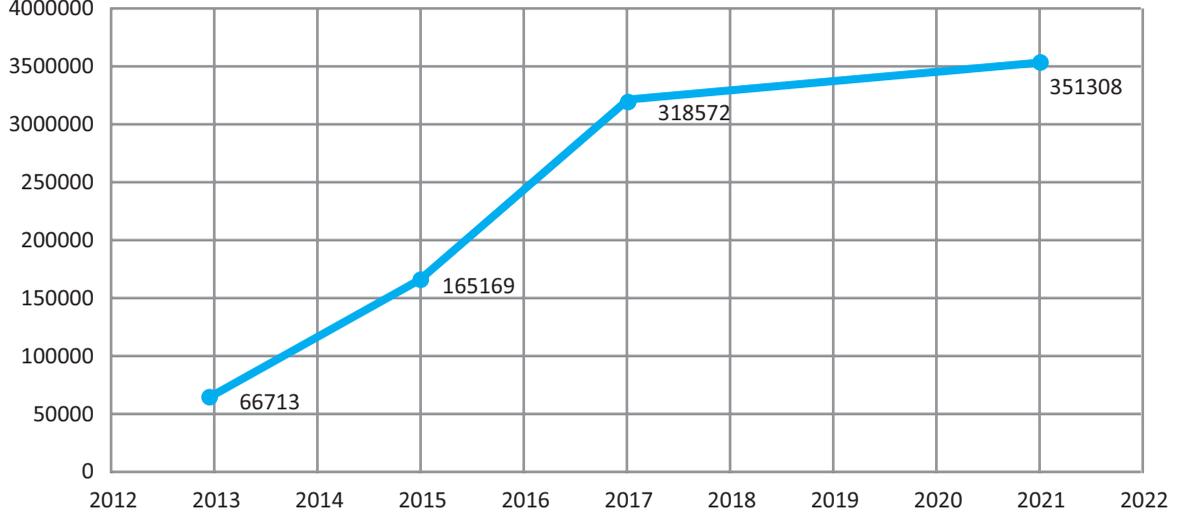
Hastalığa özgü destek ve yönetim sağlayan uygulamalar için, odaklandıkları ilk beş alan sırasıyla şöyledir: akıl sağlığı ve davranış bozuklukları (%22), diyabet (%15), kalp ve dolaşım sistemi (%10), sindirim sistemi (%8) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%7) (IQVIA Institute, 2021) (Şekil 1.2).



Şekil 2. Hastalıklara Göre Kullanılan M-Sağlık Uygulamaları Oranları, 2021.

Kaynak: 42 Matters, Haziran 2021 ve Haziran 2017; Mevvy, 2015; IQVIA AppScript App Database, Haziran 2021; IQVIA Institute, Haziran 2021.

M-sağlık uygulamaları pazarı, mobil cihazlarda internet kullanımındaki artışa paralel olarak yeni teknolojilerin, yeni iş modellerinin ve sağlık hizmetlerini dönüştüren yeni iş akışlarının benimsenmesiyle son yıllarda istikrarlı bir şekilde büyümektedir. IQVIA Enstitüsü'nün (2021) Dijital Sağlık Trendleri 2021 raporuna göre, dünyada toplam 350.000'den fazla m-sağlık uygulaması vardır ve sadece 2020 yılında 91.000 yeni uygulama pazara girmiştir. Bu da her gün ortalama 251'den fazla uygulama eklendiği anlamına gelmektedir (Şekil 1.3).



Şekil 3. Mobil Sağlık Uygulama Sayısı, 2013-2021.

Kaynak: 42 Matters, Haziran 2021 ve Haziran 2017; Mevvy, 2015; IQVIA AppScript App Database, Haziran 2021; IQVIA Institute, Haziran 2021.

Not: Tüketicilerin kullanımına açık olan ve Sağlık & Fitness veya Medikal olarak sınıflandırılan dijital sağlık uygulamalarını içerir. Mağazalardan kaldırılan uygulamalar dahil değildir.

Yapılan bir araştırmaya göre, sağlık tüketicileri dijital teknoloji kullanımını her geçen gün istikrarlı bir şekilde artırmaktadır. Ankete katılan Amerikalıların %75'i söz konusu teknolojilerin sağlıklarını yönetmek için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya göre, sağlık uygulamalarını kullanan sağlık tüketicilerinin oranı 2014 yılına kıyasla (%16), hızlı bir artış göstermiş ve %48'e ulaşmıştır (Accenture, 2018).

1.6.3. Giyilebilir Cihazlar ve Biyosensörler

Bireylerin aktivitelerini (fitness takip cihazları, akıllı saatler, uyku takip cihazları ve aktigrafi cihazları gibi) takip etmelerini sağlayan giyilebilir tüketici cihazlarının yanı sıra sıcaklık, glikoz seviyeleri veya kan basıncı gibi çeşitli sağlık ölçümlerini takip eden parametreye özel biyosensörlerin kullanımı, yıllar içinde arttı. Bu sensörler, verilerini görüntülemek ve yorumlamak için uygulamalarla birlikte, hasta sağlığı çabalarını destekleyen önemli bir unsur haline geldi (IQVIA, 2021).

Uzaktan hasta izleme sensörlerinin kullanımı arttıkça, artan telesağlık talebi ve ihtiyacının bu eğilimi daha da ileriye götürmesi muhtemeldir. Bununla birlikte, şu anda, tüketici giyilebilir cihazların en çok ölçülen parametreleri, öncelikle sağlık ve zindeliği korumak için kullanılan aktivite izleme cihazlarıyla büyük ölçüde bağlantılı olan kalp atış hızı, atılan adımlar, kat edilen mesafe ve yakılan kalorilerdir. Akıllı saatler, spor saatler ve fitness takip cihazlarını içeren bu cihazlar, şu anda pazarlanan 384 giyilebilir cihazın %55'ini oluşturuyor ancak tüm cihazlarda izlenen ölçümlerin %75'ini temsil ediyor (IQVIA, 2021).

Birçok kişi giyilebilir cihazları zaman içinde sağlığı izlemek ve sürdürmek için kullansa da, COVID-19 pandemisinde önemli bir kere daha vurgulanmıştır. COVID-19 pandemi ortamında birçok kişinin kendini iyi hissederken bile kanında düşük oksijen seviyeleri olduğu tespit edildiğinden, düşük oksijenin ortaya çıkışını izlemenin bir yolu olarak hastaların oksijen doygunluğunu (SpO2) izlemesine olanak tanıyan nabız oksimetre cihazları kullanmanın önemine ve tıbbi bakımın gerekli olduğuna dair erken uyarı işareti olabileceğine dair bilgiler verilmiştir (MN Department of Health, t.y.).

2. Teknoloji Kabul Teorileri

İnsan hayatını kolaylaştırmak veya güzelleştirmek adına geliştirilen teknolojilerin hedef kitlesi olan insanlar tarafından kabul görmesi, beğenilmesi ve kullanılmasını sağlamak da en az teknolojiyi geliştirmek kadar önemli bir noktadır. Hedef kitlesi tarafından değer olarak kabul edilmeyen teknolojilerin yaşam eğrisini daha çabuk tamamlaması beklenir. Bu nedenlerle dünyanın birçok bölgesinde, birçok ürün veya hizmet teknolojisi için kullanıcıların ihtiyaçları, değerleri ve davranışlarını anlamaya ve açıklamaya yönelik çalışmalar yapılmakta, teoriler ortaya atılmaktadır. Bu teorilerin bir kısmı genel olarak “Teknoloji Kabul Teorileri” olarak bu bölümde açıklanacaktır.

2.1 Yeniliğin Yayılması Teorisi (Diffusion of Innovation Theory- DOI Theory)

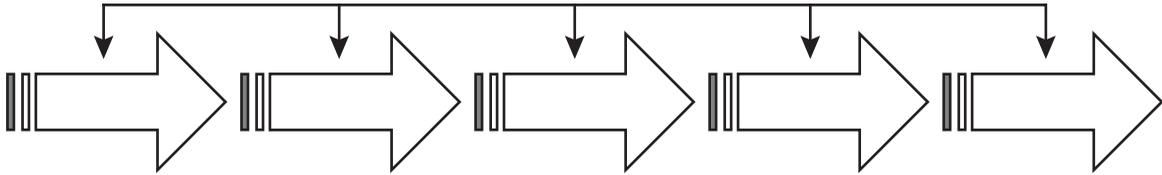
Bilgi sistemleri uygulamalarında çokça kabul gören bu teorisinde Rogers, yeniliği “birey ya da örgüt tarafından yeni olarak algılanan bir fikir, uygulama ya da nesne” yayılmayı ise, “yeniliğin bir sosyal sistemin üyeleri arasında belli kanallar yoluyla zaman içinde iletilmesi süreci” olarak tanımlamıştır (Rogers, 1983). Yeniliğin daha önceden bilinmemesi veya kullanılmaması, yeni olarak tanımlanması için yeterlidir (Berger, 2006).

Rogers’a göre, bir yeniliğin kabul edilmesi ve uygulamaya alınmasında beş aşamalı bir karar süreci gerçekleşir. Buna göre (Şekil 4), öncelikle kişi örneğin yeni bir teknoloji hakkında bilgi edinir; sahip olduğu fikir ile yenilik hakkında olumlu veya olumsuz bir tutum, kanı geliştirir; daha sonra yeniliği benimseme veya reddetme kararına varır ve pratik yaparak uygulamaya geçer; en nihayetinde ise çevresinden aldığı olumlu geri dönüşler ile onaya ihtiyaç duyar, aksi halde kararında değişiklik yapabilir (Rogers, 1983).

İLETİŞİM KANALI

Öncelikli Durumlar

1. Önceki uygulama
2. Hissedilen ihtiyaçlar / problemler
3. Yenilikçilik
4. Sosyal yapı normları



Karar Verme Biriminin Özellikleri

1. Sosyo-ekonomik özellikler
2. Kişilik değişkenleri
3. İletişim davranışı

Yeniliğin Algılanan Özellikleri

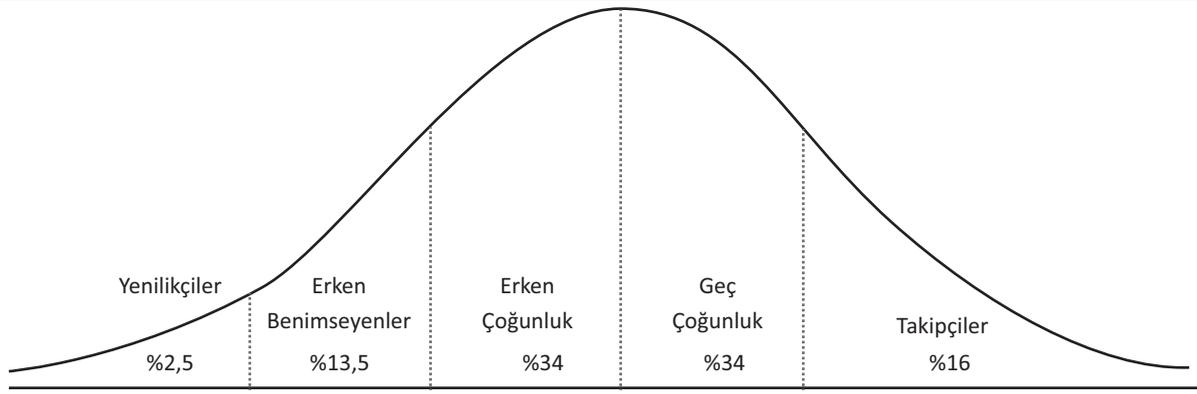
1. Görelî Yarar
2. Uygunluk
3. Karmaşıklık
4. Denenebilirlik
5. Gözlemlenebilirlik

1. Benimseme
 - Benimsemenin Devamı
 - Sonradan Benimseme
2. Reddetme
 - Benimsemeden Vazgeçme
 - Sürekli Red

Şekil 4. Yenilik Karar Sürecinde Beş Aşamalı Model

Kaynak: Rogers, 2003.

Bu teoriye göre, yeniliğin toplumda benimsenme derecesi toplum içinde değişiklik göstermektedir. Kimi insanlar yenilikler karşısında hızlı adaptasyon ile çabuk benimseyebilirken, kimileri ise yeniliklere karşı daha ihtiyatlı davranarak geç benimseme göstermektedirler. Rogers, yeniliğin yayılma sürecinin toplumda Şekil 5’deki gibi dağılım gösterdiğini öne sürmüştür. Buna göre yeniliğin benimsenmesi sürecinde toplum yenilikçiler, erken benimseyenler, erken çoğunluk, geç çoğunluk ve takipçiler (geride kalanlar) olarak alt gruplara ayrılmıştır (Rogers, 1983).

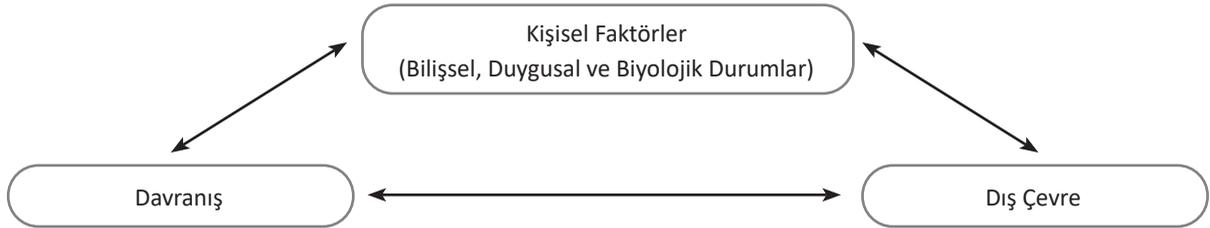


Şekil 5. Yeniliklerin Benimsenmesi Kategorileri

Kaynak: Rogers, 1983, 247.

2.2 Sosyal Biliş Teorisi (Social Cognitive Theory- SCT)

Sosyal Biliş Teorisine çoğunlukla sağlıklı davranış değişimlerini açıklamakta başvurulur ve sosyal psikolojinin bir dalıdır. Özellikle davranış değişimlerini etkileyen bilişsel süreç üzerine odaklanır (Bandura, 1989). Bu teoriye göre insan davranışlarındaki değişim, kişisel faktörler, dış çevre ve davranışın kendisinden etkilenmekte ve bu üç faktör arasındaki ikili ilişkiler tarafından belirlenmektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Karşılıklı Belirleyicilik

Kaynak: Bandura, 1986.

Modeli ilk olarak ortaya koyan Bandura'ya (1986) göre, kişisel faktörler ve çevre karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir ve bu da sonraki davranışımızı oluşturur. Böylece davranış çevreyi, çevre ise davranışı etkilemekte ve değiştirilebilmektedir.

Sosyal biliş teorisi'nin birçok boyutu olsa da Compeau ve Higgins (1995) özellikle bilişsel faktörlerin bireysel davranışlardaki rolü ile ilgilenmiştir ve çalışmalarında bireylerin bilgisayar kullanımlarının belirlenmesinde, bilgisayarları ustalıkla kullanma yeteneklerinin (bilgisayar öz-yeterliliği) rolünü incelemiştir. Çalışmalarının sonucunda sosyal biliş teorisi ve bilgi sistemleri literatürü referans alınarak oluşturulan model analizi sonucu, çevrenin teşviği, diğerlerinin bilgisayar kullanımı ve destekleri, bilgisayar öz yeterliliğini etkilemekte; bilgisayar öz yeterliliğinin ise, sonuç beklentileri (kişisel ve performans), duygular, kaygılar ve en nihayetinde de bilgisayar kullanım davranışının üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Compeau & Higgins, 1995).

2.3. Mantıklı Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action-MET)

Mantıklı Eylem Teorisi, Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından sosyal psikoloji alanında geliştirilen bir teoridir. Bu teori, davranış iradesinin en güçlü ve en gerçekçi tahmininin bireyin davranışsal niyeti üzerinden olacağını varsayarak; davranışsal niyetin, bireysel etki, bir başka deyişle bireyin davranış iradesini gerçekleştirmeye karşı aldığı tutumu (tavır) ve normatif etkilerin yani bireyin kişisel standartları sonucu olduğunu öne sürmektedir (Hale, Householder & Greene, 2002). Bu teorinin model üzerindeki gösterimi Şekil 7'de sunulmuştur.



Şekil 7. Mantıklı Eylem Teorisi

Kaynak: Fishbein & Ajzen, 1975.

MET’de niyet, bireyin belirli bir davranışı yapmak için hazır olduğunun göstergesidir. Kişisel norm ise çevrenin (sosyal çevre) bireyin davranışı üzerindeki etkisi ile ilgilidir, yani bireyin çevresinde olup birey için önem arz eden kişilerin bireyin davranışı yerine getirip getirmemesi konusundaki telkinleridir. Modelde diğer bir değişken olan tavır ise; davranışı yerine getirmenin pozitif ya da negatif olarak değerlendirilmesidir (Fishbein & Ajzen, 1975).

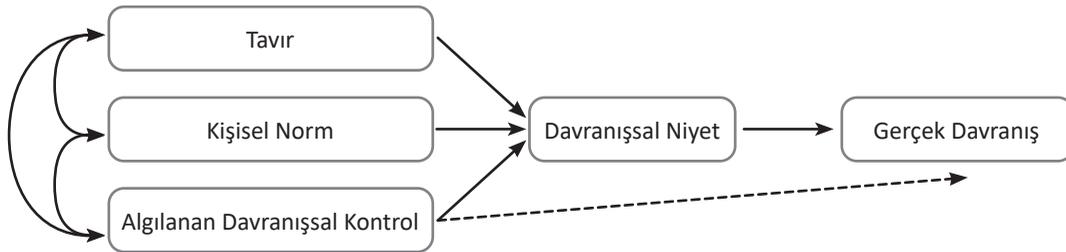
Ajzen ve Fishbein (1975), bu modelin bazı sınırlılıklara sahip olduğunu, belirli bir davranışı en iyi biçimde tahmin edebilmesi için;

- 1) Davranışın irade kontrolü altında olması,
- 2) Niyetin davranışı gerçekleştirmeden önce değişmemesi
- 3) Tutum ve niyetin eylem, amaç, şartlar, zaman ve özgünlük üzerinde mutabık olunması gerektiğini belirtmişlerdir.

MET’in bireyin tam iradesi ve kontrolü altında olmayan durumlarda sergilediği davranışları açıklamada yetersiz kalması nedeniyle (Ajzen, 1985) Planlı Davranış Teorisi’ni geliştirmiştir.

2.4. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behavior- PDT)

Planlı Davranış Teorisi (PDT), MET’in geliştirilmiş hali olarak öne sürülmektedir. İnsanların birçok sosyal davranışının bireyin iradi kontrolü altında olduğunu varsayan Mantıklı Eylem Teorisi’ne algılanan davranışsal kontrol değişkeninin eklenmesiyle türetilen teori, insanların söz konusu davranış üzerinde tam iradi kontrolünün söz konusu olmadığı durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (Ajzen, 1991). Teorinin model üzerinde gösterimi Şekil 8’de sunulmuştur.



Şekil 8. Planlı Davranış Teorisi

Kaynak: Ajzen, 1991.

MET’de olduğu gibi PDT’de de ana faktör bireyin belirli bir davranışı göstermeye yönelik niyetinin boyutudur. Davranışı etkileyen motivasyonel faktörler vardır ve davranışın gerçekleşebilmesi için bunlar insanların ne kadar denemeye ne kadar çaba sarf etmeye hazır olduklarını belirler. Birçok davranışın gerçekleştirilmesi, en azından belli seviyede gerekli fırsat ve kaynaklar (örneğin zaman, para, beceri vb.) gibi motivasyonel faktörlerin sağlanabilirliğine bağlıdır. Genel bir kural olarak bir davranışı gerçekleştirme niyeti ne kadar güçlü ise performansının da o kadar güçlü olması olasıdır (Ajzen 1991).

Eğer birey gerekli fırsat ve kaynaklara sahipse, davranışı gerçekleştirmeye yönelik niyeti daha güçlü olacaktır ve davranışı gerçekleştirecektir. Bu noktada niyetin üçüncü öncülü olan algılanan davranışsal kontrol devreye girmektedir. Algılanan Davranışsal Kontrol, kişinin bir davranışı yapmayı ne kadar kolay ya da zor bulduğunu ifade

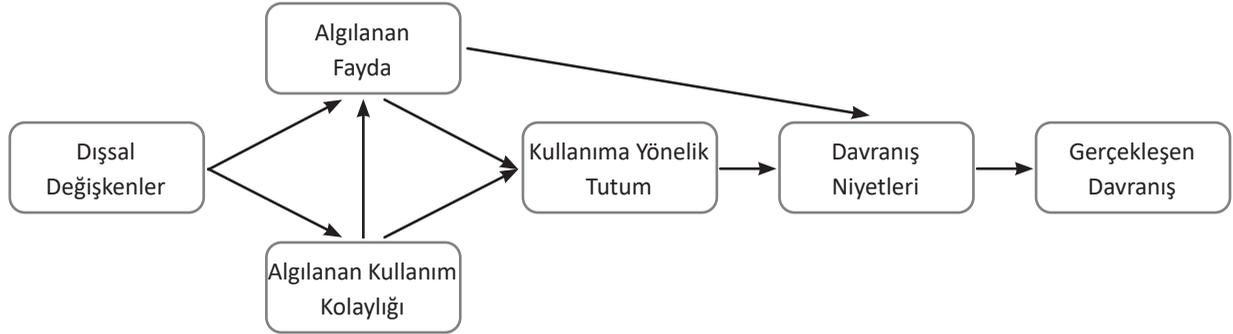
eder. Kişinin belirli bir davranışın gerçekleşmesine yönelik içsel ve dışsal yeterli durumlarının tahminine ve bu yeterli durumlarının davranışı kolaylaştıracağı ya da zorlaştıracağı inancına dayanılarak ölçülür (Ajzen, 1991; Erten, 2002).

2.5. Teknoloji Kabul Modeli (Technology Acceptance Model-TKM)

Teknoloji Kabul Modeli (TKM), Davis (1989) tarafından geliştirilmiş, kökleri Fishbein ve Ajzen'in (1975) MET ve Ajzen'in (1991) PDT'ye dayanmaktadır. Davis (1989) psikolojideki insan davranışları teorik modeli olan Mantıklı Eylem Teorisi'ni temel alarak ve ona Yönetim Bilişim Sistemleri alanında yayınlanmış literatürden yapılar ekleyerek değiştirmiştir.

TKM, kişilerin bilgi iletişim sistemlerini benimseme veya benimseyememe davranışları karşısında anlamlı bir açıklama getirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ayrıca bu benimsemeyi oluşturan faktörleri ve bunların birbirleriyle ilişkisini ifade etmektedir (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989).

Modelde TKM'yi etkileyen faktörler, dışsal değişkenler, algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda, kullanıma yönelik tutum ve davranışsal niyetler olmak üzere belirlenmiş (Şekil 9) ve bu faktörler arası ilişkilerin teknoloji kabul davranışını nasıl etkilediği ölçülmek istenmektedir. Bu modelin asıl geliştirilme amacı ise, kişilerin yeni teknolojiler karşısında nasıl tepki verebileceklerini belirlemek, öngörülerde bulunmak ve yeni teknolojilerin kullanımına direnç göstermeleri halinde bu davranışlarını etkileyen faktörleri ölçerek nedenlerini açıklamaktır (Uğur & Turan, 2016).



Şekil 9. Teknoloji Kabul Modeli

Kaynak: Davis ve ark., 1989.

2.6. Kişisel Bilgisayar (PC) Kullanım Modeli (Model of PC Utilization)

Model, kişisel bilgisayarların kullanımını etkileyen faktörleri daha iyi anlayabilmek için, MET'i baz alarak Traindis tarafından ilk kez 1980 yılında ortaya atılmış; 1991'de Thompson, Higgins ve Howell tarafından geliştirilmiştir. Traindis'e göre, davranışsal niyetler insanların duygularından, sosyal faktörlerden ve algılanan sonuçlardan etkilenir. Davranış ise, insanların alışkanlıklarından, davranış niyetlerinden ve kolaylaştırıcı faktörlerden etkilenmektedir (Thompson ve ark, 1991).

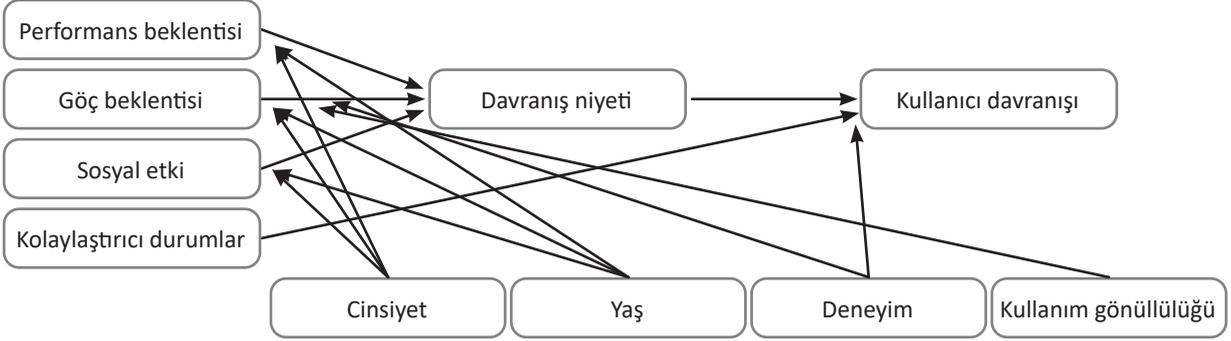
PC Kullanım Teorisi'ne göre, sosyal faktörlerin, karmaşıklığın, işe uyumun ve uzun dönemli sonuçların PC kullanımı üzerinde anlamlı etkileri olmaktadır. Duyguların ve kolaylaştırıcı faktörlerin PC kullanımı üzerindeki etkisi hakkında ise yeterli kanıt bulunamamıştır (Thompson ve ark., 1991).

2.7. Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanımı Teorisi (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology – BTKKT)

Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Teorisi (BTKKT) Venkatesh ve arkadaşları (2003) tarafından teknolojileri kabul ve kullanım modellerinden ön plana çıkan sekiz modelin bir araya getirilmesiyle geliştirilmiştir. Bu modeller: Teknoloji Kabul Modeli (Davis, 1989), Mantıklı Eylem Teorisi (Ajzen, Fishbein, 1975), Planlı Davranış Teorisi (Ajzen, 1991), Yeniliğin Yayılması Teorisi (Rogers, 1962; 2003), Sosyal Biliş Teorisi (Bandura 1986; Compeau vd., 1995; Compeau vd., 1999), Motivasyonel Model (Davis vd., 1992; Venkatesh, Speier, 1999), Birleştirilmiş Teknoloji Kabul Modeli ve Planlı Davranış Modeli ve PC Kullanımı Modeli (Thompson vd., 1991). Modelin ortaya çıkış amacı;

araştırmacıların ilgili literatürde çok sayıda model arasından seçim yapmakla karşı karşıya kalmaları, modeller arasından titizlikle faktör seçmeleri ya da alternatif modellerin katkılarını dikkate almadan bir modeli kayırma gibi sorunlara karşı kapsamlı bir ortak modelin ortaya koyulma isteğidir (Venkatesh ve ark., 2003).

Bu modelde, TKM'den farklı olarak, kullanıcı kabulü ve kullanım davranışında önemli rol oynadığı düşünülen dört değişken modele dahil edilmiştir: Performans beklentisi, güç beklentisi, sosyal etki ve kolaylaştırıcı koşullar. Ayrıca yaş, cinsiyet, deneyim ve gönüllülüğün dahil olduğu dört aracı değişken vardır. Öte yandan, TKM'de yer alan algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda ve tutum yapılarına burada yer verilmemiştir (Şekil 10)



Şekil 10. Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanımı Teorisi

Kaynak: Venkatesh ve ark., 2003.

Venkatesh ve arkadaşlarının (2003) geliştirdiği BTKKT modeli, bilgi sistemleri kullanımında kullanıcı niyeti ve davranışını açıklama amacına sahiptir. BTKKT modelinde yer alan dört temel faktörden Performans beklentisi, bireyin sistemi kullanmasının ona yardımcı olacağı veya iş performansında kazanımlar elde edeceği inancının derecesi olarak tanımlanabilir. Performans beklentisi, literatürde Teknoloji Kabul ve Kullanımı Teori ve Modellerinde yukarıdaki tanımlamayla uyumlu olan beş faktörü içerisinde barındırmaktadır: Algılanan fayda (TKM/TKM2), Dışsal motivasyon (MET), İş uyumu (PC Kullanım Modeli), Görece yarar (DOI) ve Sonuç beklentileri (SCT)'den entegre edilmiştir (Venkatesh ve ark., 2003).

Teknolojik uygulama kullanımına ilişkin kolaylık derecesi olarak tanımlanan Çaba beklentisi mevcut modellerde yer alan üç faktörü içermektedir (Venkatesh ve ark., 2003): Algılanan kullanım kolaylığı (TKM/TKM2), Karmaşıklık (PC kullanım Modeli ve DOI).

Bireyin kendisi için önemli olan kişilerin sistemi kullanması gerektiğine inanmalarına ilişkin algı derecesi olarak tanımlanan Sosyal etki ise mevcut modellerde yer alan 3 faktörü içermektedir (Venkatesh ve ark., 2003): Özne norm (TKM / TKM2 / PDT / Ayrıştırılmış Planlı Davranış Teorisi), Sosyal faktörler PC Kullanım Modeli ve İmaj (DOI).

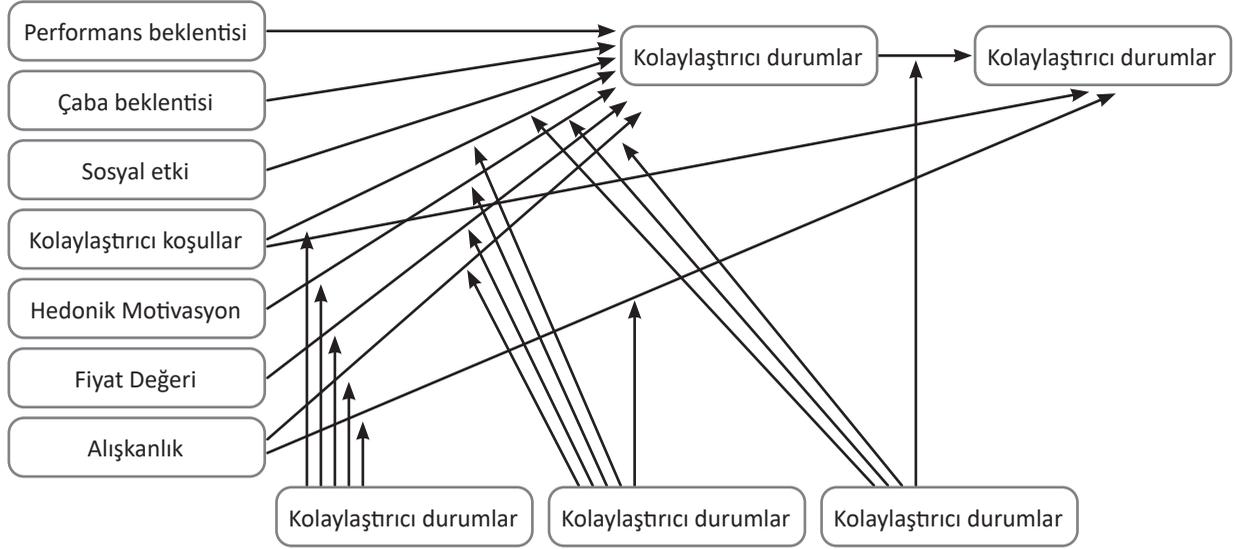
Bireyin sistem için gereken organizasyonel ve teknik altyapı desteğinin varlığına olan inancının derecesi olarak tanımlanan Kolaylaştırıcı şartlar mevcut modellerde yer alan üç faktörü içermektedir (Venkatesh ve ark., 2003): Algılanan davranışsal kontrol (PDT / Ayrıştırılmış Planlı Davranış Teorisi), Kolaylaştırıcı Şartlar (PC Kullanım Modeli) ve Uyumluluk (DOI)'nden entegre edilmiştir.

2.8. Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanımı Teorisi 2 (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 – BTKKT 2)

Tüketicilerin yenilikçi teknolojileri kabulünü etkileyen faktörleri incelemek için Venkatesh ve arkadaşları (2012), kullanıcı odaklı bir yönelimi yansıtmak amacıyla BTKKT'yi yeniden formüle etmişlerdir. Genişletilmiş BTKKT 2 modeli, orjinal yapıları muhafaza ederken bazılarını tüketici motivasyonunu yansıtmaları için yeniden tanımlamıştır ve üç yeni yapı eklemiştir. Bunlar hedonik motivasyon, fiyat değeri ve alışkanlıktır. Tüketici bağlamındaki ilgisizliği nedeniyle gönüllü kullanım aracı değişkeni faktörler arasında yer almazken, cinsiyet, yaş ve deneyim aracı değişkenleri yerini korumuştur (Şekil 11) (Venkatesh vd., 2012).

Venkatesh ve ark. (2012)'na göre ilk olarak, BTKKT faydacı değer (dışsal motivasyon) önemini vurgulayan bir yaklaşım benimsemiştir. Faydaya, yani performans beklentisine bağlı yapının sürekli olarak davranışsal niyetin en güçlü belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (Venkatesh ve ark. 2003). Bu perspektifi motivasyon

teorisinden tamamlamak içsel veya hedonik motivasyondur (Vallerand 1997). Hedonik motivasyon, birçok tüketici davranışı araştırmasında (Holbrook & Hirschman, 1982) ve tüketici teknolojisi kullanım bağlamında önceki BİT araştırmalarında anahtar bir belirleyici olarak modele dahil edilmiştir (Brown ve Venkatesh 2005). İkincisi, tüketicilerin teknoloji kullanımı bağlamında fiyat, tüketicilerin cihaz ve hizmet alımı ile ilgili maliyetleri de üstlenmeleri gerektiği için önemli bir faktördür ve modele dahil edilmiştir. Son olarak, teknoloji kullanımını tahmin ederken alışkanlığın da önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (Kim & Malhotra 2005; Kim ve ark. 2005; Limayem ve ark. 2007). Böylece bu üç faktör, tüketicilerin teknoloji kullanımı bağlamında BTKKT modeline dahil edilerek BTKKT 2'yi meydana getirmiştir.



Şekil 11. Birleştirilmiş Teknoloji Kabul ve Kullanım Teorisi 2

Kaynak: Venkatesh ve ark., 2012.

Venkatesh ve arkadaşları (2012) BTKKT2 modelindeki yapıları şöyle tanımlamışlardır:

- Performans Beklentisi: Belli faaliyetleri gerçekleştirirken teknoloji kullanımının sağlayacağı fayda derecesidir.
- Çaba Beklentisi: Teknoloji kullanımıyla ilgili kullanım kolaylığı derecesidir.
- Sosyal Etki: Teknoloji benimsemeye çevrenin (aile ve arkadaşlar vb.) etkisine dayalı olarak algılanan fayda derecesidir.
- Kolaylaştırıcı Koşullar: Teknoloji kullanımında sağlanan kaynak ve destek algısıdır.
- Hedonik Motivasyon: Teknoloji kullanımıyla gelen zevk veya eğlence algısıdır, içsel motivasyonu vurgular.
- Fiyat Değeri: Parasal maliyete kıyasla teknolojinin algılanan değeridir. "Bir teknolojiyi kullanmanın faydaları parasal maliyetten daha büyük olduğu düşünüldüğünde, fiyat değeri pozitif ve bu fiyat değerinin niyet üzerinde olumlu bir etkisi vardır."
- Alışkanlık: Öğrenme sebebiyle davranışların otomatik olarak yapılma eğilimidir.
- Kullanım Davranışı: Davranışsal niyetlerden kaynaklanan, teknolojinin gözlemlenen kullanım sıklığı olarak tanımlanmaktadır (Venkatesh ve ark., 2003).
- Davranışsal Niyet: Kişinin teknolojiyi kullanarak algılanan bir işi yerine getirme niyeti olarak tanımlanır (Venkatesh ve ark., 2003).

BTKKT modeline göre genişletilmiş hali olan BTKKT 2 modeli, davranışsal niyetlerdeki varyansın %74'ünü açıklar hale gelirken (BTKKT'de %56); teknoloji kullanım davranışındaki varyansın ise %52'sini (BTKKT'de %40) açıklayarak daha kullanışlı bir model olduğunu göstermiştir (Venkatesh ve ark., 2012).

SONUÇ

Bu çalışmada öncelikle, bir çatı kavram olan E-sağlık ve onun şemsiyesinin altındaki kavramlar olan tele-sağlık, e-öğrenme, elektronik sağlık kayıtları, sosyal medya, büyük veri ve m-sağlık teknolojilerinden bahsedilmiş; m-sağlık teknolojileri daha derinlemesine ele alınarak, kullanım alanları ve paydaşları; m-sağlık uygulamalarının sınıflandırılması ve güncel pazar durumu; bir diğer m-sağlık teknolojisi olan giyilebilir cihazlar ve biyosensörler; son olarak ise tüm bu yeni teknolojilerin kullanıcıları tarafından kabul edilerek kullanılmasında hangi faktörlerin etkili olduğunu sosyo-teknik açıdan ele alan teknoloji kabul teorileri incelenmiştir.

M-sağlık teknolojileri, sağlık üzerinde büyük bir pozitif küresel etkiye sahip olma potansiyeline sahiptir. Bunlar arasında, maliyetleri düşürme, sağlık bilgilerini yayma, kaynakları sınırlı alanlara sağlık hizmeti sağlama, hem akut hem de kronik hastalığı kesin olarak teşhis etme ve müdahale etmek için bireysel biyometri hakkında sürekli bilgi sağlama sayılabilir (Steinhuyl ve ark., 2015; Royston ve ark., 2015; McConnell ve ark., 2018; Nahum-Shani ve ark., 2018).

M-sağlık teknolojilerinin kullanımını etkileyen faktörlerin ve bunlar arasındaki ilişkilerin teknoloji kabul teorileri yardımıyla bilinmesi; m-sağlık teknolojilerinin insan sağlığı üzerindeki belirtilen olumlu etkilerinin yanı sıra, mobil teknoloji geliştiricilerinin etkili kullanıcı ara yüzü tasarımlarında, yöneticiler ve politika yapıcılar açısından m-sağlık teknolojilerinin değerlendirilerek doğru pazar stratejileri seçiminde ve düzenlemelerin geliştirilmesinde ve en nihayetinde süreçlerin iyileştirmesinde faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Accenture (2018). *Accenture 2018 Consumer Survey on Digital Health*. Erişim Adresi: https://www.accenture.com/t20180306t103559z_w_/us-en/_acnmedia/pdf-71/accenture-health-2018-consumer-survey-digital-health.pdf. Son Erişim Tarihi: 04.08.2021.
- Ajzen, I. (1985). *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behaviour*. J. Kuhl & J. Beckmann, Action Control: From Cognition to Behavior s.11- 39, New York:Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Andreu-Perez, J., Leff, DR., Ip, HM., & Yang, G. (2015). From wearable sensors to smart implants-toward pervasive and personalized healthcare. *IEEE Trans Biomed Eng.* 62(12):2750-2762. doi: 10.1109/TBME.2015.2422751
- Arni, P., & Laddha, S. (2017). Adoption of Digital Marketing in Health Industry, *SIES Journal of Management*, 13(1), 38-53.
- Alexandru, A.G., Radu, I.M., & Bizon, M.L. (2018). Big Data in Healthcare-Opportunities and Challenges, *Informatica Economică*, 22(2), 43-54. DOI: 10.12948/issn14531305/22.2.2018.05
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). *Social cognitive theory*. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Greenwich, CT: JAI Press, 6: 61-60
- Berger, C.R. (2006). Interpersonal Communication: Theoretical Perspectives, Future Prospects, *Journal of Communication*, 55(3), 415-447.
- Brown, S. A., & Venkatesh, V. (2005). Model of Adoption of Technology in Households: A Baseline Model Test and Extension Incorporating Household Life Cycle, *MIS Quarterly*, 29(3), 399-426.
- Budinger, T.F. (2003). Biomonitoring with wireless communications. *Annu Rev Biomed Eng*, 5, 383-412. <https://escholarship.org/uc/item/6gk4262f>
- Childs, S., Blenkinsopp, E., Hall, A., & Walton, G. (2005). Effective E-Learning for Health Professionals and Students—Barriers and Their Solutions. A Systematic Review of the Literature Findings from the HeXL Project, *Health Information and Libraries Journal*, 22(2), 20-22. doi: 10.1111/j.1470-3327.2005.00614.x.
- Compeau, D., & Higgins, C. (1995). Application of Social Cognitive Theory to Training for 49 Computer Skills, *Information Systems Research*, 6(2), 118- 143.
- Dang, S., Gold, G. A., Cheung, H. S., & Roos B. A. (2010). *Telemedicine Applications in Geriatrics*, In Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology Elsevier Ltd., 1064-1069. Doi: 10.1016/B978-1-4160-6231-8.10128-X

- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology, *MIS Quarterly*, 13(3), 319. doi:10.2307/249008
- Davis, F.D., & Bagozzi, R.P. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models Warshaw, *Paul R. Management Science*, 35(8), 982-1003. DOI: 10.1287/mnsc.35.8.982
- DSÖ (2005). Dünya Sağlık Asamblesi, Önerge ve Karar Eki, DSA58.28, Geneva, 16-25 Mayıs, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf, (Erişim Tarihi: 13.03.2019).
- DSÖ (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*.
- DSÖ (2013). *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*. Geneva: Global Health Workforce Alliance. Erişim Adresi: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>. Son Erişim Tarihi: 04.08.2021.
- DSÖ (2016). *Global Diffusion of eHealth. Report of the third global survey on eHealth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>. Erişim Tarihi: 04.08.2021.
- DSÖ (2021). OpenWHO. <https://openwho.org/>. Erişim Tarihi: 15.09.2021.
- El-Gayar, O., & Timsina, P. (2014). *Opportunities for Business Intelligence and Big Data Analytics in Evidence Based Medicine*, 2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences. doi:10.1109/hicss.2014.100
- Erten, S. (2002). Planlanmış Davranış Teorisi ile Uygulamalı Öğretim Metodu, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19(2), 217-233.
- Fanta, G., Pretorius, L., & Erasmus, L. (2016). A System Dynamics Model of eHealth Acceptance: A Sociotechnical Perspective, *In International Association for Management and Technology (IAMOT 2016) conference proceedings*, 259–272. Orlando, FL.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. Erişim Linki: <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., et al. (2013). *The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review*. *PLoS Med*, 10:e1001362. doi: 10.1371/journal.pmed.1001362.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Independent World. *The Lancet*, 376(9756), 1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Hale, J., Householder, B., & Greene, K.L. (2002). *The Theory of Reasoned Action*, J. P. Dillard, & M. Pfau içinde, *The Persuasion Handbook: Developments in Theory and Practice*, 259-288, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- He, K.Y., Ge, D., & He, M.M. (2017). Big Data Analytics for Genomic Medicine. *Int J Mol Sci*, 18(412).
- Holbrook, M.B., & Hirschman, E.C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun, *Journal of Consumer Research*, 9(2), 132-140.
- Hoque, M. R., Mazmum, M.F. A., & Bao, Y. (2014). e-Health in Bangladesh: Current Status, Challenges, and Future Direction, *The International Technology Management Review*, 4(2), 87. doi:10.2991/itm.2014.4.2.3
- Hoque, R., & Sorwar, G. (2017). Understanding Factors Influencing The Adoption of mHealth By The Elderly: An extension of the UTAUT model. *Int J Med Inform*, 101 May, 75-84. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.02.002.
- Istepanian, R., Jovanov, E., & Zhang, Y. (2004). Guest Editorial Introduction to the Special Section on M-Health: Beyond Seamless
- IQVIA Institute (2021). *Digital Health Trends 2021*. Erişim Adresi: https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/digital-health-trends-2021/iqvia-institute-digital-health-trends-2021.pdf?_=1627695542647. Erişim Tarihi: 04.08.2021
- Jackson, J., Fraser, R., & Ash, P. (2014). Social media and nurses: Insights for promoting health for individual and professional use. *Online J Issues Nurs*, 19:2.
- Jovanov, E. (2005). *Wireless Technology and System Integration in Body Area Networks for m-Health Applications*, IEEE Engineering in Medicine and Biology 27th Annual Conference. doi:10.1109/iembs.2005.1616158
- Kaplan, A.M., & Haenlein, M. (2010). Users of the World, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media, *Bus Horizons*, 53, 59-68. doi:10.1016/j.bushor.2009.09.003
- Källender, K., Tibenderena, J.K., Akpoghenet, O.J., Strachan, D.L., Hill, Z., & Meek, S.R. (2013). Mobile Health (mHealth) Approaches and Lessons for Increased Performance and Retention of Community Health Workers in Low- and Middle- Income Countries: A Review, *Journal of Medical Internet Research*, 15(1). doi:10.2196/jmir.2130

- Kim, S.S., & Malhotra, N.K. (2005). A Longitudinal Model of Continued IS Use: An Integrative View of Four Mechanisms Underlying Post-Adoption Phenomena, *Management Science*, 51:5, 741-755.
- Kim, S.S., Malhotra, N.K., & Narasimhan, S. (2005). Two Competing Perspectives on Automatic Use: A Theoretical and Empirical Comparison. *Information Systems Research*, 16:4, 418-432.
- Kumar, S., Nilsen, WJ., Abernethy, A., Atienza, A., Patrick, K., Pavel, M., et al. (2013). Mobile health technology evaluation: the mHealth evidence workshop. *Am J Prev Med*, 45(2), 228-236 doi: 10.1016/j.amepre.2013.03.017.
- Limayem, M., Hirt, S.G., & Cheung, C.M.K. (2007). How Habit Limits the Predictive Power of Intentions: The Case of IS Continuance, *MIS Quarterly*, 31:4, 705-737.
- McCallum, C., Rooksby, J., & Gray, CM. (2018). Evaluating the impact of physical activity apps and wearables: interdisciplinary review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(3)e58. doi:10.2196/mhealth.9054
- McConnell, MV., Turakhia, MP., Harrington, RA., et al. (2018). Mobile health advances in physical activity, fitness, and atrial fibrillation: Moving hearts. *J Am Coll Cardiol*, 71, 2691-2701.
- Mirza, F., & Norris, T. (2007). Opportunities and Barriers for Mobile Health in New Zealand. *Studies in Health Technology and Informatics, Proceedings of the 12th World Congress on Medical Informatics, MEDINFO 2007, Brisbane: Australia*, 129, 102-106.
- MN Department of Health. (t.y.). Oxygen levels, pulse oximeters and COVID-19 Erişim Adresi: <https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/pulseoximeter.html>. Son Erişim Tarihi: 2 Ağustos 2021.
- Istepanian, R.S.H., Jovanov, E., & Zhang, Y.T. (2004). Guest Editorial Introduction to the Special Section on M-Health: Beyond Seamless Mobility and Global Wireless Health-Care Connectivity. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 8 (4), 405-414. doi: 10.1109/TITB.2004.840019.
- Mullan, F., Frehywet, S., Omaswa, F., Buch, E., Chen, C., Greysen, S.R.vd. (2011). Medical School in Sub-Saharan Africa, *The Lancet*, 377(9771), 1113-1121. doi:10.1016/S0140-6736(10)61961-7
- Nahum-Shani, I., Smith, SN., Spring, BJ., et al. (2018). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAs) in mobile health: Key components and design principles for ongoing health behavior support. *Ann Behav Med*, 52: 446-462.
- OECD (2017). Mobile Technology Based Services for Global Health and Wellness: Opportunities and Challenges, Summary of Main points from the OECD-HARVARD Global Health Institute Expert Consultation of 5-6 October 2016, <http://www.oecd.org/sti/ieconomy/Summary-Mobile-Health-Oct2016.pdf> Erişim Tarihi: 12.04.2019.
- Official Website of The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) (2019). *Benefits of Electronic Health Records (EHRs)*, <https://www.healthit.gov/topic/health-it-basics/benefits-ehrs>, Erişim Tarihi: 04.08.2021.
- Panahi, S., Watson, J., & Partridge, H. (2014). Social media and physicians: Exploring the benefits and challenges, *Health Informatics Journal*, 22(2), 99-112. doi:10.1177/1460458214540907
- Quinn, C., Shardell, M., Terrin, M., Barr, E., Ballew, S., & Gruber-Baldini, A. (2011). Cluster-randomized trial of a mobile phone personalized behavioral intervention for blood glucose control. *Diabetes Care*, 34:1934-42. doi: 10.2337/dc11-0366.
- Rai, A., Chen, L., Pye, J., & Baird, A. (2013). Understanding Determinants of Consumer Mobile Health Usage Intentions, Assimilation, and Channel Preferences. *J Med Internet Res.*, 15(8): e149. doi: 10.2196/jmir.2635
- Rogers, E. M. (1962, 1983, 2003). *Diffusion of Innovations*, The Free Press, 3rd Edition, New York.
- Roine, R., Ohinmaa, A., & Hailey, D. (2001). Assessing Telemedicine: A Systematic Review of the Literature, *Canadian Medical Association Journal*, 165(6), 765-71.
- Royston, G., Hagar, C., Long, L-A., et al. (2015). Mobile health-care information for all: A global challenge. *Lancet Glob Health*, 3: e356-e357.
- Ruggeri, K., Farrington, C., & Brayne, C. (2013). A Global Model for Effective Use and Evaluation of E-Learning in Health, *Telemed J E Health* 19(4), 312-21. doi:10.1089/tmj.2012.0175
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.) Teletip Sistemi, Erişim Linki: <https://teletip.saglik.gov.tr>Erişim Tarihi: 15.04.2021.
- Shrifi, M., Ayat, M., Jahanbakhs, M., Tavakoli, N., Mokhtari, H., & Ismail, W. K. W. (2013). E-Health Implementation Challenges in Iranian Medical Centers: A Qualitative Study in Iran, *Telemedicine and e-Health*, 19(2), 122-128. doi:10.1089/tmj.2012.0071
- Saleh, M. (2014). Social Media in Everyday Practice, *InnovAiT*, 7(10), 624-628. DOI:10.1177/1755738014545899

- Silva, BMC., Rodrigues, JJPC., de la Torre Diez, I., et al. (2015). Mobile-health: A review of current state in 2015. *J Biomed Inform*, 56: 265–272.
- Smailhodzic, E., Hooijsma, W., Boonstra, A., Langley, D. J. (2016), Social Media Use in Healthcare: A Systematic Review of Effects on Patients and on Their Relationship with Healthcare Professionals, *BMC Health Serv Res*, 16:442. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1691-0>
- Smith, A., & Anderson, M. (2018). *Social Media Use in 2018*, Pew Research Center Internet & Technology Report; <http://www.pewinternet.org/2018/03/01/social-media-use-in-2018/>. Erişim tarihi:15.04.2019
- Steinhubl, S.R., Muse, E.D. & Topol, E.J. (2015). The emerging field of mobile health. *Sci Transl Med*, 7: 283rv3.
- Tan, S. L., Gao, G., & Koch, S. (2015). Big Data and Analytics in Healthcare, *Methods Inf Med*, 54, 546–7.
- Tezcan, C. (2016). *Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açışı: Mobil Sağlık*, TÜSİAD, Yayın No: TÜSİAD-T/2016-03/575, Ed. Ebru Dicle, Ezgi Çelik, Deniz Karatař, İstanbul.
- Thompson, R., Higgins, C., & Howell, J. (1991). Personal Computing: Toward a Conceptual Model of Utilization, *MIS Quarterly*, 15(1),124-143.
- Uğur, N., & Turan, A. H. (2016). Mobil Uygulama Kabul Modeli: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 34:4, 97-126.
- Varshney, U. (2009). Wireless Health Monitoring: Requirements and Examples. *Pervasive Healthcare Computing*, 89–118. doi:10.1007/978-1-4419-0215-3_5
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation, in *Advances in Experimental Social Psychology*, M. Zanna (ed.), New York: Academic Press, 271-360.
- Venkatesh, V. & Davis, F. D. (2000), A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46(2), 186–204, doi:10.1287/mnsc.46.2.186.11926
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G. B., & Davis, F.D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425. doi:10.2307/30036540
- Venkatesh, V., Thong, J.Y.L., & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology, *MIS Quarterly*, 36(1), 157. doi:10.2307/41410
- Wang, Y., Kung, L., Wang, W.Y.C., & Cegielski, C.G. (2018). An Integrated Big Data Analytics-Enabled Transformation Model: Application to Health Care. *Information and Management*, 55(1), 64–79. doi:10.1016/j.im.2017.04.001
- Weinstein, R.S., Lopez, A.M., Joseph, B.A., Erpska, K.A., Holcomb, M., Barker, G.P., & Krumpunski, E.A. (2014). Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications That Work: Opportunities and Barriers. *The American Journal of Medicine*, 127(3),183–187. doi:10.1016/j.amjmed.2013.09.032

YAŞLI BİREYLERİN HEKİMLERLE İLETİŞİMİNDE TEKNOLOJİNİN ROLÜ

THE ROLE OF TECHNOLOGY IN COMMUNICATION OF OLDER ADULTS WITH PHYSICIANS

Fedayi YAĞAR¹

¹ PhD, Kahramanmaraş Sütcü Imam University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Care Management, ORCID: 0000-0002-3436-6583

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Yaşlı Bireyler, Hasta-Hekim İlişkisi, Teknoloji, İnternet ve Eğitim</p> <p>Keywords: Older Adults, Patient-Physician Relationship, Technology, İnternet and Education</p> <p>Sorumlu Yazarlar Fedayi YAĞAR</p> <p>Adres: Kahramanmaraş Sütcü Imam University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Care Management</p> <p>E-mail: fedayiyagar@ hotmail.com</p>	<p>Günümüzde hasta-hekim ilişkisini etkileyen teknoloji ve internet kullanımı üzerine çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Öte yandan, teknolojinin (internet, sosyal medya ve bilgisayar kullanımı gibi) hekimler ve yaşlı bireyler arasındaki rolü hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu çalışmada teknolojinin bu ilişkideki rolünü inceleyen araştırmalar tespit edilmiş ve değerlendirilmiştir. PubMed veri tabanı üzerinde yapılan araştırmada, konuyla ilgili altı araştırma makalesi olduğu görülmüştür. Araştırmalar, yaşlı yetişkinlerin doktorlarla iletişim kurmaya istekli olduklarını bulmuştur. Benzer şekilde, araştırmalarda teknolojinin kolaylaştırıcı bir rol oynadığına dair kanıtlara yer verilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada eğitimin teknoloji kullanımına önemli katkılar sağladığı vurgulanmıştır. Sonuç olarak, salgının da etkisiyle teletıp uygulamaları sağlık sistemlerinin bir parçası haline gelmiştir. Bu süreçten en çok etkilenen grubun yaşlılar olduğu dikkate alındığında, bu konuyla ilgili politik uygulamaların gerekliliğinin kaçınılmaz olduğu söylenebilir.</p>
	ABSTRACT
	<p>Various studies are conducted on the use of technology and the internet affecting the relationship between the patient and the physician today. On the other hand, limited information is available about the role of technology (such as the Internet, social media and computer use) between physicians and elderly individuals. In this study, researches examining the role of technology in this relationship were identified and evaluated. In the research conducted on the PubMed database, it was seen that there were six research articles on the subject. Studies have found that older adults are willing to communicate with physicians. Likewise, there is evidence that technology plays a facilitating role. On the other hand, in the study, it was emphasized that education makes important contributions to the use of technology. As a result, with the effect of the epidemic, telemedicine applications have become a part of health systems. Considering that the elderly is the most affected group by this process, it can be said that the necessity of political practices related to this issue is inevitable.</p>

INTRODUCTION

As people age and begin to perceive time as limited, they prioritize spending time with their relatives and learning new information. It could be noted that older adults structure their social lives according to these goals (Sims et al., 2017). The use of today's technology and the widespread use of the Internet can be an important opportunity for older individuals to make decisions about their health and increase their knowledge (Gell et al., 2015; Xie, 2009). At this point, it could be emphasized that criticisms such as individuals' health literacy levels may be insufficient, there may be doubts about the reliability and quality of the information, and the information obtained may increase patient anxiety (Silver, 2015). Although examples of elderly people using internet are given, the effect of internet usage on their communication with physicians has been emphasized in the present study. In addition, limited information is available about the role of technology (such as the Internet, social media and computer use) and education in the relationship between physicians and elderly individuals. The aim of the present study was to fill this gap in the literature.

1. USE OF TECHNOLOGY AND INTERNET BY THE OLDER ADULTS

We tend to view technology as stand-alone devices that help fulfil certain tasks. In order to be truly effective, monitoring, diagnosis and treatment technologies for elderly people need to be integrated into existing health and social services systems and in many cases to family systems (Schulz et al., 2015). In this integrated process, the necessary infrastructure should be created for the elderly to be included in the process and it should be noted that continuous support is needed to help them discover technologies and facilitate learning processes (Tsai et al., 2019). Otherwise, technophobia (fear or discomfort with modern technologies) may occur for the elderly. The research conducted by Nimrod (2018) on individuals aged 60 and over provides results that support this approach. In the study, it was emphasized that the vast majority of the participants used the internet less because of this fear and it can be a risk factor in individuals' lives. In their study, Campbell and Wabby (2003) found that such fears could be reduced through education and emphasized that those who started to use the Internet widely were more active in their health-related decisions.

In the study by Calhoun and Lee (2019), the data of 5.259 people aged 50 and over was examined and it was emphasized that the cognitive ability increased with the increase in computer use. On the other hand, it was stated that computer use decreased with aging. The point to be noted here is that older adults are willing to use technology but do not have sufficient information. For example, a qualitative study on older adults found that the elderly wanted to use e-health services but were concerned that technical problems might occur (Airola et al., 2020). Similarly, dementia patients stated that they tended to use non-stigmatizing flexible technologies in a qualitative research by Rosenberg et al. (2012).

It is known that elderly people want to use information and communication technologies (such as mobile phones, e-mail and smart device applications) to communicate and learn information (Sims et al., 2017). The active use of this technology by the elderly can have a significant impact on health outcomes. For example, a study conducted by Elliot et al. (2014) on 6443 people concluded that those who used information and communication technology were more effective in resisting depressive symptoms. In a study conducted by Chopik (2016) on 591 elderly people, individuals using technology in social sense stated that they had less chronic diseases, higher subjective well-being and less depression.

2. MATERIALS AND METHODS

2.1. Aim

The aim of this study is to make inferences on the interaction levels between older adults and physicians and to provide evidence on the possible effects of technology/internet factor on this relationship.

2.2. Eligibility Criteria and Study Selection

A literature search of PubMed database was performed between May 27, 2021 and June 4, 2021, and using the keywords "patient-physician interaction", "older adults", "technology", "internet" and "education" Likewise, research articles written in English and accessible were the main criteria of the study. As a result of these criteria, 6 research articles formed the scope of the study. The descriptive features of the articles are given in Table 1.

2.3. Limitations

Evaluation of only research articles, ignoring congress presentations, master's and doctoral theses, and research written outside the English language are the limitations of the study.

3. RESULTS

The research articles examined within the scope of the study are presented in Table 1. Qualitative techniques were used in approximately 66% of the studies. Likewise, it was determined that studies were conducted in the USA (66%), the Netherlands (17%) and Canada (17%).

Table 1. *Defining Characteristics of Articles Related to Technology and/or Internet*

Reference	Aim of Study	Target Population	Method	Key Results
Beukema et al. (2017)	To determine the online message preferences of elderly individuals in communication with the physician	30 older adults over 65 years of age (Netherlands)	Qualitative (in-depth individual)	It has been seen that it is feasible for physicians to communicate with patients and transmit results online. The key point was whether the results were positive or not. When the result was positive, no significant difference was found between the communication methods. In the case of negative, physicians were expected to take empathy actions.
Cresci and Novak (2012)	To reveal the role of the internet in health management	18 adults age 55 years old and over (USA)	Qualitative (focus group interviewing)	It has been determined that many urban elders access the internet and want to access the internet. In addition, the participants think that the internet can have an important role in managing their health and communicating well with physicians.
Lam et al. (2013)	Better understand attitudes and preferences regarding electronic communications	46 primary care physicians and 3,543 patients (USA)	Quantitative (Survey)	It has been observed that users are willing. It has been found to be particularly useful in communicating drug demand and health problems.
Silver (2015)	To identify problems related to internet use and barriers in communication with the physician	56 adults age 50 years old and over (Canada)	Qualitative (semi-structured interviews)	It has been determined that the Internet has a facilitating role in communication. The most common concern regarding Internet use has been the reliability of online information.
Singh et al. (2009)	To determine factors associated with older patients' enthusiasm to use email to communicate with their physicians	4059 patients over 65 years of age and 181 physician (USA)	Quantitative (Survey)	It was observed that approximately half of the participants were willing to communicate with the physician via e-mail. It has been found that enthusiasm decreases as age increases. Likewise, it has been found that men are more enthusiastic than women.
Xie (2009)	Evaluating the participation of older adults who use the Internet extensively in decision-making processes	20 older Internet users (USA)	Qualitative (in-depth individual and focus group interviewing)	The internet has not been found to have an improving role in the patient's trust in the physician. It has been emphasized that the internet can provide more health information to the user in a wide scope and it has been stated that it can have a perpetuating effect.

When we look at the key findings highlighted in the studies, it has been observed in many studies that older adults are willing to use the internet/technology in communication with the physician (Cresci & Novak, 2012; Lam et al., 2013; Singh et al., 2009). Likewise, it is believed that the internet/technology plays an important role in facilitating communication (Beukema et al., 2017; Silver, 2015; Xie, 2009). In addition, in the study conducted by Silver (2015), it was determined that the participants had concerns about reliability.

4. DISCUSSION

In this study, it was aimed to evaluate the role of technology and/or internet in the communication of older adults with physicians. In the research conducted on the PubMed database, it was determined that there were six research articles on the subject. Qualitative techniques were used in most of the studies. Likewise, it was observed that most of the studies were conducted in the USA. Key findings from the studies are discussed under the following subheadings. On the other hand, some evidence that education can be effective in developing this approach is presented below.

The role of technology and/or internet in the relationship between physicians and older adults

Facts and feelings are conveyed through an intimate dialogue that corresponds to a meaningful medical experience. In order to establish a good patient-physician relationship, the patient must tell the story, be open, ask open-ended questions, and insist on answers. Effective communication between the patient and the physician has the potential to increase patient safety, efficiency, patient satisfaction and staff satisfaction, reduce medical errors and reveal poor service processes (Langer, 2019). On the other hand, the ease of access to medical information and increased healthcare-related products and services has radically changed the balance of power between the physician and the patient. In the interaction between the physician and the patient, an approach has been adopted in which the patient has a say as much as the physician (Kilbride & Joffe, 2018).

Much will be gained by improved electronic communication, public access to health and medical information and reducing the difficulties for both patients and doctors (Kassirer, 2000). The Internet age can be an important opportunity to improve the relationship between the patient and the physician. Referring patients to certain websites, taking an active role in the information gathering process may enable them to communicate well with physicians (Gerber & Eiser, 2001). Could this apply to elderly patients? The studies indicate that the relationship of patients with the physician decreases as they age (Belcher et al., 2006; Liang et al., 2013; Stewart, 1984). On the other hand, there is little evidence that good results can be achieved with the use of technology in communication. For example, an interface has been created for messaging in order to strengthen the interaction between the patient and the physician, and it has been observed that older adults are eager to use this approach (such as communicating health problems and drug demands) (Lam et al., 2013). Likewise, in many studies, it has been concluded that the participants are willing to use the internet/technology in communication with physicians (Cresci & Novak, 2012; Singh et al., 2009).

Unlike other studies, the study by Beukema et al. (2017) emphasized the content of the message, which can be an important factor in communication. In the study, the importance of the empathy ability of the physician was emphasized, especially in the transmission of negative content. Apart from this, there are many empirical studies on the role of empathy in the physician-patient relationship (Boissy et al., 2016; Hojat et al., 2011).

The importance of education in the relationship between physicians-older adults and technology/internet

Today's elders may be healthier than age groups in previous generations, but often have more than one chronic disease. Healthcare technology practices promise hope to allow older adults to manage their own health and ages at home (Czaja, 2015). It is very important to identify ways to help older adults use technology successfully over time, and to utilize the benefits of technology in our digital-based society (Cotten, 2017). With this approach, it can be said that individuals who can access information more easily with technology can improve their communication with service providers. Accordingly, trainings can be used to increase the technology usage level of the elderly. For example, a total of 5 hours of training was given to elderly individuals in The Keep on Talking Program and these patients were followed for 1 year. As a result of the evaluations made, it was found that the knowledge of the elderly about communication increased, there were positive changes in their attitudes towards the importance of communication and they took action to maintain their communication skills (Worrall et al., 1998).

The learning potential of the elderly can increase on matters such as problem solving, obtaining information and benefiting others with online training (online courses) (Xiong & Zuo, 2019). There is evidence in the literature that the

trainings provided especially with guides improve performance in terms of technology usage (Hickman et al., 2007), digital games developed for the elderly improve their knowledge and communication skills (Wang et al., 2020) and that social media has an important effect on informing patients (Shang & Zuo, 2020). For example, (Guzman & Diño, 2020) provided training to elderly people about telemedicine application and emphasized that their perceptions about internet and computer use improved positively. Similarly, it was suggested that the level of adaptation of the elderly could increase and their participation in the process might be more effective with education. On the other hand, this process can be improved with the trainings offered to healthcare professionals. It was observed that confidence and competence of the healthcare professionals increased, and better communication was established with the elderly after 5 weeks of training given to them by Kluge et al. (2007).

5. CONCLUSION

Along with this review study, the communication of elderly individuals with physicians was evaluated and inferences were made on the role of technology/internet in this communication. It has been determined that the participants are willing to use online channels in the communication process. It was found that there was evidence that education could have positive effects on this relationship. Education can be an important mediator variable to improve this relationship. On the other hand, it was found that limited studies were available in the literature and more research was needed.

5. REFERENCES

- Airola, E., Rasi, P., & Outila, M. (2020). Older people as users and non-users of a video conferencing service for promoting social connectedness and well-being—a case study from Finnish Lapland. *Educational Gerontology, 46*(5), 258-269. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1743008>
- Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of general internal medicine, 21*(4), 298-303. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x>
- Beukema, S., van Velsen, L., Jansen-Kosterink, S., & Karreman, J. (2017). “There is something we need to tell you...”: Communicating health-screening results to older adults via the Internet. *Telemedicine and e-health, 23*(9), 741-746. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0210>
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of general internal medicine, 31*(7), 755-761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Calhoun, D., & Lee, S. B. (2019). Computer usage and cognitive capability of older adults: Analysis of data from the Health and Retirement Study. *Educational Gerontology, 45*(1), 22-33. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1575026>
- Campbell, R. J., & Wabby, J. (2003). The elderly and the Internet: A case study. *The Internet Journal of Health, 3*(1), 1-9. <https://ispub.com/IJH/3/1/10874>
- Chopik, W. J. (2016). The benefits of social technology use among older adults are mediated by reduced loneliness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 19*(9), 551-556. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0151>
- Cotten, S. R. (2017). Examining the roles of technology in aging and quality of life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 72*(5), 823-826. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx109>
- Cresci, M. K., & Novak, J. M. (2012). Information technologies as health management tools: Urban elders’ interest and ability in using’the internet. *Educational Gerontology, 38*(7), 491-506. <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.567185>
- Czaja, S. J. (2015). Can technology empower older adults to manage their health? *Generations, 39*(1), 46-51.
- Elliot, A. J., Mooney, C. J., Douthit, K. Z., & Lynch, M. F. (2014). Predictors of older adults’ technology use and its relationship to depressive symptoms and well-being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(5), 667-677. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt109>
- Gell, N. M., Rosenberg, D. E., Demiris, G., LaCroix, A. Z., & Patel, K. V. (2015). Patterns of technology use among older adults with and without disabilities. *The Gerontologist, 55*(3), 412-421. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt166>
- Gerber, B. S., & Eiser, A. R. (2001). The patient-physician relationship in the internet age: future prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research, 3*(2), 1-15. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e15>

- Guzman, A. B., & Diño, M. J. S. (2020). Examining the role of Filipino elderly attitudes toward computer and internet on their behavioral intention for telehealth participation. *Educational Gerontology, 46*(3), 140-149. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1715589>
- Hickman, J. M., Rogers, W. A., & Fisk, A. D. (2007). Training older adults to use new technology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(1), 77-84. https://doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.77
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine, 86*(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Kassirer, J. P. (2000). Patients, physicians, and the internet: Coming generations of doctors are ready to embrace new technology, but few incentives now exist to encourage their older peers to do likewise. *Health Affairs, 19*(6), 115-123. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.6.115>
- Kilbride, M. K., & Joffe, S. (2018). The new age of patient autonomy: implications for the patient-physician relationship. *JAMA, 320*(19), 1973-1974. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14382>
- Kluge, M. A., Glick, L. K., Engleman, L. L., & Hooper, J. S. (2007). Teaching nursing and allied health care students how to "communicate care" to older adults. *Educational Gerontology, 33*(3), 187-207. <https://doi.org/10.1080/03601270600864082>
- Lam, R., Lin, V., Senelick, W., Tran, H.-P., Moore, A. A., & Koretz, B. (2013). Older adult consumers' attitudes and preferences on electronic patient-physician messaging. *The American Journal of Managed Care, 19*(10), 7-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056337/>
- Langer, N. (2019). Broken communication between patient and physician. *Educational Gerontology, 45*(3), 159-160. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1608647>
- Liang, C.-Y., Wang, K.-Y., Hwang, S.-J., Lin, K.-C., & Pan, H.-H. (2013). Factors affecting the physician-patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: an observational study. *British Journal of General Practice, 63*(610), 354-360. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X667222>
- Nimrod, G. (2018). Technophobia among older internet users. *Educational Gerontology, 44*(2-3), 148-162. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1428145>
- Rosenberg, L., Kottorp, A., & Nygård, L. (2012). Readiness for technology use with people with dementia: the perspectives of significant others. *Journal of Applied Gerontology, 31*(4), 510-530. <https://doi.org/10.1177/0733464810396873>
- Schulz, R., Wahl, H.-W., Matthews, J. T., De Vito Dabbs, A., Beach, S. R., & Czaja, S. J. (2015). Advancing the aging and technology agenda in gerontology. *The Gerontologist, 55*(5), 724-734. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu071>
- Shang, L., & Zuo, M. (2020). Investigating older adults' intention to learn health knowledge on social media. *Educational Gerontology, 46*(6), 350-363. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1759188>
- Silver, M. P. (2015). Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over. *Journal of Medical Internet Research, 17*(1), 1-15. <https://doi.org/10.2196/jmir.3588>
- Sims, T., Reed, A. E., & Carr, D. C. (2017). Information and communication technology use is related to higher well-being among the oldest-old. *The Journals of Gerontology: Series B, 72*(5), 761-770. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw130>
- Singh, H., Fox, S., Petersen, N., Shethia, A., & Street, R. (2009). Older patients' enthusiasm to use electronic mail to communicate with their physicians: cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research, 11*(2), 1-14. <https://doi.org/10.2196/jmir.1143>
- Stewart, M. (1984). Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. *Family Practice, 1*(1), 30-36. <https://doi.org/10.1093/fampra/1.1.30>
- Tsai, H.-Y. S., Rikard, R., Cotten, S. R., & Shillair, R. (2019). Senior technology exploration, learning, and acceptance (STELA) model: from exploration to use—a longitudinal randomized controlled trial. *Educational Gerontology, 45*(12), 728-743. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1690802>
- Wang, Y.-L., Hou, H.-T., & Tsai, C.-C. (2020). A systematic literature review of the impacts of digital games designed for older adults. *Educational Gerontology, 46*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1694448>
- Worrall, L., Hickson, L., Barnett, H., & Yiu, E. (1998). An evaluation of the Keep on Talking program for maintaining communication skills into old age. *Educational Gerontology: An International Quarterly, 24*(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/0360127980240203>
- Xie, B. (2009). Older adults' health information wants in the internet age: Implications for patient-provider relationships. *Journal of Health Communication, 14*(6), 510-524. <https://doi.org/10.1080/10810730903089614>
- Xiong, J., & Zuo, M. (2019). Older adults' learning motivations in massive open online courses. *Educational Gerontology, 45*(2), 82-93. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1581444>

TOPLUMUN HASTA MAHREMİYETİNE BAKIŞ AÇISI

COMMUNITY PERSPECTIVE ON PATIENT PRIVACY

Fırat ÇALIŞKAN¹¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Hasta Mahremiyeti, Toplum, Hasta</p> <p>Keywords: Patient Privacy, Community, Patient</p> <p>Sorumlu Yazarlar Fırat ÇALIŞKAN</p> <p>Adres: Yüksek Lisans Öğrencisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü</p> <p>E-mail: firatcaliskan@odu. edu.tr</p>	<p>Mahremiyet kavramı, kişinin özel yani kendisine ait olan bir alanı ifade etmektedir. Toplumun hasta mahremiyetine bakış açısı yaşa, cinsiyete vb. demografik özelliklere göre farklılık gösterebilmektedir. Bu araştırmada Toplumun hasta mahremiyetine bakış açısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla toplumun tüm kesimine anket uygulanmaya çalışılmıştır. Fakat gerek pandeminin getirdiği koşullar gerekse yapılan kısıtlamalar verimli bir şekilde veri alınmasını kısıtlamıştır. Yine de toplanılan veriler ışığında kullanılan 36 soruluk ölçeğin Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. bu araştırma sonucunda demografik verilerin hasta mahremiyetini etkilediği, ölçek sorusu bazında mahremiyete bakış açısının değiştiği sonuçlarına varılmış ve bu doğrultuda bazı önerilerde bulunulmuştur.</p>
	<p>ABSTRACT</p> <p>The concept of privacy refers to an area that belongs to the person's private, that is, to him. Society's view of patient privacy is based on age, gender, etc. may vary according to demographic characteristics. In this study, it was aimed to determine the community's perspective on patient privacy. For this purpose, a survey was tried to be applied to all segments of society. But both the conditions caused by the pandemic and the restrictions that were made limited the efficient retrieval of data. However, in light of the data collected, Cronbach's Alpha reliability coefficient of the 36-question scale was found to be 0.80. as a result of this research, it was concluded that demographic data affects patient privacy, and the outlook on privacy changes on the basis of the scale question, and some recommendations were made in this direction.</p>

GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca maddi ve manevi varlığını en iyi şekilde korumak ve devam ettirmek, onurlu ve insani şartlarda bir yaşam sürdürmek için çabalamaktadır. Mahremiyet bu çabanın bir ürünüdür.

Mahremiyet, Arapça'da "yasaklanmış ve yapılması sorumluluk gerektiren şeyler" anlamına gelmektedir. "Mahrem" sözcüğünden türemiştir. (Şen 2015: 426- 427). Mahremiyet, Türk Dil Kurumu tarafından "gizlilik" olarak ifade edilmiştir. (tdk.gov.tr).

"Mahremiyetinin böylesi bir yolla ihlal edilmesi onu adamakıllı öfkelenmiştir, kendine olan güvenini kırmıştı." - İhsan Oktay Anar (sozluk.gov.tr)

Bu cümleden de anlaşılacağı gibi mahremiyet kişiye ait, gizli olan anlamına gelmektedir.

Genel olarak mahremiyet, kişilerin yalnız kendi iç dünyalarına ait olan, içinde bulunduğu özel hayatını, olgularını, çatışmalarını barındıran, bu durumu başka kişi ve kurumların bilmesini istemediği kısacası gizli kalmasını istediği alandır.

Bu durum başkalarını dışlamak veya onlarla olan ilişkiyi tümüyle kesmek anlamına gelmemektedir. Yalnızca bir kimsenin, kendi hayatını başkalarıyla ne ölçüde paylaşacağını belirleme hakkına sahip olduğudur.

Toplumsal yaşamda mahremiyet birçok kola ayrılmaktadır. Bunlardan biri de hasta mahremiyetidir. Bu mahremiyet hasta ile sağlık çalışanı arasındaki bir çizgidir. Hasta isterse sağlık çalışanı bu çizgiyi aşabilir ve hastanın iç dünyasına girebilir. Aksi takdirde hasta istemediği sürece hiçbir sağlık çalışanı hastanın mahremiyet çizgisini aşamaz.

Bu çalışmada Toplumun hasta mahremiyetine bakışı detaylı olarak incelenmiştir. Toplumun sağlık kuruluşundan hizmet alırken hasta mahremiyetine ilişkin düşüncelerini saptamak amacıyla anket kullanılarak araştırma yapılmıştır.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Toplum

Toplum çok geniş ve soyut bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplum Türk Dil Kurumu'na göre "Aynı toprak parçası üzerinde bir arada yaşayan ve temel çıkarlarını sağlamak için iş birliği yapan insanların tümü, cemiyet" anlamına gelmektedir(tdk.gov.tr). Genel olarak toplum, birtakım insanın aynı toprak üzerinde yaşaması ve bu süreçte işbirliği içinde bulunmasıdır.

Toplum, insan zihninin değişmez yapısıdır. İnsanın toplum hayatı yaşamasının bir zorunluluktur. Bu zorunluluk, insanın korunma içgüdüsüne bağlı olarak güvenlik veya yaşamını sürdürme çabası ve tüm ihtiyaçlarını tek başına karşılayamamasından kaynaklanan iş bölümü ve karşılıklı yardımlaşma ile birleşmesi neticesinde, ilk insandan itibaren toplum hayatı yaşanmaktadır. (Lipson, 1986: 34)

1.2. Hasta

Hasta kelimesinin birçok tanımı bulunmaktadır. Bunlardan ilki Türk Dil Kurumu'na göre "kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse" anlamına gelmektedir(tdk.gov.tr). Başka bir tanıma göre hastalık, beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal durum yaşayan kişidir(sagligim.gov.tr). Diğer bir deyişle hasta, vücut bütünlüğü bozulmuş, kendini ruhen bedenen veya sosyal yönden iyi hissetmeyen ve bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kimsedir.

Hastalar genellikle tıbbi kararda yer almamakta ve yer almayı da beklememektedirler. Bu durum mahremiyetin önemini daha da artırmaktadır. Hastanın mahremiyeti özellikle sağlık çalışanlarının dikkatli olması gerekir(Greenfield, Kaplan ve Ware, 1985).

1.3. Mahremiyet

Mahremiyet, bir kimsenin kendisine veya grubuna ulaşma çabası üzerindeki seçici kontrolüdür. Başka bir deyişle kişinin kendi kişisel alanına hitap eden durumları, kendi özel hayatını yaşadığı belirsizlikleri, çatışmaları içeren ve bu yaşantısının gizli kalmasını istediği alandır.

Bu alana kişi istemediği sürece kimse girememektedir. Mahremiyet alanına girecek kişileri kişi belirlemektedir. Bu durum özellikle sağlık alanında önemli sorunlar yaratabilmektedir.

Örneğin; acil servise başvuran kadın bir hastanın, hastaneye başvurduğunda kendisine kadın bir hekimin bakmasını istemektedir. Lakin hastanede kadın hekim olmamaktadır. Bu süreçte ise hasta erkek hekimin mahrem alanına girmesinin reddedebilmektedir.

Dolayısıyla mahremiyet toplumun önemli bir parçasını oluşturmakta ve olabilecek durumları şekillendirmektedir. (Gifford, 1997: 173-175)

2. TOPLUMUN HASTA MAHREMİYETİNE BAKIŞ AÇISINA İLİŞKİN LİTERATÜR İNCELEMESİ

2.1. Hasta Mahremiyetinin Boyut ve Standartları

Mahremiyet, sağlık açısından çok önemli bir unsurdur ve sürekli olarak gündeme gelmektedir. Hasta hakları yönetmeliği 4. Bölüm 21. maddede bu konun önemi açıkça belirtilmiştir. Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. (HHY,4/21)

Sağlık Bakanlığı yayınladığı sağlıkta kalite standartları ile sağlıkta mahremiyet konusuna değinmiştir.

Sağlıkta kalite standartlarında mahremiyet, belirli kodlar halinde aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

Tablo 1: Sağlıkta Kalite Standartları

Kod	Standart
HHD06 (Çekirdek)	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
HHD06.01	Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınmalıdır.
HHD06.02	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır. o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir. <ul style="list-style-type: none">Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.
HHD06.03	Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. <ul style="list-style-type: none">Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir.Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.
HHD06.04	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.
HHD06.05	Tüm hastane çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

(kalite.saglik.gov.tr)

Yukarıdaki sağlıkta kalite standartları tablosunda mahremiyete ilişkin birtakım standart ve değerlendirme ölçütü verilmiştir. Bu standartlar sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın mahremiyetine karşı nasıl davranacağını, nelere dikkat edeceğini açık bir şekilde belirtmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmanın amacı toplumdan her kesimin hasta mahremiyetine bakış açısının değerlendirilmesi ve saptanmasıdır. Araştırmada kullanılan “Hasta Mahremiyeti Ölçeği” ile toplumun hasta mahremiyetine bakış açısının değerlendirilmesi ve saptanması boyutu nedeniyle tanımlayıcı araştırma türündedir. Ayrıca nicel bir araştırmadır.

3.2. Hipotezler

H0: Gelir ile hasta mahremiyetine bakış açısı arasında ilişki yoktur.

H1: Demografik veriler ile hasta mahremiyeti arasında ilişki vardır.

H2: Yaş ile hasta mahremiyeti arasında ilişki vardır.

H3: Yaşanılan yer ile hasta mahremiyetine bakış açısı arasında ilişki vardır.

H4: Hastaneye hasta veya hasta yakını olarak gitme ile hasta iletişim birimine başvuru arasında fark vardır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 01.12.2020-30.12.2020 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri toplumun tüm kesimine uygulanmaya çalışılmıştır. Toplamda ise 229 kişiye ulaşılmıştır. Evrene ulaşım kolay olmasından dolayı örneklem seçilmemiştir. Çalışma covid 19 sürecinde online ortamda yapılması ve yeterli kişi sayısına ulaşamamasından dolayı Türkiye’ye genellenmesi söz konusu değildir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket kişilere belirli sorular yöneltilerek suretiyle cevap alınan sistematik bir veri toplama aracıdır. Araştırma amacına ulaşabilmek için online ortamda uygulanan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır:

Birinci Bölüm: Toplumun demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan bilgi formu. Bu form yaşadığınız yer, eğitim-öğretim durumu, meslek, cinsiyet, yaş, ailenizin ortalama aylık geliri, son bir yılda hastaneye gidiş sayısı ve hasta iletişim birimine başvuru olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci Bölüm: Bu ölçek, Bostan (2017) tarafından 36 ifadelik Hasta Mahremiyeti Farkındalık ve Tutum Ölçeği olarak geliştirilmiştir. Ölçek 5’li Likert tipine göre hazırlanmıştır. Cevapların puanlaması; 1:Hiç Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3:Kısmen Katılıyorum,4: Katılıyorum ve 5: Tamamen Katılıyorum şeklindedir.

4. BULGULAR

Online anket yoluyla elde edilen veriler, SPSS 22.0 programı yardımıyla frekans analizi, güvenilirlik analizi, geçerlilik analizi, yüzde, t testi, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmaya toplamda 229 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan toplumun tüm kesimine ilişkin demografik veriler 8 kategoride toplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcılara Ait Demografik Veriler

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Hasta İletişim Birimine Başvuru	Frekans	Yüzde
Kadın	179	78,2	Evet	38	16,6
Erkek	50	21,8	Hayır	191	83,4
Yaş	Frekans	Yüzde	Bir Yıl İçinde Hastaneye Kaç Kez Gittiniz?	Frekans	Yüzde
20-34	204	89,1	1-3	139	60,7
35-49	17	7,4	4-6	41	17,9

50+	8	3,5	7+	49	21,4
Gelir	Frekans	Yüzde	Yaşadığınız Yer	Frekans	Yüzde
1-1500	32	14,0	İl Merkezi	155	67,7
1501-3000	71	31,0	İlçe Merkezi	54	23,6
3001-5000	60	26,2	Belde-Kasaba-Köy	20	8,7
5001+	66	28,8	Meslek	Frekans	Yüzde
Eğitim	Frekans	Yüzde	Öğrenci	155	65,5
Okur-Yazar Değil	0	0	İşsiz	22	9,6
İlk veya Orta Okul	5	2,2	Ev Hanımı	11	4,8
Lise veya Meslek Lisesi	12	5,2	Memur	30	13,1
Önlisans	10	4,4	işçi	7	3,1
Lisans	164	71,6	Serbest Meslek	8	3,5
Lisansüstü	36	16,16	Emekli	1	0,4

Araştırma kapsamında toplumun tüm kesiminden insanların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, Yaşadığınız yer, ailenin aylık ortalama geliri, son 1 yılda hastaneye gitme sayısı, hasta iletişim birimine başvuru durumuna ilişkin bilgiler ulaşılmıştır. Araştırmaya 155 öğrenci, 22 işsiz, 11 ev hanımı, 30 memur, 7 işçi, 8 serbest meslek çalışanı ve 1 emekli katılmıştır. Araştırmaya katılan 299 kişiden %78,2'si kadın, %21,8 erkeklerden oluşmaktadır. Eğitim düzeyi olarak; 5 kişi ilk veya orta okul (% 2,2), 12 kişi lise veya meslek lisesi (%5,2), 10 kişi önlisans (% 4,4) ve 164 kişi lisans (% 71,6) 36 kişi ise lisansüstü(%16,16) mezundur. Ankete katılan 229 kişiden 139 tanesi hastaneye 1-3 kere, 41 tanesi 4-6 kere, 49 tanesi 7 ve daha fazla hastaneye gitmiştir. Ayrıca ankete katılan 299 kişiden 38 tanesi hastanede hasta iletişim birimine başvurmuş, 191 tanesi ise başvurmamıştır.

4.1. Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir. İçsel tutarlılığın ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem Cronbach's Alpha olarak bilinen alfa katsayısıdır. Güvenirlilik analizinde bu katsayı kullanılır. Alfa değeri 0-1 arası değerler alır ve kabul edilebilir bir değer en az 0.7 olması arzu edilir (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2019). Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlilik düzeylerinin belirlenmesi için SPSS programındaki güvenirlilik analiz yöntemlerinden faydalanılmıştır. Bu çalışmada testin bütününe ilişkin alpha katsayısı incelenmiştir. Hasta mahremiyeti ölçeği güvenirlilik değeri %80 bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde analizin yeterli güvenirliliğe sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Güvenirlilik Analizi

Sorular	Cronbach's Alpha	Soru Sayısı
Hasta Mahremiyeti	0,80	36

4.2. Geçerlik(Faktör) Analizi

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir.(Tekin,1977) Geçerliğin davranışsal özelliklerin ölçülmesinde önemli bir yeri vardır. Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin hiç birinin geçerliği tam değildir. Fakat, ölçeklerin geçerliği yeterli sayılabilecek doğrulukta ölçümler verecek düzeye getirilebilir(Özcelik,1981). Geçerliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu yönü ile doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise değişkenin yeterince tanımlanamaması ve kriterlerinin yeterince duyarlı olmaması nedeniyle, geçerlik daha düşük olabilmektedir. Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile +1.00 arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir(Öncü,1994).

Tablo 4: Geçerlik(Faktör) Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,805
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3965,934
	df	0,630
	Sig.	0,000

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğu ve KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) katsayısı incelenmiştir. Tablo 3'e göre hesaplanan KMO örneklem değeri; 0,805 olarak bulunmuştur. Bulunan bu değer uygun bir değerdir.

4.3. Hipotezlerin Sonuçları

H1: Demografik veriler ile hasta mahremiyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 5: Demografik Veriler ile Hasta Mahremiyeti Arasındaki İlişki

		Demografik Veriler	Hasta Mahremiyeti
Demografik Veriler	Pearson Correlation	1	-0,151**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	229	229
Hasta Mahremiyeti	Pearson Correlation	-0,151**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	229	229

Yapılan kolerasyon testi sonucunda demografik veriler ve hasta mahremiyeti Sig. (0,000 / Kabul) olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuca göre H1 Hipotezi kabul edilmiştir. Tablo 4 incelendiğinde bu çalışmada kolerasyon analizine göre demografik veriler ile hasta mahremiyeti arasında (-0,151) negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 6: Hasta Mahremiyetinin Demografik verilere Etkisi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,151 ^a	0,023	0,018	0,35507

Tablo 6'da verilen demografik verilerin hasta mahremiyetine etkisi %1,8'dir. Yani regresyon anlamlıdır.

H2: Yaş ile hasta mahremiyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 7: Yaş ile Hasta Mahremiyeti Arasındaki Fark

Hipotezler	Hasta Mahremiyeti Sig.Değ.	Sonuçlar	Yapılan Analiz
H2: Yaş ile hasta mahremiyeti arasında fark vardır.	0,000	Yapılan t testi sonucunda yaşa göre hasta mahremiyeti için sig. (0,000 / kabul), olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşa göre hasta mahremiyeti değişmektedir.	T testi
H3: Yaşanılan yer ile hasta mahremiyeti arasında ilişki vardır.	0,54	Kolerasyon testi sonucunda yaşanılan yer ile hasta mahremiyeti arasında bir anlamlı bir ilişki yoktur.	Kolerasyon Testi
H4: Hastaneye hasta veya hasta yakını olarak gitme ile hasta iletişim birimine başvuru arasında fark vardır.	0,000	Hipotezimiz doğrulanmıştır. Hastaneye hasta veya hasta yakını olarak gitme ile hasta iletişim birimine başvurma arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.	T-testi
H0: Gelir ile hasta mahremiyetine bakış açısı arasında ilişki yoktur.	0,000	Yapılan çalışma sonucunda gelir ile hasta mahremiyetine bakış açısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gelirin hasta mahremiyetine etkisi %50'dir.	Kolerasyon ve Resresyon

*Sig. < 0,05 Hipotez kabul edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada t-test, kolerasyon ve regresyon testleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında geliştirilen diğer hipotezler, Tablo 7'de görüldüğü üzere analizlere tabi tutulmuş ve sonuçları paylaşılmıştır.

Tablo 8: Araştırma Kapsamında Kullanılan Ölçek

SN	İFADELER	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Mahremiyet hastanede muayene tetkik veya tedavi esnasında bedenimin görevli olmayan kişilerin görmesinin en gellenmesidir.	1,7	2,6	7,9	38,9	48,9
2	Mahremiyet hastanede bilgilerimin görevli olmayan kişiler tarafından öğrenilmesinin engellenmesidir.	1,3	1,3	5,7	37,6	54,1
3	Muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında ilgisiz sağlıkçıların benimle aynı ortamda olması mahremiyetimin ihlalidir.	1,7	1,3	17,5	40,2	39,3
4	Muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında başka hasta ve yakınlarının benimle aynı ortamda olması mahremiyetimin ihlalidir.	1,7	2,6	7,0	28,8	59,8
5	Muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında kendi refakatçimin benimle aynı ortamda olması mahremiyetimin ihlalidir.	9,6	34,1	31,4	12,7	12,2
6	Muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında ilaç tanıtıcılarının benimle aynı ortamda olması mahremiyetimin ihlalidir.	0,4	3,5	10,0	23,6	62,4
7	Benim muayenem sırasında başka kişilerin muayene odasına girmesi mahremiyetimin ihlalidir.	1,7	0	3,5	24,0	70,7
8	Tahlil sonuçlarımı göstermek için muayene odasında doktor başka hasta ile konuşurken girmem mahremiyet ihlali sayılmaz.	56,3	27,9	6,6	4,8	4,4
9	Servisteki hasta odasında muayene veya tedavi uygulamasının odadaki diğer hasta ve yakınlarının görüş alanında yapılması normaldir.	39,3	38,0	13,1	6,1	3,5
10	Servisteki hasta odasında her hangi bir cihaza bağlı iken hasta vücudunun bir kısmının başkaları tarafından görünür kalması normaldir.	42,4	24,5	23,6	6,6	3,1
11	Yoğun bakımda cihazlara bağlı olarak tedavi gören hastaların vücudunun görünür olması normaldir.	27,1	22,3	26,2	19,2	5,2
12	Ameliyata alınmış hastaların vücudunun görünür olması normaldir.	22,3	16,2	27,1	24,0	10,5
13	Bilinçsiz (kendinde olmadan) yatan hastaların vucutlarının görünür olması normaldir.	39,3	27,9	21,0	9,6	2,2
14	Röntgen veya görüntüleme birimlerinde tetkike hazırlık veya çekim esnasında hastaların vucutlarının görünür olması normaldir.	20,5	14,0	32,3	25,8	7,4
15	Acil servislerde veya acil durumlarda hastanın vücudunun bir kısmının görünür olması normaldir.	12,7	15,7	31,4	26,6	13,5
16	Farklı cinsiyetteki doktor veya sağlık çalışanının hastanın muayenesi veya tedavisi için vücudunun her hangi bir yerini görmesi veya dokunması normaldir.	3,5	1,7	14,8	39,7	40,2
17	Hasta bilgilerinin hastane çalışanlarına ve sağlık çalışanlarına açık olması normaldir.	13,5	9,6	34,9	30,6	11,4
18	Hasta hakkında bilgi almak isteyenlere hasta ile ilgili bilgiler verilmelidir.	37,6	28,8	20,1	9,2	4,4
19	Hastanın sadece birinci derece yakınlarına bilgi verilmelidir.	4,8	7,4	22,3	33,6	31,9
20	Hasta hakkında bilgi sadece hastanın izin verdiği kişilere verilmelidir.	1,3	3,5	10,9	31,4	52,8
21	Ben muayene odasında hastane çalışanları odaya giriyor.	18,8	18,8	21,4	27,9	13,1
22	Ben muayene odasında başka hasta ve yakınları odaya giriyor.	26,2	11,8	22,7	24,9	14,4

23	Ben muayene odasında çalışırken yakınları veya işi olan kişiler odaya giriyor.	25,8	13,1	22,7	24,9	13,5
24	Muayene odasında hasta varken içeri girip, hastanın işinin bitişini bekleyerek, daha sonra kendi sorunumu anlatıyorum	46,3	21,4	11,4	12,7	8,3
25	Devlet hastanelerinde hasta mahremiyetine özen gösterilmiyor	6,6	18,3	40,6	17,5	17,0
26	Özel hastanelerde hasta mahremiyetine özen gösterilmiyor	13,1	36,7	36,7	9,2	4,4
27	Doktorlar hasta mahremiyetine özen göstermiyor.	7,4	27,1	47,2	13,1	5,2
28	Hemşireler hasta mahremiyetine özen göstermiyor	7,0	25,3	44,1	16,2	7,4
29	Tıbbi sekreterler hasta mahremiyetine özen göstermiyor	7,0	24,5	44,5	13,5	10,5
30	Röntgen ve görüntüleme birimlerinde çalışanlar hasta mahremiyetine özen göstermiyor	9,2	29,3	42,4	12,2	7,0
31	Yoğun bakım ve ameliyathane çalışanları hasta mahremiyetine özen göstermiyor	11,4	29,3	39,3	13,1	7,0
32	Acil servislerde ve acil durumlarda hasta mahremiyetine özen gösterilmiyor.	7,4	22,3	49,3	15,7	5,2
33	Hasta ve yakınları hasta mahremiyetini önemsemiyor	8,7	24,0	38,0	16,6	12,7
34	Benim önceliğim hastanedeki işlerimin görülmesidir, mahremiyetim sonra gelir.	38,4	33,6	20,5	5,2	2,2
35	Hastanelerde mahremiyetime özen gösterilmediğinden zorunlu olmadıkça hastaneye gitmek istemiyorum	10,0	40,6	24,5	11,4	13,5
36	Gideceğim hekim veya hastaneyi seçmemde önceliğim hasta mahremiyetine gösterdikleri özendir.	6,1	19,2	31,4	24,5	18,8

Tablo 8'e baktığımızda ankete katılan 229 kişiden %59,8'i muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında başka hasta ve yakınlarının benimle aynı ortamda olması mahremiyetin ihlaline neden olduğunu düşünmektedir. "Mahremiyet hastanede bilgilerimin görevli olmayan kişiler tarafından öğrenilmesinin engellenmesidir." sorusuna ankete katılanların yarısından fazlası "tamamen katılıyorum" seçeneğini işaretlemişlerdir. Aynı şekilde "muayene, tanı, tetkik ve tedavi esnasında ilaç tanıtıcılarının benimle aynı ortamda olması mahremiyetimin ihlalidir." Sorusuna ankete katılan kişilerin %0,4'ü hiç katılmadığını, %62,4'ü tamamen katıldığını belirtmiştir. İki yüzde arasındaki fark oldukça yüksektir. Benim muayenem sırasında başka kişilerin muayene odasına girmesi mahremiyetimin ihlalidir." sorusuna ankete katılanların hiçbiri "katılmıyorum" seçeneğini işaretlememiştir, ankete katılanların büyük çoğunluğu ise "tamamen katılıyorum" seçeneğini işaretlemişlerdir. "Tahlil sonuçlarımı göstermek için muayene odasında doktor başka hasta ile konuşurken girmem mahremiyet ihlali sayılmaz." Sorusuna araştırmaya katılan %56,3 kişi "Hiç Katılmıyorum" seçeneğini işaretlemiştir. "Muayene odasında hasta varken içeri girip, hastanın işinin bitişini bekleyerek, daha sonra kendi sorunumu anlatıyorum." İfadesine verilen cevapların %46,3'ü "Hiç Katılmıyorum" seçeneğini işaretlemiştir. Yine ankete katılanların %49,3'ü "Acil servislerde ve acil durumlarda hasta mahremiyetine özen gösterilmiyor." ifadesine hiç katılmamaktadır. "Hasta hakkında bilgi sadece hastanın izin verdiği kişilere verilmelidir." sorusuna ankete katılanların %52,8'i "tamamen katılıyorum" seçeneğini işaretlemişlerdir.

5. TARTIŞMA

Hasta mahremiyetinin bakış açısının değerlendirilmesi üzerine birçok çalışmalar yapılmıştır ve yapılmaya devam edilmektedir. Özellikle günümüz dünyasında covid 19'un baskısı kaldığımız bugün de bu yapılan çalışmalar daha da fazla önem arz etmektedir.

Hasta mahremiyeti ile ilgili literatür incelendiğinde Demir ve Özyaral(2019) tarafından öğrencilerin katılımıyla yapılan çalışmada öğrencilerin hasta mahremiyeti ölçeğinden elde ettikleri ortalamaların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ölçekteki sorulara verilen cevapların ortalaması minimum 4,54 maksimum 3,89'dur.

Bu durumun öğrencilerin bu konular hakkında farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum gerek yeni öğrenci olmaları gerekse sağlık sektöründe çalışmaya aday öğrenciler olmalarından kaynaklı olabileceği belirtilmektedir.

Ocaktan ve ark.(2004), birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırmış ve sağlık çalışanlarının %36,5'inin hasta hakları hususunda kendisini yetersiz hissettiği sonucuna ulaşmışlardır.

Bostan ve Ünal (2019), Hastalar devlet hastanelerinde, acil, yoğun bakım ve ameliyathanelerde mahremiyet ihlalinin

daha çok yaşandığını belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarından hemşirelerin daha fazla mahremiyet ihlali yaptıklarına işaret edilmektedir. Ayrıca hastaların kendilerinin de mahremiyeti çok önemsemedikleri görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid 19 sürecinde online ortamda yaptığımız bu çalışma ile toplumun hasta mahremiyetine bakış açısını inceledik. Araştırma kapsamında şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Demografik veriler ile hasta mahremiyeti arasında (-0,151) negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Demografik verilerdeki değişim pozitif yönlü artarken hasta mahremiyetine bakış açısı negatif yönlü azalmaktadır. Demografik verilerin hasta mahremiyetine etkisi %1,8'dir.
2. Yapılan t testi sonucunda yaşa göre hasta mahremiyeti için sig. (0,000 / kabul), olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşa göre hasta mahremiyetine bakış açısı değişmektedir.
3. Kolerasyon testi sonucunda yaşanan yer ile hasta mahremiyeti arasında bir anlamlı bir ilişki yoktur. Yaşanılan yer ile mahremiyete bakış açısı arasında ilişki olmadığından, regresyon analizi yapıp arasındaki etkiye bakılmasına gerek yoktur.
4. Hipotezimiz doğrulanmıştır. Hastaneye hasta veya hasta yakını olarak gitme ile hasta iletişim birimine başvurma arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
5. Yapılan çalışma sonucunda gelir ile hasta mahremiyetine bakış açısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gelirin hasta mahremiyetine etkisi %50 olarak saptanmıştır.

Bulduğumuz bu sonuçları inceleyecek olursak, özellikle burada gelirin hasta mahremiyetine etkisinin %50 olduğunu görmekteyiz. Hipotezi hazırlarken yoktur varsayımı üzerinde durulmuştur. Lakin yapılan çalışma sonucunda gelir ile hasta mahremiyeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Aynı şekilde hasta yakınlarının da hasta mahremiyetine özen göstermesi gerekir. Kişinin istemediği sürece hasta mahremiyet alanına girilmemesi gerekmektedir. Aksi takdirde olumsuz sonuçlar oluşabilmektedir.

Muayene, tetkik ve tedavide başka hasta ve hasta yakınlarının, hastanın mahremiyetine özen göstermeleri gerekmektedir. Çalışmaya katılan büyük çoğunluğu bu ifadeye önem vermektedirler.

İlaç tanıtıcılarının hastanın muayene, tetkik ve tedavisi sırasında bulunulan ortamdan çıkarılması gerekmektedir. Hastalar ilaç tanıtıcıları ile aynı ortamda bulunmak istememektedirler.

“Tahlil sonuçlarımı göstermek için muayene odasında doktor başka hasta ile konuşurken girmem mahremiyet ihlali sayılmaz.” İfadesine ankete katılan çoğu kişi hiç katılmamaktadır. Yani bir odada hasta ile doktor konuşurken, o odaya kimse girmemelidir. Aksi takdirde bu durum hasta mahremiyeti ihlaline girmektedir.

Katılımcılar hasta hakkındaki bilgiler hastanın izin verdiği kişilere verilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

“Acil servislerde ve acil durumlarda hasta mahremiyetine özen gösterilmiyor.” ifadesine araştırmaya katkıda bulunanların büyük çoğunluğu katıldıklarını belirtmişlerdir. Hastanın mahremiyetine acil servislerde özen gösterilmeli ve hastanın istemediği tetkik, tedavi yapılmamalı, ilaç verilmemelidir.

Araştırmaya katılanların çoğu mahremiyetin hastanede yapılan işlemlerden önce geldiğini belirtmiştir.

Genel olarak baktığımızda sağlıkta mahremiyet, bedensel veya hasta bilgilerinde mahremiyet olarak düşünülmektedir. Oysaki hasta mahremiyetinin psikolojik ve sosyolojik yönünün olduğu da göz ardı edilmemelidir. Kısacası mahremiyet yalnızca bendense ve bilgi mahremiyeti olarak düşünülmemeli, tüm boyutlarıyla ele alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Bostan S, Ünal C. [Hastaların Hasta Mahremiyeti Hakkında Farkındalık ve Tutumları]. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2004 242-248
- Coşkun, R., Altunışık, R. Ve Yıldırım, E. (2019), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı, Sakarya Yayıncılık 10. Baskı.
- Gifford, Robert (1997). Environmental Psychology. Bostan: Allyn and Bucon
- Greene, J, Hibbard, J., 2011, Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes, J Gen Intern Med, 27(5), 520–6.
- <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,66100/sks-hastane-surum-6-hakkinda.html> Erişim: 02.12.2020
- <https://sagligim.gov.tr/hastaliklar-durumlar.html> Erişim Tarihi: 16.05.2021
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim:02.12.2020
- Lipson, Leslie , Politik Bilimin Temel Sorunları, çev. Tuncer Karamustafaoğlu, Beta Yayıncılık, İstanbul 1986.
- Ocaktan E, Yıldız, A, Özdemir O. [Knowledge and attitudes of health care personel working at Abidinpaşa Health Group Directorate]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;3(57):129-37.
- Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti.; 1994.
- Özçelik DA. Okullarda Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: ÜSYM-Eğitim Yayınları; 1981.
- Şen, Yusuf (2015). “İslâm Hukukuna Göre Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet Hakkı”. Ekev Akademi Dergisi” 19 (61): 425-450.
- Tekin H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Mars Matbaası; 1977.
- Türk Dil Kurumu. Erişim Adresi: <http://www.tdk.gov.tr/>, Erişim:30.11.2020

KOVİD-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK HARCAMALARI

HEALTH EXPENDITURES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Sevinç Elif ŞEN¹¹ Riga Stradins Üniversitesi

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Sağlık yönetimi, sağlık harcamaları, KOVİD-19, pandemi.</p> <p>Keywords: health-care management, health expenditures, COVID-19, pandemic.</p> <p>Sorumlu Yazarlar Sevinç Elif ŞEN</p> <p>Adres: Riga Stradins Üniversitesi</p> <p>E-mail: sevincelifalkan@ gmail.com</p>	<p>İlk Kovid-19 vakası Çin'in Wuhan kentinde tespit edildi. Ardından virüs diğer ülkelere yayıldı ve görülme oranı tüm dünyada hızla arttı. Kontrol edilemeyen bu durum karşısında, DSÖ pandemi ilan etti. Türkiye Sağlık Bakanlığı, 11 Mart 2020'de İstanbul Türkiye'de ilk resmi kovid vakasını açıkladı. İlk kaydedilen vakanın ardından, virüs hızla diğer şehirlere de yayıldı. Bu çalışmanın amacı, pandemi döneminde kovid-19'un sağlık harcamalarına etkisini incelemektir. Pandeminin sağlık harcamalarını nasıl etkilediğini net olarak anlayabilmek için önceki dönemlerle de kıyaslamak önemlidir. Bu çalışma, sağlık harcamalarının yönetimi ile ilgili vaka çalışması yöntemi kullanan araştırmacılara ışık tutulması amaçlanmaktadır. Her ülke ekonomisinin bir kısmını salığa ayırmak zorundadır. Sağlığa yapılan yatırımla, bünyesinde yaşayan toplumların refahı artacaktır. Tahsis edilen bu bütçe, ülkenin düzeyine ve çeşitli faktörlere göre değişmektedir. Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması düzeyinde yıllar içinde büyük farklılıklar olmuştur. Pandemi öncesi ve pandemi esnasındaki sağlık harcamaları karşılaştırıldığında, Türkiye'deki dönemler arasında küçük farklılıklar olduğu görülmektedir.</p>
	ABSTRACT
	<p>The first Covid-19 case had been detected in Wuhan city which is located in China. Then the virus spread to other countries and the incidence rate increased fastly all over the world. As a result of all of this uncontrollable situation WHO announced the pandemic. Turkish Ministry of Health announced the first official covid case on 11th March 2020 in İstanbul Turkey. After the first recorded case, the virus spread rapidly to the other cities. The aim of this study is to examine the health expenditures effect by Covid 19 during the pandemic. To understand clearly how the pandemic affected the health expenditures it is also important to compare to the previous periods. With this study, we are aiming to put a light on the researchers using case study methods that are related to the management of the expenditure for health care. Every country has to devote a part of their economy to health. Through their investment in health, they will improve the well-being of the communities living in it. This budget allocated varies according to the level of the country and various factors. There has been great variability in the level of health expenditure per capita in Turkey over the years. When comparing the health spending before the pandemic and the during pandemic it seems slighth difference between the periods in Turkey.</p>

INTRODUCTION

Every person has a right to reach the healthcare system in an equal and basic way. For that reason based on the WHO report that is published in 2000, for the healthcare systems, equality, and productivity is important issues. The ratio of health expenditures to general expenditures is rapidly increasing from year to year. But this ratio is also variable in every country depends on their economic growth. In response to the ever-increasing population and the consequent increasing demand, limited resources cause some problems. Based on the basic economics terminology, however, supply is less than demand. The definition of “efficiency” is also becoming very important because of the limited resources dedicated to health care.

General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure - This indicator is defined as the level of general government expenditure on health (GGHE) expressed as a percentage of total government expenditure. It shows the weight of public spending on health within the total value of public sector operations. This indicator includes not just the resources channeled through government budgets, but also the expenditures channeled through government entities for health by parastatals, extrabudgetary entities, and, notably, compulsory health insurance. The indicator refers to resources collected and pooled by public agencies, including all revenue modalities.

Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product (GDP) - This indicator is defined as the level of total expenditure on health expressed as a percentage of GDP, where GDP is the value of all final goods and services produced within a nation in a given year. It provides information on the level of resources channeled to health, relative to a country's wealth.

Per capita total expenditure on health - This indicator is defined as the per capita total expenditure on health, expressed at the average exchange rate for that year in US\$. It shows the total expenditure on health relative to the beneficiary population, expressed in US\$ to facilitate international comparisons. (WHO/<https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/health-expenditure>)

1. HEALTH SPENDING

Expenditure is a monetary payment made to individuals, institutions or companies in exchange for a product or service needed to access a product or service. Expenditures made to meet individual and social needs are financed by households or public authorities in various ways. Expenditures made to meet a specific need are conceptualized with the place where the expenditure is made. Expenditures made to meet nutritional needs are called food expenditures, expenditures to meet educational needs are called education expenditures and expenditures to meet health needs are called health expenditures (TUİK,2020).

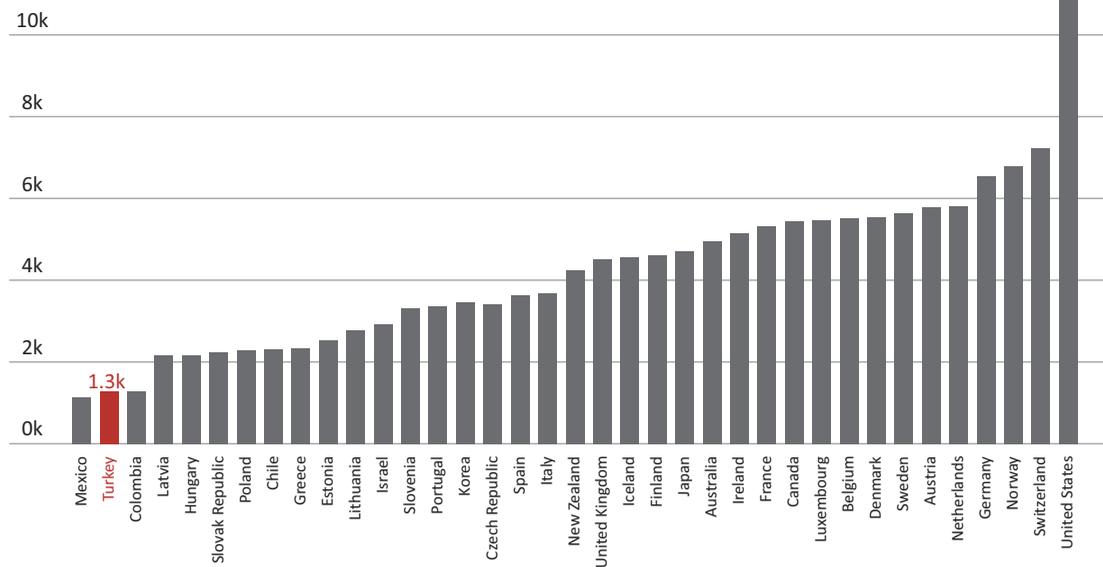
Based on the WHO's definition on health spending: health expenditure, preventive and curative health services for individuals, community-based public health programs, and expenditures for programs that have a direct impact on health status are included in this scope. Programs that indirectly affect health, such as food and environmental programs, should be excluded (Murray, 1994).

According to OECD (2020) It is the final monetary value of spending on services to individuals and services to society. Investment in health care is the final monetary value of expenditure. Investment expenditures for health services are excluded from this total. Health Service; It is financed by a combination of government expenditure and the central budget, compulsory or voluntary contributions and insurance, out-of-pocket payments by households, donations made through non-governmental organizations, and funds generated by private companies (Akyürek and Aydın, 2021:287)

The scope of health expenditure, classified under consumption expenditures by the Turkish Statistical Institute (TUİK, 2020), is as follows; Medicines, health products, therapeutic tools and materials (glasses, lenses, neck braces, hearing aids, walkers, etc.) hospital and non-hospital medical services (doctor examination fee, dental services, x-ray, ultrasound, tomography, analysis, hospital bed etc...). It covers expenses related to surgery, delivery, physical therapy, ambulance etc. (Akyürek and Aydın, 2021:287)

Based on the definitions given, the health expenditure incurred in a certain year for individuals and society; It can be defined as the monetary value of all expenditures on products and services for the execution and management of all preventive, curative, rehabilitative and health-promoting activities (Akyürek and Aydın, 2021:287).

Figure 1.1. Health Spending Total US dollars/capita, 2020 or latest available

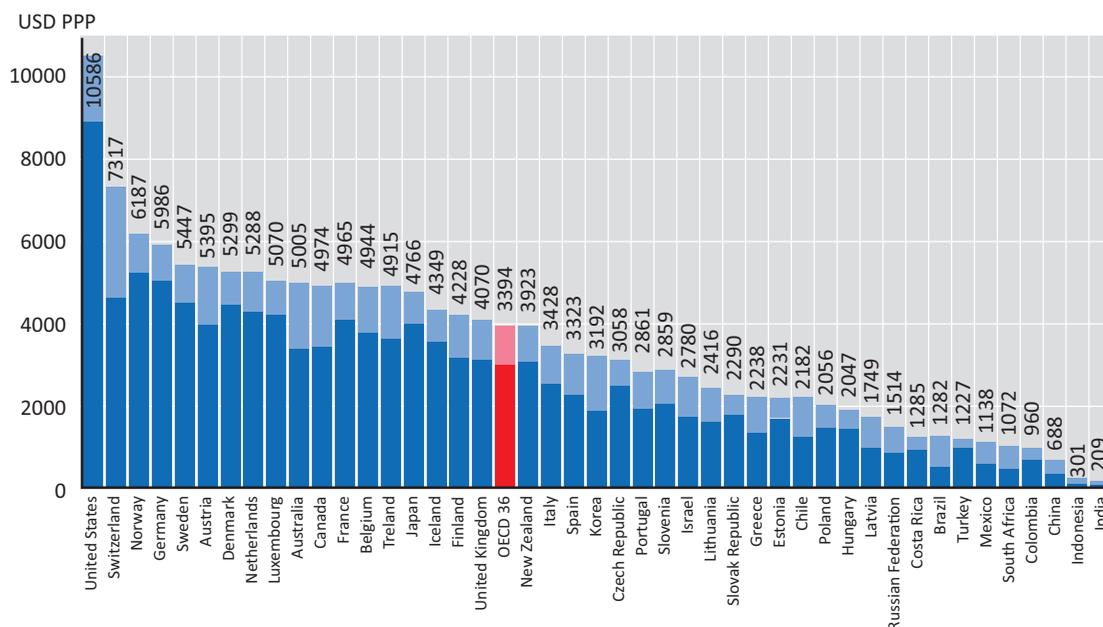


Source: (OECD, 2021), Health spending indicator,

Figure 1.1 shows the data on health expenditures per capita in 2020 for OECD countries. Health expenditure per capita in the USA is seen as approximately 11,000 dollars and is the only country with the highest expenditure in this regard. Switzerland (\$7138) is the second largest spender after the USA. After Switzerland, other developed countries; Countries such as Norway, the Netherlands, Germany and Sweden, on the other hand, spend almost half of the health expenditures of the USA. Of course, the population may be a factor on to these expenditures here cause for this ratio. Respectively, Turkey, Colombia, Mexico and Latvia are the top four OECD countries with the lowest per capita health expenditures, with \$1267, \$1276, \$1133 and \$2,074.

Turkey is geographically located between Europe, Central Asia and the Middle East countries. It is useful to state that health problems are similar, although not always linear, and that the level of health expenditure is very important in shaping the level of health expenditure. In addition, it is seen that Turkey has a similar average per capita health expenditure level with countries that are geographically closer to it, as well as developing Latin American countries that are much more distant geographically.

Figure 1.1.2. Health Expenditures per capita, 2018 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Data

Overall in 2018 spending on health care in the United States was seem to be the equivalent of more than 10 000 dollars for each US resident. This amount of expenditure (when adjusted for different purchasing power in countries) was higher than all other OECD countries by a considerable margin. Switzerland, the next highest spender in the OECD, spent (7317\$), while the overall average of all OECD countries was less than 40% of the US figure (USD 3 994) Many high-income OECD countries, such as Germany, France, Norway, Sweden spend only around a half or less of the US per capita spending on health. Lowest per capita spenders on health in the OECD were Mexico and Turkey with health expenditure at around a quarter of the OECD average.

1.1. Analysing Health Spending Of Turkey

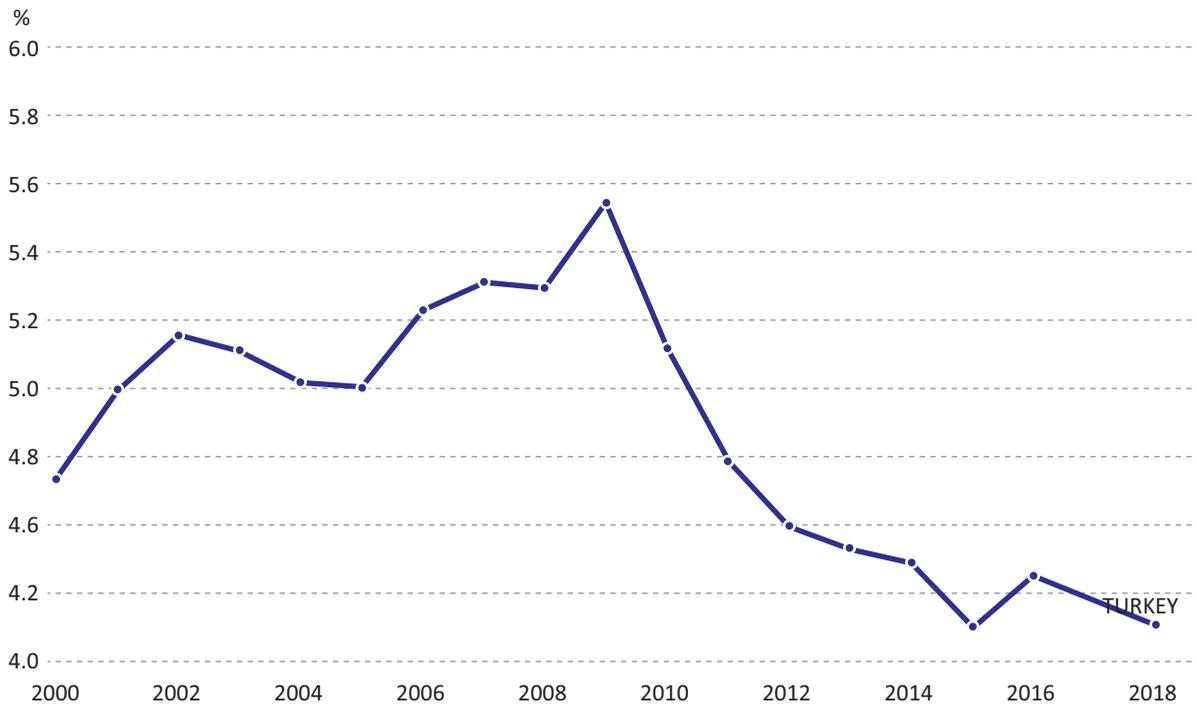
Due to the different methods used at different times in data collection in Turkey, it is not easy to compare health expenditures over time and with other countries. In addition, discussions on what health expenditures are and the comparison of results obtained from different sources continue for many years in Turkey. To address these controversies, At first National Health Accounts study was conducted for 1999 and 2000. With this study, the Health Accounts System methodology, which is also used by other OECD member countries, has been used and it has been an important study to ensure both the real level of health expenditures and the comparison of Turkey and other countries in terms of health expenditures. Turkish health expenditures in 2001 and the following years are collected and reported by the Turkish Statistical Institute (TUIK). In addition, the Ministry of Development has been collecting and publishing data on this subject for many years.

1.1.1. The Development of Health Spending in Turkey

Health is one of the most crucial factors for the economic growth and development of households, nations, and even all over the world which was emphasized in the report of Sustainable Development Goals published by the United Nations. These goals are key factors for a sustainable and better future. One of these goals is good health and well-being. The health system succeeded with a noticeable improvement with the Health Transformation Program (HTP) in Turkey. The most comprehensive reforms were carried out after implementing this program in 2003. Before 2003, health insurance system funds were organized by various regulations. In 1965, The Active Civil Servant Scheme was created and funded by government budget and allocated to civil servants who work actively. In 1992, The Green Card Scheme financed by the Ministry of Health was established to support people who earn lower than one-third of the minimum wage level. The Government Employees Retirement Fund was founded in 1949, and civil servants who are retired financed this system. The Social Insurance Agency of Merchants, Artisans, and Self Employed (BAĞ-KUR) provided health services to self-employed workers and are financed by earnings gained by these people since 1987. In 1964, the Social Insurance Organization established and covered the biggest part of the population such as white-blue collar workers in private and public sectors and these workers were financed by payroll wages (Yıldırım and Yıldırım, 2011).

Radical differences also have taken place in healthcare finance since 2003. Health services that serve the population such as the private and public sectors are financed by the social security scheme. The Ministry of Health in Turkey is responsible for providing care systems through facilities. The total current healthcare expenditure of GDP rises from 4.6% in 2000 to 5% in 2010 (World Bank, 2021). The HTP provided a decrease in restrictions, reaching health facilities. These improvements have a big role in this rise. The health insurance system, financial easiness during illness, and access to healthcare facilities provided the impact of the HTP to be improved especially for poorer citizens. (Esen and Keçili, 2021)

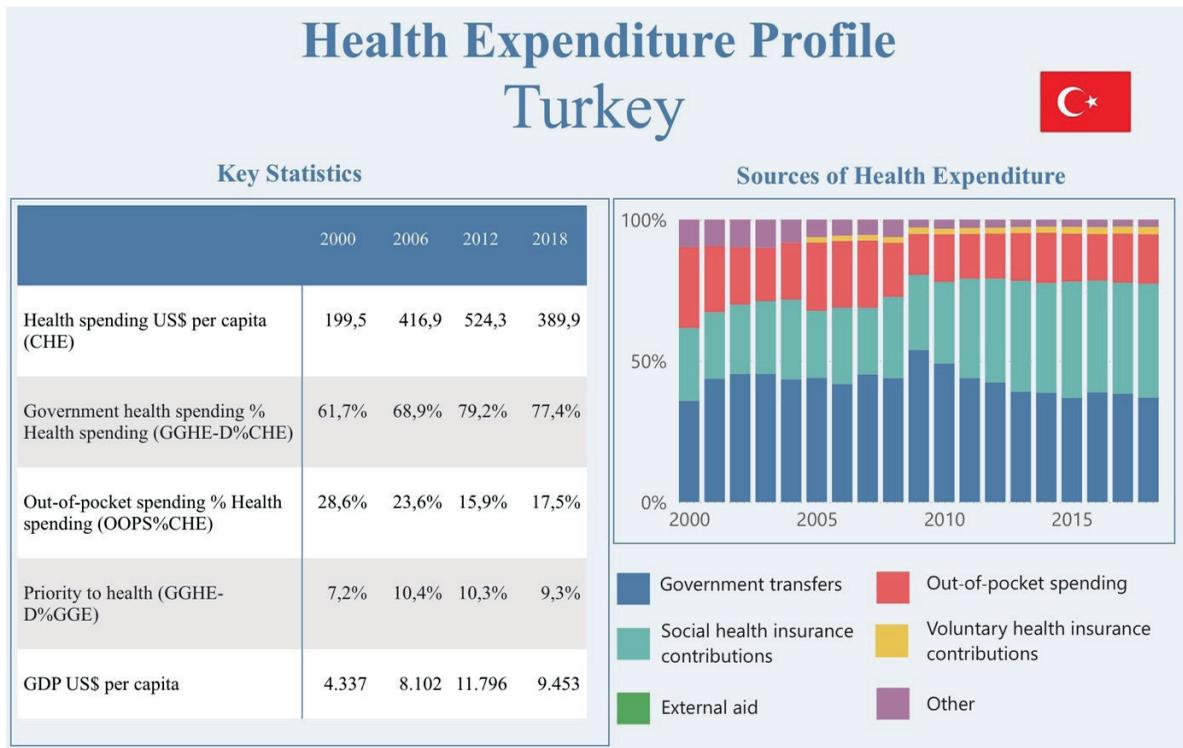
Figure 1.2.2. Current health expenditure (% of GDP) - Turkey



Source: World Health Organization Global Health Expenditure database (apps.who.int/nha/database)

Figure 1.2.2. illustrates the health expenditures ratios of Turkey between the years 2000 – 2018 years. It is clear that this expenditures ratio is not predictable. There are sharp fluctuations during these years. In 2010 the spending reaches the up (over 5.4%). Until 2010 there is a systematic increase. From that year as we can see on the figure, the spending ratio is remaining to decrease until 2018.

Figure 1.2.3. Health Expenditure Profile Turkey between 2000 – 2018 years



Source: WHO Global Health Expenditure Database/ Country Profiles (https://apps.who.int/nha/database/country_profile/index/en)

Health expenditure per capita for 2017 worldwide has been determined as 1080\$. While the average per capita health expenditure of low-income countries is 41\$, this rate has increased to 2931\$ in developed countries. (WHO,2019) If we consider this situation-specific to Turkey, as can be seen in the figure, the highest was realized in 2012 (\$524.3). Almost all parameters were measured as the highest values reached in 2012. The ratio of resources in health expenditures, on the other hand, shows that out-of-pocket expenditures and government-supported expenditures are almost parallel to each other.

2. HEALTH EXPENDITURES DURING THE PANDEMIC

Failure to control COVID-19 has led to the deepest economic shock in decades. It has not only hit countries harder than the global financial crisis but also affects a much wider group of countries in the European Region. Without urgent and substantial policy intervention, the economic recovery may take longer and be more uneven than forecasts predict, exacerbating socioeconomic inequalities within and between countries.

Countries were quick to mobilize additional funds for the health system in 2020. This higher level of public investment will need to be sustained in the years ahead to treat and prevent COVID-19, address the backlog created by widespread disruption to health services, mitigate the negative health effects of foregone care, unemployment and poverty and strengthen preparedness for future shocks.

Health financing policy is less resilient to economic shocks in countries where levels of public spending on health are low as a share of GDP and out-of-pocket payments are high, implying significant gaps in health coverage. Health systems are also vulnerable to economic shocks if public spending on health relies heavily on employment (SHI schemes), entitlement to health services is linked to health insurance status, and countercyclical mechanisms to mitigate the effects of rising unemployment and falling wages are lacking or weak.

Well-designed public policy can mitigate the negative effects of COVID-19 and build health system resilience. Key steps countries can take include: broadening the public revenue base for the health system; introducing and strengthening automatic stabilizers; de-linking access to health services from health insurance status; re-designing co-payment policy to protect people at risk of poverty or social exclusion and people with chronic conditions; reprioritizing the government budget to ensure sustained increases in public spending on health; and using priority- setting processes and other instruments to ensure additional public investment in the health system meets equity and efficiency goals.

Countries, government revenue falls may find it difficult to make health care more public investment, but austerity is not a viable option. Austerity in the health sector in response to the global financial crisis slowed public spending on health, undermined progress towards UHC and increased socioeconomic inequalities. Two factors offer support to governments willing to put improving people's lives and livelihoods at the heart of the recovery from COVID-19. First, international financial institutions strongly encourage countries to continue to invest in health systems now, recognizing the damage austerity has caused and the importance of the health sector to societal well-being, economic development and resilience to future shocks; they should continue to support careful investment in health and well-being in the longer-term. Second, this shift in thinking is closely aligned with public preferences. Survey after survey carried out in the last 10 years has shown the extent to which people value good access to health care. (WHO, 2021)

2.1. Health Spending During the Pandemic in Turkey

Covid-19 has been affecting all over the world in a negative way many people lost their lives and lost their loved ones. Turkey is also affected too. But to overcome with less loss the support of the authority's immediate response helped contain some of the more negative effects of COVID-19 though emerging economic imbalances have required policy tightening.

The authority put some early regulations such as social distancing, mobility restrictions, testing, and health capacity enhancements helped contain the spread of the virus and the number of fatalities. The economy came to a near sudden halt during the second quarter of 2020. Fiscal, monetary, and financial measures however extended support to some of the most affected parts of the economy. Leading indicators suggest that both supply and demand are making up for lost ground. At the same time, monetary expansion on the back of already negative real interest rates contributed to macroeconomic imbalances and erosion of external buffers, eventually prompting a reversal in monetary easing (Brookings,2021).

3. CONCLUSION

This paper analyzed the relationship between economic growth and health expenditure for Turkey and OECD countries. Considering the effects of the COVID-19 pandemic on health expenditures in Turkey and around the world, it is seen that there is an increase in every country. The ratio of health expenditures, especially in developed and high-income countries, is above the world average. The health expenditures of these countries show more than 50%. The source of most of the high level of expenditure is financed by public resources. However, no evidence or studies have been found to prove its sustainability. In underdeveloped and low-income countries, the rate of expenditures for health is quite low and government support is low in these expenditures. The source of these expenditures is generally private insurance and out-of-pocket per capita payments. As can be understood, this makes it difficult for people with low income levels to access health care.

In Turkey, health expenditure per capita has changed a lot over the years. The graph is in an upward trend. In order to maintain this upward trend, public resources must be used effectively and efficiently.

When we compare Turkey's health expenditures with other OECD countries, Turkey has the lowest level of health expenditure in GDP per capita. However high spending may not always indicate the welfare of the country. It is important to make inferences in terms of health expenditures. Nevertheless, it is also known that there is an important relationship between health expenditures and positive health indicators.

BIBLIOGRAPHY

- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya, A., Wirth, M. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Aslan H., Aslan E.Ç, Top M. (2021) *Sağlık Ekonomisi*. İçinde: Akyürek Ç.E & Aydın J.C (Ed.) Sağlık Harcamaları (ss.285-287). Siyasal Press.
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 178–193.
- Esen, E., Çelik Keçili, M. Economic Growth and Health Expenditure Analysis for Turkey: Evidence from Time Series. *J Knowl Econ* (2021). <https://doi.org/10.1007/s13132-021-00789-8>
- WHO (2019). Global spending on health: a World transition, Geneva, WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/19.4.
- WHO (2021) Health Expenditures Country Profile. Access: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en Access date: 15.08.2021
- WHO (2021). Health Expenditure. Access: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/health-expenditure> Access date: 15.08.2021
- WDI. (2020). World Development Indicators. Access: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> Access date: 15.08.2021
- Brookings (2021). Turkey's economic recovery from Covid-19: Preparing for the long haul Access: <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2020/11/17/turkeys-economic-recovery-from-covid-19-preparing-for-the-long-haul/> Access date: 15.08.2021
- OECD (2019) Health Statistics, WHO Global Health Expenditure Data Access: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> Access date: 15.08.2021
- WB (2021). Current Health Expenditure – Turkey. Access: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=TR&most_recent_value_desc=false Access date: 15.08.2021.

J T P H

JOURNAL OF THEORY AND PRACTICE IN HEALTHCARE

3 issues per year

ISSN: 2718-0794 Print ISSN : 2757-5861

Volume: 2 Issue: 1 Sep 2021



A Systematic Review Of Selection Of Facility Location In Health Care

Dilara Arslan

Examination Of The Factors Affecting Decisions Of Medical Tourists To Purchase Healthcare Service In Relation With Regulatory Focus Theory

Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN

A Review On Mobile Health Technologies and Technology Acceptance Theories

Ceren TÜRKDOĞAN GÖRGÜN

The Role Of Technology In Communication Of Older Adults With Physicians

Fedayi YAĞAR

Community Perspective On Patient Privacy

Fırat ÇALIŞKAN

Health Expenditures During The Covid-19 Pandemic

Sevinç Elif ŞEN

