

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

TERMAL TURİZM ÇALIŞANLARININ SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI
DÜZEYLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

NECATİ BÜKECİK
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ADANA

AYDIN-2024

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Necati BÜKECİK tarafından hazırlanan “Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi” başlık tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16.01.2024

Üye :Prof. Dr. Filiz ADANA Aydın Adnan Menderes
(T.D.) Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Filiz ABACIGİL Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi

Üye : Doç.Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN Kafkas Üniversitesi

Üye :Dr.Öğr.Üyesi Özgü TEKİN ULUMAN Kafkas Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Akademik kariyerimin ilk başında daha lisans eğitimim sırasında tanıdığım, akademik bilgi birikimi, engin tecrübesiyle hem yüksek lisans tezimde hem de doktora tezimde danışmanım olan ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hatalarıma sabır gösteren, bir danışman olmasından daha öte kimi zaman manevi annem, kimi zaman ise ablam olan öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Filiz ADANA'ya tüm içtenliğimle saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince bilimsel bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen akademik alanda bilgi ve becerileri kazanmamı sağlayan, güler yüzlerini ve yardımlarını hiç eksik etmeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Filiz ADANA, Sayın Prof. Dr. Filiz ABACIGİL, Sayın Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Sayın Doç. Dr. Belgin YILDIRIM, Sayın Doç. Dr. Nükhet BALLIEL'e hocalarıma ve Sayın Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavımda yer alarak değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Filiz ADANA'ya, Prof. Dr. Filiz ABACIGİL, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Doç. Dr. Nihal Bostancı DAŞTAN ve Dr. Öğr. Üyesi Özgü Tekin ULUMAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılan ve araştırmanın gerçekleştirilmesini sağlayan kıymetli Bolu Sarot Termal, Bolu Gazelle, Bolu Termal Otelleri ve Bolu Narven Tatil Köyü yetkilileri ile anketlere ve eğitimlere katılan tüm çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Hayatıma girdiği andan itibaren bana sonsuz şans ve mutluluk getiren, desteğini bir an olsun esirgemeyen ve varlığıyla bana güç veren müstakbel eşim Tuba BÜKECİK'e yaşama sebeplerim olan canlarım kızım Nezahat Tuana BÜKECİK ve oğlum Ahmet Tuna BÜKECİK'e teşekkürlerimi sunarım.

Benim bugünlere gelmemi sağlayan ama ne yazık ki görmesi nasip olamayan varlığını her daim yanımda hissettiğim inşallah mekânı cennet olan canım annem Nezahat BÜKECİK'e en içten duygularım ve dualarımla sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Turizmi	3
2.1.1. Geçmişten Bugüne Sağlık Turizminin Gelişimi.....	5
2.1.2. Sağlık Turizmin Türleri	8
2.1.3. Sağlık Turizminin Önemi ve Özellikleri	13
2.1.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi.....	16
2.2. Termal Turizm	22
2.2.1. Termal Turizm Kavramı	22
2.2.2. Termal Turizmin Tarihsel Gelişimi.....	24
2.2.3. Termal Turizm İşletmelerinin Özellikleri	29
2.2.4. Termal Turizm İşletmelerinin Önemi	31
2.2.5. Dünya’da Termal Turizm.....	32

2.2.6. Türkiye’de Termal Turizm.....	33
2.3. Sağlık Okuryazarlığı.....	38
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	38
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırmaları	39
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	40
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	42
2.3.5. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	44
2.4. Akılcı İlaç Kullanımı	47
2.4.1. İlacın Tanımı.....	47
2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı	48
2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Kriterleri	50
2.4.4. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri	53
2.4.5. Akılcı İlaç Kullanımında Taraflar	54
2.4.6. Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları	57
2.4.7. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları.....	59
2.4.8. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	61
2.4.9. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları	65
2.4.10. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Alınması Gereken Önlemler.....	67
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	69
3.1. Araştırmanın Tipi.....	69
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman.....	69
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	69
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	71
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	72
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	72
3.7. Veri Toplama Formları.....	72

3.8. Eğitim İçeriğinin Oluşturulması	74
3.9. Araştırmanın Ön Uygulaması	75
3.9.1. Deney Grubu Uygulama Süreci.....	76
3.9.2. Kontrol Grubu Uygulama Süreci.....	76
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	77
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	77
3.12. İstatistiksel Yöntemler	77
3.13. Araştırmanın Güçlükleri	78
3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	78
3.15. Araştırmanın Varsayımları	78
4. BULGULAR	79
5. TARTIŞMA	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
6.1. Sonuçlar	95
6.2. Öneriler	96
KAYNAKLAR	98
EKLER	126
Ek 1. Etik Kurul Onay İzni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu)	126
Ek 2. Kurum İzni (1) (Bolu Gazella Resort SPA Otel).....	129
Ek 3. Kurum İzni (2) (Sarot Thermal Corperation).....	130
Ek 4. Kurum İzinleri (3) (Narven Termal Kasaba).....	130
Ek 5. Veri Toplama Formu.....	131
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	136
Ek 7. Ölçek Kullanım İzni.....	138
Ek 8. Eğitim İçeriği	139

BİLİMSEL ETİK BEYANI	144
ÖZ GEÇMİŞ.....	145

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

°C	: Santigrat derece
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AİKÖ	: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
AOİK	: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
ASHP	: American Society Hospital Pharmacy (Amerikan Sağlık Sistemi Eczacıları Birliği)
Dk	: Dakika
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-SOY	: Elektronik Sağlık Okuryazarlığı
FITEC	: Uluslararası Termalimi ve Klimatizm Federasyonu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GZFT	: Güçlü-Zayıf Yönler/Fırsat-Tehdit
HLS-EU	: Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
INRUD	: International Network for the Rational Use of Drugs Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı
ISO	: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Teşkilatı)
İTS	: İlaç Takip Sistemi
İVF	: İn Vitro Fertilizasyon (Tüp Bebek)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşmiş Komisyon)
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
M.Ö	: Milattan Önce

M.S	: Milattan Sonra
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MSQH	: Malezya Sağlık Kalitesi Derneği
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
SATURK	: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
SERVQUAL	: Hizmet Kalitesi Ölçeği (Service Quality)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SPA	: Sanitas Per Aquam (Sudan Gelen Sağlık)
SPGK	: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Ss	: Standart Sapma
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
SWOT	: Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler (Superiorities, Weaknesses, Opportunities and Threats)
TDK	: Türk Dil Kurumu
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TOPSIS	: Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TUTAP	: Türkiye Turizm ve Tanıtma Platformu
UNWTO	: Dünya Turizm Örgütü
USHAŞ	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
Yy	: Yeni yüzyıl

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya medikal turizm hareketleri.....	10
Şekil 2. Ülkemize gelen sağlık turisti sayıları ve sağlık turizm gelirleri.	19
Şekil 3. Akış şeması.	75

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Yıllara göre sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi geliri.	20
Tablo 2. Termal kaynakların Dünya’da kullanım tarihçesi.	27
Tablo 3. Bolu ilinde bulunan termal tesisler ve yatak kapasiteleri.	38
Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).	79
Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).	80
Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).	81
Tablo 7. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi matris bileşenlerinde SOY kategorilerine göre karşılaştırılması.	82
Tablo 8. Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası matris bileşenlerinde SOY kategorilerine göre karşılaştırılması.	82
Tablo 9. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması.	83
Tablo 10. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması.	84
Tablo 11. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının akılcı ilaç kullanım düzeylerinin karşılaştırılması.	85

ÖZET

TERMAL TURİZM ÇALIŞANLARININ SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI DÜZEYLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Bükecik N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2024

Amaç: Bu araştırma termal turizm çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi için verilen eğitimin etkisini belirlemeyi amaçlayan ön test son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılmış bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma ön test son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak 01 Şubat 2022 - 31 Temmuz 2023 tarihleri arasında Bolu il merkezinde yer alan termal tesislerde çalışan 72 kontrol ve 101 deney grubu olmak üzere toplam 173 çalışan üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında deney grubunda olan çalışanlara sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi eğitimi verilmiştir. Sekiz haftalık eğitimin başında ve eğitimden bir ay sonra veri toplanmıştır. Kontrol grubuna araştırma kapsamında bir uygulama yapılmamış, araştırmanın tamamlanmasından sonra tüm eğitim konuları gönderilmiştir.

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 21 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada normal dağılım Gauss Eğrisi, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov Smirnov testleri ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-kare testi, Paired Samples testi, Student-t Test ve Tekrarlı Ölçümlerde Varyans analizi ile analiz edilmiştir. $P<0,05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Araştırmanın uygulama aşamasından önce kurum izni, etik kurul izni, ölçek kullanım izni ve katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grupları arasında eğitim sonrası: hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutları

puan ortalamalarında ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Deney grubundaki puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir. Deney ve kontrol grupları arasında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) kategorileri açısından yapılan fark testleri sonuçlarına göre; Eğitim öncesi Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı, Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı, Yeterli Sağlık Okuryazarlığı ve Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim sonrasında ise anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. ($p < 0,05$). Farklılığın, yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Mükemmel Sağlık Okuryazarlığından kaynaklı olduğu görülmektedir. Deney grubunun Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşmüş, Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı düzeyi ise artmıştır.

Deney ve Kontrol grupları arasında eğitim sonrasında deney grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t = 2,062$; $p = 0,041$). Deney ve Kontrol Grupları arasında Hem Eğitim Öncesi hem de Eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri fark testleri sonuçları açısından düzeyler arası herhangi bir farklılığa rastlanılmamıştır ($t = 1,722$; $p = 0,423$)

Sonuç: Araştırma bulguları doğrultusunda verilen eğitimin bireylerin hem sağlık okuryazarlığı hem de akılcı ilaç uygulamalarını olumlu etkilediği görülmüştür. Termal turizm çalışanları sektörleri, sektörün riskleri gereği üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir gruptur. Halk sağlığı hemşirelerinin bu sektörde yapacakları girişimsel uygulamalar değerlidir. Bu açıdan hem sağlık okuryazarlığı hem de akılcı ilaç uygulamalarını geliştirici uygulamaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Termal Turizm, Akılcı İlaç Kullanımı, Hemşirelik.

ABSTRACT

İMPROVİNG HEALTH LİTERACY AND RATIONAl DRUG USE LEVELS OF THERMAL TOURİSM EMPLOYEES

Bükecik N. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Public Health Nursing PhD Program, PhD Thesis, Aydın 2024.

Purpose: This research is a semi-experimental study conducted in a pre-test post-test control group design, aiming to determine the effect of the training given to improve the health literacy and rational drug use levels of thermal tourism employees.

Materials and Methods: This research was conducted in a quasi-experimental manner with a pre-test, post-test control group, on a total of 173 employees, including 72 control and 101 experimental groups, working in thermal facilities in the city center of Bolu between 01 February 2022 and 31 July 2023. The data of the study were collected with the Personal Information Form, Turkey Health Literacy-TR Scale (TSOY-32) and Rational Drug Use Scale. During the implementation phase of the research, employees in the experimental group were given training to improve their health literacy and rational drug use levels. Data were collected at the beginning of the eight-week training and one month after the training. No application was made to the control group within the scope of the research, and all training subjects were sent after the completion of the research.

The data of the study were analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences Version 21 program. In the research, normal distribution was evaluated with Gauss Curve, minimum and maximum score width, Kolmogorov Smirnov tests and it was determined that the data conformed to normal distribution. Research data were analyzed with descriptive statistics, Pearson Chi-square test, Paired Samples test, Student-t Test and Repeated Measures Variance Analysis. Values at $P < 0.05$ were considered statistically significant. Before the implementation phase of the research, institutional permission, ethics committee permission, scale use permission and written consent from the participants were obtained.

Results: It was observed that there was a statistically significant difference between the experimental and control groups in the post-training scores ($p < 0.05$) in the dimensions of preventing diseases/promoting health, understanding health-related information and evaluating health-related information. The mean scores in the experimental group are higher than those in the control group. According to the results of difference tests between the experimental and control groups in terms of Turkey Health Literacy-TR Scale (TSOY-32) categories; There was no significant difference between the scores of Inadequate Health Literacy, Problematic–Limited Health Literacy, Adequate Health Literacy and Excellent Health Literacy before the training ($p > 0.05$). It is seen that there is a significant difference after the training. ($p < 0.05$). The difference appears to be due to inadequate Health Literacy and Excellent Health Literacy. The Inadequate Health Literacy level of the experimental group decreased significantly compared to the control group, and the Excellent Health Literacy level increased.

Between the experimental and control groups, after the training, it was found that the Rational Drug Use Scale scores of the experimental group were statistically significantly higher than the control group ($t = 2.062$; $p = 0.041$). There was no difference between the levels in terms of the results of the Rational Drug Use Level difference tests between the Experimental and Control Groups, both before and after the training ($t = 1.722$; $p = 0.423$).

Conclusion: It has been observed that the education given in line with the research findings positively affects both the health literacy and rational drug practices of individuals. Thermal tourism workers are a group that needs to be carefully considered due to the risks of the sector. The interventional practices of public health nurses in this sector are valuable. In this respect, it may be recommended to implement practices that improve both health literacy and rational drug practices.

Keywords: Health Literacy, Nursing, Rational Drug Use, Thermal Tourism,

1. GİRİŞ

Genel bir tanım ile sağlık turizmi insanların sağlıklarına kavuşmalarını için yaşadıkları yerden ayrılarak başka bir ülke, şehir veya bölgeye tedavi olma amacıyla gitmeleri olarak tanımlanmaktadır (Ergüven, 2015). şifalı sulardan yararlanılan sağlık turizmi çeşidine de termal turizm denilmektedir. Genel bir tanım olarak termal turizm, insanların şifalı kaynaklar sunan tesislere veya kaplıcalara, şifalı sulardan yararlanmak, dinlenme, eğlenme, tedavi vb. amaçlarla turizm hareketi unsurlarını dâhilinde gerçekleştirdikleri seyahatler olarak tanımlanabilir (Sandıkçı, 2007).

Termal turizm, ekonomik açıdan çekicilik arz ettiği için ülkeler termal turizm alanında gelişmeye çalışmaktadır. Türkiye, konumu ve termal kaynak potansiyeline bakıldığında diğer ülkelere göre olduğa zengin bir ülkedir. Termal suyu, kr uygulamalarına uygun, verimli, zengin ve debisinin yüksek oluşuyla avantaj sağlamaktadır (Tavşan, 2012). Turizm Bakanlığı, 17/10/1993 tarih ve 21731 sayılı resm gazetesıyla Bolu'daki termal potansiyeli zengin bulup bölgeyi Termal Turizm Merkezi olarak ilan etmiştir (www.kulturportali.gov, 2018).

Termal turizm işletmelerinin sayısının çoğalmasını ile istihdam ve rekabetin artması, çalışanların sağlık tehlikeleri ve risklerini de artırmaktadır. Çalışanların kendi sağlıklarını değerlendirmeleri ve geliştirici aktivitelerde bulunabilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Türkiye'de ve dünyada çeşitli gruplar üzerinde sağlık okur yazarlığının değerlendirmesine yönelik pek çok araştırma bulgusu bulunmaktadır (Kalcık,2017).

Literatürde termal turizm çalışanlarının sağlık okur yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak halk sağlığı hemşireliğinin temel alanlarından biri işçi çalışan sağlığının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi uygulamalarını yapmaktır. Ülkemizde istihdam açısından hızla gelişmekte olan bir alanda çalışan bireylerin, hem de sağlık turizmi alanında hizmet verdikleri düşünüldüğünde sağlık okur yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Bu alışma "Termal Turizm alışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi" amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın halk sağlığı hemşireliğine, çalışanlara, bilime önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu alışma ‘‘Termal Turizm alışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Dzeyelerinin Geliştirilmesi’’ için verilen eğitimin etkililiğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın halk sağlığı hemşireliğine, çalışanlara, bilime önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀ hipotezleri:

H₀ (a): Sağlık okur yazarlığını geliştirme eğitiminin sağlık okur yazarlığı düzeyine etkisi yoktur.

H₀ (b): Sağlık okur yazarlığını geliştirme eğitiminin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyine etkisi yoktur.

H₁ hipotezleri:

H₁ (a): Sağlık okur yazarlığını geliştirme eğitimi sağlık okur yazarlığı düzeyini geliştirir.

H₁ (b): Sağlık okur yazarlığını geliştirme eğitimi akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyini geliştirir.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık turizmi, dünya genelinde giderek önem kazanan bir sektör haline gelmiştir. Özellikle termal turizm işletmelerinin sayısındaki artış, sektördeki istihdamı ve rekabeti artırmıştır. Ancak bu büyüme, çalışanların sağlık risklerini ve tehlikelerini de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda, çalışanların kendi sağlıklarını değerlendirmeleri ve geliştirici aktivitelerde bulunabilmeleri için yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı gerekmektedir. Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalara göre, sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak düşük olduğu ve eğitim seviyesinin bu düzeyle yakından ilişkili olduğu görülmektedir (Durusu ve diğerleri,2014). Hemşireler, sağlık hizmetlerinde eğitici, bakım verici/uygulayıcı, yönetici, karar verici, araştırmacı, savunucu ve danışmanlık gibi çeşitli rolleri üstlenirler;. Eğitici rolü çerçevesinde, hemşireler, bireylerin sağlık durumu ve sağlığın yeniden kazandırılması süreçlerinde bilgi edinmelerini, bu bilgilerin davranışa, yaşam biçimine dönüştürülmesini, tanı-tedavi planlarının uygulanmasını, ilaç güvenliğinin sağlanmasını ve genel olarak sağlık hizmeti sunumu süreçlerinde yer alarak sağlık okuryazarlığı ve sağlık-bakım kalitesinin artmasında önemli bir rol oynar (Çiftçi ve Aksoy, 2017). Aynı zamanda, taburculuk sonrasında bakım ve tedavinin devamını sağlamak adına eğitim faaliyetlerini gerçekleştirirler (Johnston ve diğerleri,2015). Bu çalışmanın amacı, termal turizm çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerini değerlendirmek ve geliştirmek olacaktır. Bu çalışma, hem halk sağlığı hemşireliği hem de turizm sektörüne önemli katkılar sağlamayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, sağlık turizminin ekonomik boyutlarına da değinilerek, sektördeki gelişmelerin önemi vurgulanmaktadır.

2.1. Sağlık Turizmi

Sağlık Turizmi hakkında bilinmesi gereken en önemli konu sağlığın, insanlar için en temel ihtiyaç ve haklardan biri olduğudur. Bu sebeple değişen ve gelişen dünya şartları insanların ekonomik sebepler başta olmak üzere farklı nedenler ve ihtiyaçlar doğrultusunda sağlıklarını korumak veya tekrar kazanmak amacı ile ikamet ettikleri yerlerden başka yerlere ya da ülkelere geçici süreli konaklamalı seyahatleri ile doğan bir turizm sektörüdür (Çam ve Çılgınoğlu,2021).

Devletler, yurttaşlarının sağlık ve hürriyetini korumak için siyasi kararlar alır ve bunları uygular yine sağlık açısından tedavi ihtiyacı duyan yurttaşlarının bu ihtiyaçlarını karşılarlar. İnsanlar yaşam özelliği gereği her zaman sağlıklı olmayı ve bu şekilde yaşamlarını sürdürebilmeyi; bunun için de her zaman en iyi imkanlara sahip olmayı arzulamaktadır (Öztekin, 2015).

Tarihsel olarak bakıldığında insanoğlunun değişik sebeplerden ötürü çok defa yaşamını sürdürdüğü yerden daha farklı yerlere seyahat ettikleri görölmüştür. Yapılan bu yolculukların genelde kişilerin manevi ve ticari isteklerini karşılamaya; bazılarında ise sağlık sorunlarına çözüm bulmaya yönelik olduğu anlaşılmaktadır (Kozak ve diğerleri, 2021).

Şehirlerde her geçen gün artan nüfusun etkisi bunun yanında sanayi ve teknolojinin büyümesi doğal olarak bazı problemlerin de artmasına ve yaşamın zorlaşmasına sebep olmaktadır. Bu sürecin olumsuz etkisi de sağlığımızın bozulmasına işgücü verimimizin de düşmesine ve üretim kapasitesinin azalmasına sebep olmaktadır. Sağlığı kötüleşmiş bireylerin derman aramak ve sağlıklarına tekrar kavuşmak amacıyla, yaşadıkları mekanlardan belli süre ayrılarak tedavi olup sağlıklarına kavuşma amacıyla seyahat etmeleri, turizm içinde ayrı bir dal olarak sağlık turizmini ortaya çıkarmıştır (Bulut ve Şengül, 2019).

Sağlık turizmi ile ilgili literatür tarandığında birçok tanım karşımıza çıkmaktadır. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir: Kültür ve Turizm Bakanlığı, sağlık turizmini, “tedavi gereksinimi olan bireylerin fiziksel iyileşme amacıyla termal veya diğer sağlık merkezlerine seyahat etmesi ve aynı zamanda estetik cerrahi müdahaleler, diş tedavisi, organ nakli, fiziksel terapi gibi ihtiyaçları bulunan kişileri içeren, uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının gelişimini destekleyen bir turizm şekli” olarak tanımlamıştır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2021).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, sağlık turizmini ‘hastalığı tedavi etme hem vücudu güçlendirerek hastalıklardan korunma hem de bu hastalıkları rehabilite etme amacı ile buldukları ülkeden farklı bir ülkeye 24 saatten uzun süreli olmak kaydıyla seyahat ederek tedavi olmaları, termal, SPA-Wellness gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici faaliyetlerde bulunması, yaşlı ve engellilere yönelik faaliyetler’ olarak tanımlanabilir (SATURK ,2021).

Uluslararası Resmi Seyahat Birliğine göre de “bireylerin var olan sağlıklarını korumak veya tedavi ettirmek amacıyla belirli bir zaman içerisinde konaklama, yeme-içme, dinlenme

ve sağlık krlerinden yararlanmak amacıyla doğal kaynakların yer aldığı turistik merkezlere gitme eylemi” olarak tanımlanmaktadır (Dalan, 2019).

Globalleşen dünyada devletler arasında ulaşım olanaklarının ve kısıtlanmaların azalmasıyla, devletler arası seyahat erişimlerinin kolay duruma gelmesi, çeşitlenen hizmet kalitesi ve değişen fiyatlandırma, küresel düzeyde sağlık turizminin önemini arttırmaktadır (Tontuş, 2019).

İnsanların vücut sağlığını koruması veya hastalık durumunda tedavi yollarını araması bireyin kendisi açısından önemli olduğu kadar ailesi için de, toplum için de, iş yaşamı ve verimi için de oldukça önemlidir. Sağlıklı bireyler daha verimli çalışacaklarından üretime pozitif yönde katkı sağlayacaklardır. Doğal kaynaklar yönünden oldukça zengin olan ülkemizin bu kaynaklarını sağlık açısından kullanılması, temiz havadan, şıfalı suların ve güneşin sağladığı imknlarından faydalanılması gerekmektedir. (Perkumien ve diğerleri, 2019).

Küresel ölçekte yaşlı nüfusun artması, bireylerin endüstrileşme ve şehirleşmenin yarattığı stresli çevrelerden kaçma isteği, sağlık altyapısındaki zorluklar, uzun tedavi süreleri, yükselen maliyetler, yeterli kalitede sağlık hizmetlerinin sunulamama sorunları, sağlık hizmetlerine erişim taleplerinin artışı, sağlık konusundaki bilinçlenme ve mevcut sağlığın korunması gibi sebepler de sağlık turizmine olan talebi arttırmaktadır (Perkumien ve diğerleri, 2019).

Sağlık turizmi bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayarak toplumda daha iyi işlev görmelerinin kapasitelerini artıran fiziksel, zihinsel ya da ruhsal sağlığına katkı sağlayan turizm türlerini kapsamaktadır (World Tourism Organization, 2018).

2.1.1. Geçmişten Bugüne Sağlık Turizminin Gelişimi

Sağlık turizminin tarihi, geleneksel tıp tarihi bilimiyle aynı kabul edilmektedir. Eski ağlardan itibaren, insanlar tedavi amacıyla yakın kabilededeki hekim olarak tanınan kişilere sık sık uğramışlardır. Buda sağlık turizmin en ilkel hali olarak kabul edilmektedir (Yavuz, 2018). Sağlık turizmin kökleri Yunan, Sümer ve Mısırlılara kadar uzanmaktadır (Dedeoğlu, 2021).

Sümerler tarafından, sıcak su kaynakları etrafında inşa edilen sağlık tesisleri, bilinen en eski sağlık tesisi olarak kabul edilmektedir. Romanlılar döneminde termal kaynaklar sağlık amaçlı kullanılmaktadır (Tontuş, 2018). İlk kapsamlı sağlık turizm faaliyetinin Yunanlılar döneminde yapıldığı bilinmektedir (Kadıoğlu, 2021). Göz hastalıklarının tedavisi için 5.000 bin yıl öncesine ait, Suriye'nin Tell Brak kentine yolculuk yapan Yunanlılara ait yazılı kaynaklar bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2020).

15. ve 16. yüzyıl da ekonomik seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine olan ilgisi artmıştır. Bazı uzman hekimlerin kaplıca sularının tıbbi faydalarını överek yüceltmışlerdir. Bu durum, kaplıca ziyaret sayılarında artışı sağlamış olup, orta sınıf ekonomik gelire sahip bireylerin de tedavi amacıyla kaplıcalara gitmelerini sağlamıştır (Dedeoğlu, 2021). 15 ve 16.yüzyıl da yapılan sağlık turizm faaliyetleri genellikle termal kaynaklar etrafında sağlık hizmeti sunan sağlık tesislerine ulaşım amacıyla yapılmıştır (Kadıoğlu, 2021).

17. yüzyıl modern turizm başlangıcı olarak kabul edilebilmektedir (Dedeoğlu, 2021). 18. yüzyıl ise kaplıcalara gitmek halk arasında yaygın hale gelmiştir. Bu durum ilk sağlık turizm hareketlerinin kaplıcalara yönelik olduğunu göstermektedir (Tengilimoğlu, 2020). 18.ve 19 yüzyıla gelindiğinde artan tüberküloz ve karaciğer hastalıklarının tedavisi için şehirden uzakta temiz hava ve uygun iklimleri barındıran alanlara kurulan sanatoryumlar, sağlık turizm yetki alanını genişletmiş olup tedavi amacıyla seyahatler artmıştır (Kadıoğlu, 2021).

19.yüzyılda Avrupa ülkelerinde sağlığı iyileştirdiğine inanılan suların varlığına inanılması ve bu sulardan içmek, temizlenmek amacıyla SPA merkezlerine seyahatler başlamıştır. 20.yüzyılda ise az gelişmiş ülkelerin zengin vatandaşları, daha kaliteli sağlık hizmeti almak amacıyla gelişmiş ülkelere sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmişlerdir (Tengilimoğlu, 2020).

19. yüzyılda Avrupa ülkelerinde nüfusun yaklaşık %70'inin tüberküloz hastalığına yakalandığı tahmin edilmektedir. Tüberküloz hastalığının tedavisi için önerilen geniş açık havada vakit geçirme ve deniz gezintileri gibi yöntemler, ekonomik olarak daha güçlü olan bireyler için dağlık bölgelere sanatoryumlar şeklinde uygulanmıştır (Dedeoğlu, 2021).

Özellikle İsviçre'de, tüberküloz hastalarına hizmet etmek amacıyla lüks sanatoryumlar kurulmuştur. Sağlık turizminin gelişimine önderlik eden isimlerden biri olan Florence Nightingale, İsviçre'de yararlı su merkezlerini ziyaret ettiği sırada tedavi gören hastalara

uygun fiyatlarla hizmet sunan Türkiye'deki şifalı su merkezlerini önermiştir (Dedeoğlu, 2021).

Türkiye cumhuriyet döneminde sağlık sistemi önemli gelişmeler kat etmiş olup, dünya devletlerine örnek teşkil etmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra 1961 ve 1982 anayasasıyla sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulması gereken bir kamu hizmeti olarak kabul edilmiştir (Doğan ve Aslan, 2019). Türkiye’de sağlık turizmi alanında çalışmalar, 1996 yılından itibaren başlamıştır Türkiye için sağlık alanında uluslararası arenada kabul edilen anlaşma, 1851 yılında Osmanlı devletinin ve 11 ülkenin katılımıyla Paris’te gerçekleştirilen sağlık konferansıdır. Bu anlaşma ile 137 maddelik uluslararası sağlık tüzüğü oluşturulmuştur (Doğan ve Aslan, 2019).

1996 yılından itibaren Türkiye’de çalışılmaya başlanan sağlık turizmi özel kurumların girişimiyle 2000’li yıllarda giderek artmıştır. Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya geçirilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile amaç AB sağlık mevzuatına uyum sağlamak olup, sağlık hizmetlerinin sunumu, kalitesi verimli ve erişebilir olması yönünde bir dizi değişiklik yapılmıştır (Sülkü, 2017).

2003 yılında yapılan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinde karar verme yetkisinin merkezi yapılardan alınarak sağlık hizmeti kullanıcılarına verilmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinde alınacak kararların daha hızlı uygulanmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin tek standartta sunulmuş ve hizmetin müşteri odaklı hale gelmesini sağlamıştır (Kadıoğlu, 2021).

Müşteri odaklı sağlık hizmeti sağlık turizm kavramının ülke politikalarında yer edinmesini sağlamıştır. 2007-2008 dünya ekonomik krizi sonrası gelişmiş ülkeler ülkelerine önemli bir maliyet unsuru oluşturan sağlık hizmetlerini istenilen kalitede, daha uygun fiyata sunulması amacıyla farklı ülkelere sağlık hizmeti alınması amaçlı yönlendirmeler başlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerini sınır ötesine taşımıştır (Somel, 2020).

Ülkelerin turizm gelirlerinin artmaya başladığı, dünyada en çok turist kabul eden ülkelerin sıralamasının belirlendiği, döviz girdilerinin ülke ekonomisine katkısının önemini tespit edildiği dönemde Türkiye uluslararası arenada rekabet gücünün artırılması amacıyla sağlık turizm alanında kamu ve özel iş birliğinin güçlendirilmesi yatırım ve planlama konusunda destek sağlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Erdoğan, 2018).

Bu bağlamda, 2005 yılında Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, “Sağlık Turizmi Geliştirme Programı Eylem Planı”nı oluşturmuştur. (Somel, 2020). Bu planın etkisiyle, 2010

yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde Sağlık Turizmi Birimi'ni kurarak stratejik eylem planları hazırlamıştır. Bu birim daha sonra 05.05.2011 tarihinde Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü adı altında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) çerçevesinde Bakanlıkta gerçekleştirilen yapılanma süreci sonucunda, Resmi Gazete'nin 02.11.2011 tarihli ilanı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu dönemde, ülkemize tedavi amacıyla gelen ziyaretçilerin işlemlerinin kaydedilmesi amacıyla özel birimler oluşturulmuştur.

Daha sonra, 26 Aralık 2013 tarihinde alınan 43148 sayılı bakanlık makam onayıyla Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne aktarılmıştır. Ancak, 26 Ağustos 2016 tarihinde 3942 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tekrar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iade edilmiştir (Somel, 2020).

2.1.2. Sağlık Turizmin Türleri

Sağlık turizmi; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sağlık turizmini 4 farklı başlık altında ele almaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ,2021b).

- Medikal Turizm
- Termal Turizm
- İleri Yaş ve Engelli Turizmi

Sağlık turizmi, çeşitlerine göre çok sayıda insana hitap etmektedir. Ayrıca diğer turizm endüstrilerine göre getirisinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Belirli bir bölgeyi gezme, görme, yerel lezzetlerine finansal harcama yapan turistlere göre sağlık sektörü bunun dört ya da 5 kat daha fazlasını kazanmaktadır (Akdoğan ve Hiçyorulmaz, 2018).

Medikal Turizm

Medikal Turizm Derneği medikal turizmi, insanların tıbbi, cerrahi ve diş hekimliği gibi hizmetleri yerel ikametgâhından başka bir ülkede veya başka bir şehirde daha iyi, daha kaliteli, daha ucuza alabilmek için gerçekleştirdiği seyahat etme süreci olarak tanımlanmaktadır (Medical Tourism Association, 2023).

Küresel iletişimin hızla ilerlediği günümüzde, ülkeler arası ticaret engellerinin azalması ve para akışının serbestleşmesi gibi faktörler, uluslararası pazarların sınırlarını ortadan kaldırmış ve küreselleşme anlayışını beraberinde getirmiştir. Bu durum, sağlık sistemlerinde yaşanan uzun bekleme süreleri, yüksek maliyetler ve kısıtlı medikal ekipmanlar gibi sorunlarla karşılaşan ülkelerdeki bireylerin farkındalığını artırmıştır (Carrera ve diğerleri, 2006).

Bu ülkelerde yaşayan insanlar, daha ekonomik ve kaliteli sağlık hizmetleri alabilmek amacıyla diğer ülkelere hem tatil hem de tedavi amacıyla seyahat edebilmektedirler. Bu tür medikal turizm faaliyetleri, Çevik ve Yüksel'in (2018) belirttiği gibi, düşük maliyetli ve yüksek kaliteli hizmetlere erişim imkânı sunmaktadır.

Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki bireyler başta olmak üzere tüm dünya da insanların daha uzun süre yaşamaya başlaması, kronik hastalıkların çoğalması ve bu gelişmelere bağlı olarak tedavi harcamalarının artması tedavi ücretlerini karşılayan hem devletlerin sosyal güvenlik kurumlarını hem de tedavi masraflarını kısmen ya da bütünüyle kendi karşılamak zorunda olan bireyleri ekonomik olarak zorlamaktadır (Çevik ve Yüksel, 2018).

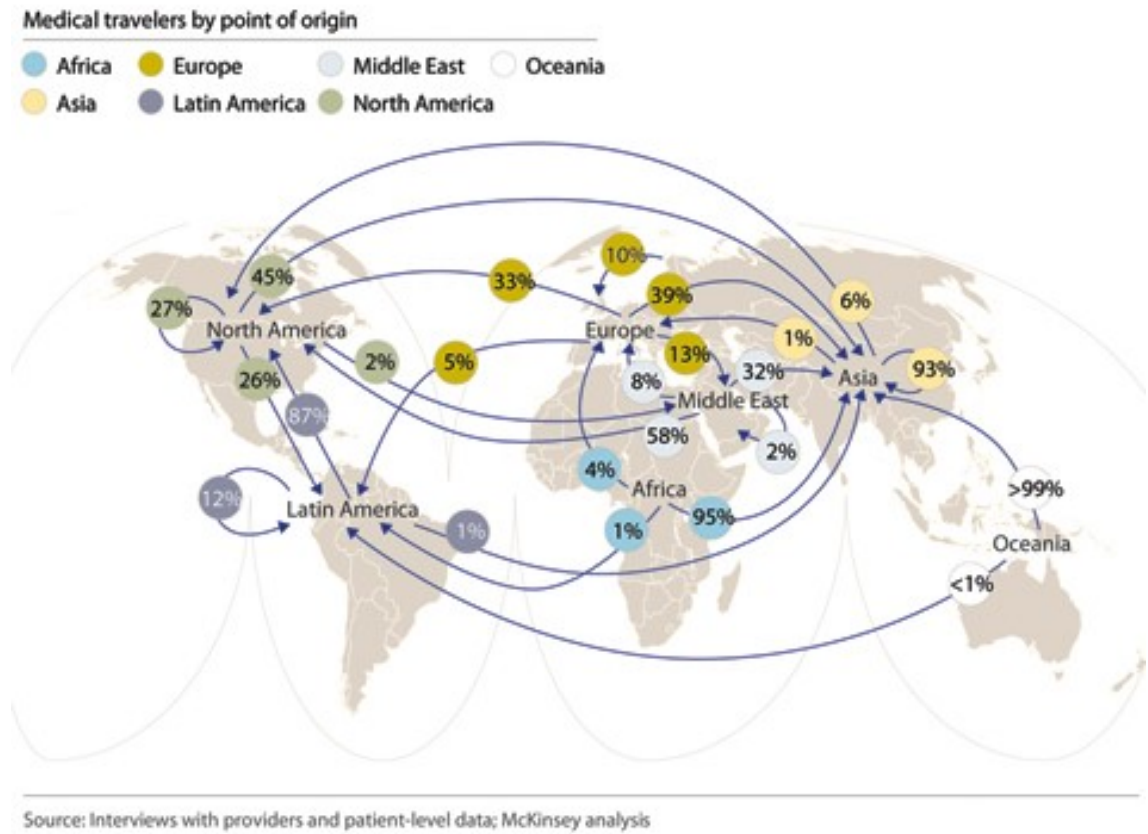
Ekonomik faktörlere ek olarak, kendi ülkelerindeki tedavi için uzun bekleme sürelerinin olması, hizmetin kalitesinin düşük olması gibi nedenlerle insanlar medikal hizmet almak için hızlı, kaliteli ve maliyetleri daha düşük olan ülkeleri tercih etmektedirler. Ayrıca, ulaşım olanaklarının artması ve ucuzlamasıyla birlikte ülkeler arası seyahatin kolaylaşması, internet ile birlikte iletişimin teknolojilerinin hızla gelişmesinin sonucu olarak bilgiye kolay erişim imkânı ortaya çıkmıştır (Temizkan ve Temizkan, 2020).

Bu gelişmelerle birlikte insanların yurt dışındaki sağlık kurumları hakkında bilgi edinmeleri ve sağlık hizmeti almak için yurt dışına çıkmaları kolaylaşmış ve medikal turizmin giderek önem kazanmasına yol açmıştır (Binler, 2015). Dünya genelinde medikal turizm talepleri çoğunlukla Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve zengin Ortadoğu ülkelerinde yaşayan insanlar tarafından oluşturulurken, medikal turizm hizmet arzının ise Asya ülkeleri tarafından karşılandığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı ,2012).

Özellikle düşük fiyat politikasıyla Hindistan medikal turizm pazarında önemli bir yere sahiptir. Hindistan, Tayland ve Malezya Avrupalı medikal ziyaretçilerin favori destinasyonu iken Malezya aynı zamanda Müslüman bir ülke olması nedeniyle Ortadoğu pazarına da hâkimdir. Orta Amerika pazarına ise Küba'nın yöneldiği görülmektedir (Şengül ve Bulut,2019).

Medikal turizm pazarını haritalamak isimli çalışmada McKinsey şirketi medikal turizmin gerçekten bir dünya çapında olgu olduğunu belirtmiş ve gelişmekte olan ülkelere tedavi için giden hastalarla görüşmüşlerdir. Afrika, Asya, Avrupa, Ortadoğu ve Kuzey Amerika'dan gelen medikal turizm turistlerinin bu seyahat sonucunda aldıkları hizmetten büyük ölçüde memnun kaldıklarını ve medikal turizm için seyahat edecekleri ülkeye karar vermeden önce en az üç kıtada medikal turizm hizmetlerini araştırdıklarını tespit etmişlerdir (Aksoy ve Yılmaz, 2019).

Bu çalışmalar sonucu McKinsey şirketi tarafından başlangıç noktalarına göre medikal turizm hareketleri haritası oluşturulmuştur (Ehrbeck ve diğerleri, 2008).



Şekil 1. Dünya medikal turizm hareketleri.

Medikal turizm faaliyetlerinde bulunan kişilerin seyahat edecekleri ülkeleri tercih ederken, ülkesinde tedavi olduğu hastane ile gideceği ülkedeki hastanenin temasta olması, gideceği ülke ve hastanenin özelliklerini öğrenebilmesi, aracı kuruluşların bulunması,

ulaşının kolay ve sorunsuz olması, tedavinin ucuz ve kaliteli olması, refakatçisine iyi hizmet sunulması gibi faktörler oldukça etkili olmaktadır (Yalçın, 2006).

Medikal turizmde faaliyet gösterecek bireylerin en büyük endişeleri arasında, gelişmekte olan ülkelerdeki tedavi yöntemlerinin ve teknolojisinin kendi ülkelerindeki seviyeye ve kaliteye uygun olup olmadığına dair güven eksikliği gelmektedir. Ayrıca, yurtdışında tedavi gördükten sonra ülkelere döndüklerinde, hastalıklarının takip edilmesi, kontrol edilmesi ve komplikasyonlarının sigorta kapsamında değerlendirilmemesi kaygısı da ön plandadır (Tontuş, 2018).

Tercih ettikleri tedavi için uygun olan ülkede dil sorunlarıyla karşılaşma ihtimali, ülkelerin sıkı vize politikaları ve sağlık kuruluşlarının düşük fiyat politikalarını sürdürebilmek için hekim ve sağlık personeli dışındaki destek personelinin yeterince nitelikli olmaması gibi meseleler de dikkate alınmalıdır (Tontuş, 2018).

Termal Turizm

“Term” kelimesi sıcak anlamına gelen Latince termos kelimesinden türemiş ve Bizans döneminde yaralanan askerlerin acılarını gidermek için sıcak su banyolarının kullanıldığı bilinmektedir. Sıcak suların doğal kaynaklarını ifade eden terim “termal,” suların sıcaklık özelliklerini anlatan terim “termik,” ve saf su kaynaklarının araştırılması ve sağlık amaçlı kullanımı için kullanılan terim ise “termalizm” veya “termal turizm” olarak türetilmiştir (Tengilimoğlu, 2020).

Termal turizm, insanların ve toplulukların sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri için sağlıklarını gözetken, birçok hastalığı tedavi ederek fiziksel ve sinirsel yorgunluğun düşmesine yardımcı olan sağlık turizminin önemli bileşenlerinden biridir (Tuncer ve diğerleri, 2020).

Termal turizmi, sağlığı korumak, hastalıkları iyileştirmek ve tedavi etmek amacıyla termal olanaklardan yararlanmak amacıyla yapılan seyahat olarak tanımlanabilir (Kılıçarslan, 2019).

Termal sektörünün büyümesi, dinamik ve giderek daha karmaşık hale gelen küresel bağlamda, insan doğasında kök salmış fiziksel dinlenme ihtiyacına verilen en net yanıt olarak yorumlanmaktadır. Sağlıklı yaşam destinasyonlarının termal turizm sektöründeki cazibesi göz ardı edilmemeli ve bu nedenle termal tesislerde çalışan personelin dikkatle seçilmesi gerekmektedir (Silvestri ve diğerleri, 2017).

Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı, termal turizmini farklı yöntemlerin bir araya geldiği bir tedavi uygulaması olarak tanımlamaktadır. Bu uygulamalar termomineral su banyosu, içme, solunum tedavisi, çamur banyosu gibi yöntemleri içermektedir. Bunun yanı sıra, hava koşulları, fiziksel terapi, yeniden kazanım, aktivite, zihinsel terapi, beslenme gibi destekleyici yöntemler de kür tedavilerine dâhil edilir. Bununla birlikte, termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı da termal turizmin bir parçasıdır.

İleri Yaş ve Engelli Turizmi

İleri yaş turizmi, genellikle yaşlı bireylerin veya emeklilerin tatil veya seyahat amacıyla tercih ettiği bir turizm türüdür. Bu tür turizmde, yaşlı turistler dinlenme, keşif, eğlence ve kültürel deneyimler yaşama amacıyla seyahat ederler. İleri yaş turizmi, yaşlı nüfusun daha fazla boş zamanı ve ekonomik kaynakları olduğu bir dönemde gelişmiştir (Tengilimoğlu ve Tosun, 2020).

Tatil köyleri, sağlık tesisleri, kültürel turlar ve doğa gezileri gibi çeşitli turistik aktiviteler ve destinasyonlar, ileri yaş turizminin hizmet verdiği alanlardan bazılarıdır. Bu turizm türü, yaşlı bireylerin sosyal bağlantılarını güçlendirmelerine, farklı kültürleri deneyimlemelerine ve aktif bir yaşam sürdürmelerine olanak tanır (Daştan,2014).

Engelli turizmi, fiziksel, zihinsel, duygusal veya sağlıkla ilgili engelleri olan bireylerin seyahat etme ve tatil yapma ihtiyaçlarına yönelik olarak düzenlenen bir turizm türüdür. Engelli turizmi, bu bireylerin seyahat etme hakkını ve eşit erişimini desteklemeyi amaçlar. Engelli turizmi, seyahat eden kişilerin özel ihtiyaçlarına uygun tesisler, hizmetler ve aktiviteler sunmayı hedefler (Oduncuoğlu ve Efendi, 2020).

Engelli bireylerin ve ailelerinin rahatça seyahat edebilmelerini, yeni yerler keşfedebilmelerini ve farklı deneyimler yaşayabilmelerini sağlamayı amaçlar. Engelli turizmi, seyahat endüstrisinin daha geniş bir kesime hizmet sunmasını ve herkesin seyahat deneyiminden eşit şekilde yararlanmasını teşvik eder. Bu turizm türü, engelleri aşarak seyahat etmeyi mümkün kılarak engelli bireylerin yaşam kalitesini artırmayı amaçlar (Oduncuoğlu ve Efendi, 2020).

Küresel düzeyde yaşlı ve engelli nüfusunun giderek artması, ayrıca bu grup insanların kronik hastalıklar ve genetik rahatsızlıklarla mücadele etmesi, tedavi ve bakım masraflarının artmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, yüksek maliyetlerin yanı sıra hastaların ileri tarihli randevular beklemek istememe gibi sebepler nedeniyle, bu kesim bireyler, kendi ülkelerine göre daha ekonomik ve daha üstün nitelikli sağlık hizmetleri sunan yerlerde tedavi ve bakım

alternatifleri arayışına girmektedir. Bu eğilim, sağlık turizmi kapsamında yer alan yaşlı nüfus ve engelli turizmi hareketliliğine katılımı artırmıştır (Tengilimoğlu ve Tosun, 2020).

2.1.3. Sağlık Turizminin Önemi ve Özellikleri

Geçtiğimiz yüzyıl boyunca, dünya genelindeki gelişmiş bölgelerde yaşayan yüksek gelirli bireyler, daha gelişmiş tesislere ve uzman sağlık personeline erişebilmek amacıyla gelişmiş ülkeleri tercih ederek sağlık turizmi faaliyetlerinde bulunmuşlardır. Ancak günümüzde sağlık turizmi alanındaki dönüşüm, önceki dönemlerdeki sağlıkla ilgili seyahat anlayışlarından hem niceliksel hem de niteliksel olarak farklıdır (OECD, 2021).

Ana farklılıklar, bu sürecin artık gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru yönelmesi, daha bölgesel seyahat hareketlerinin öne çıkması ve hastalar için küresel bir pazarın oluşmasının etkisiyle belirgin hale gelmektedir. OECD'nin 2021 raporuna göre, 21. yüzyıl sağlık turizminin temel özellikleri aşağıdaki gibi özetlenmektedir (OECD, 2021):

- Tedavi amacıyla seyahat eden bireylerin sayısında belirgin bir artış gözlenmektedir.
- Gelişmiş ülkelere gelen hastaların, daha az gelişmiş ülkelere yönelerek sağlık hizmetlerine erişimde kayma eğilimi göstermektedir.,
- Düşük maliyetli tedavilerin, ucuz uçuşlar ve internet gibi bilgi kaynaklarıyla desteklenmesiyle gerçekleşmektedir.
- Altyapı gelişimi, uygun maliyetli ve erişilebilir seyahat imkanları ile kolayca erişilebilen internet tabanlı bilgiler gibi yeni fırsatlar sunmaktadır.
- Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sağlık turizminin potansiyel olarak kârlı bir dış gelir kaynağı olarak algılanması sebebiyle, özel sektör ile ulusal hükümetler arasında teşvik edici bir eğilim gözlenmektedir (Yılmaz, 2023).

Son yıllarda yaşanan ekonomik, sosyal ve siyasi değişimler, sağlık politikalarının evriminde ulusal ve uluslararası rollerin daha belirgin hale gelmesine sebep olmuştur. Bu bağlamda, bireyler, mallar, sermaye ve fikirler gibi unsurların ulusal sınırları aşan hareketi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve düzenlenmesinde yeni olanaklar ve zorluklar yaratmıştır. Sağlık turizminin gelişimini destekleyen bazı faktörler şunlardır:

- Uluslararası düzenlemeler, örneğin Hizmet Ticareti Genel Anlaşması ve diğer Dünya Ticaret Örgütü anlaşmaları gibi yapılar.

- Sınır ötesi hastalık desenlerinin daha iyi tanınması ve anlaşılması.
- Artan hasta hareketliliği, özellikle düşük maliyetli havayolu seçenekleri, iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler ve kültürel tutumlardaki değişikliklerle teşvik edilmesi.
- Endüstri gelişmelerinin, sağlık turizminin büyümesini desteklemesidir (OECD 2021).

Günümüz insanları, uygun koşullarda seyahat etmeyi ve farklı tatil deneyimleri yaşamayı arzulamaktadır. Uzun süreli beklemler, ciddi bütçe gereksinimi ve sağlık sigortası sorunları, birçok bireyi tedavi amaçlı farklı ülkelere yönlendirmektedir. Bu artan talep, sağlık turizminin gelişimine yol açmıştır. Sağlık turizmi, seyahat ve konaklama hizmetlerinin entegrasyonunu içeren, farklı tıbbi ve tıbbi olmayan tedavileri içeren bir hizmet turizmi kategorisini temsil etmektedir (Medsy: digital, 2023).

Sağlık turizmindeki talebin artışına yol açan çeşitli faktörler arasında:

- Gelişmiş tıbbi hizmetlerin yerel olarak yetersiz olması,
- Uzman sağlık profesyonellerinin eksikliği,
- Tedavi süreçlerinin veya rehabilitasyonun ardından tatil yapma arzusu,
- Yereldeki yüksek maliyetli sağlık hizmetleri,
- Üst düzey sağlık bakımına yönelik artan talep,
- Gizliliğin korunma gereksinimi,
- İklimsel ve coğrafi kısıtlamalara sahip destinasyonlarda sağlık turizmi,
- Termal tesisler ve turistik olanaklar bakımından zengin bölgelerde tatil amaçlı sağlık hizmeti talebi,
- Kronik rahatsızlıklara sahip, yaşlı veya engelli bireylerin yurtdışında tedavi arayışı,
- Uyuşturucu bağımlılığı olan bireylerin farklı bir ortamda iyileşme niyeti,
- Bireylerin yaşam kalitesini sürdürme arzusu gibi faktörler yer almaktadır (Eriş, 2020).

Ayrıca yurtdışında tıp eğitimi almak isteyen öğrenci sayısındaki artış, modern tıbbi teknolojinin gelişmesi ve sağlık sektöründe büyüme eğilimi, sağlık turizminin büyümesine katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşayan farklı milletlerden gelen bireylerin, kendi ülkelerine göre daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişebileceklerini fark etmeleri de sağlık turizminin artmasını tetiklemektedir (Şengül ve Çora 2020).

Bunların yanı sıra sağlık sigortalarının tüm masrafları karşılayamaması veya sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkeler için yüksek maliyetli bir hal alması da sağlık turizmini tetiklemektedir. Bu durum, farklı ülkelerin sağlık hizmetlerini rekabetçi bir pazar olarak görmelerine ve bu alanda gelişim sağlamalarına neden olmaktadır. Yüksek talebin sağlık sektöründe karşılanamaması, maliyetleri artırmıştır. 1980'lerde birçok ülke, sağlık sistemlerini yeniden yapılandırmış ve dönüşümler gerçekleştirmiştir (Şengül ve Çora 2020).

Yüksek sağlık hizmeti maliyetleri, gelir dağılımındaki eşitsizlikler, uzun bekleme süreleri ve sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamına girmemesi gibi faktörler, sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişimi kısıtlamıştır. Bu nedenle, sağlık sektöründeki talebi karşılamak amacıyla daha ekonomik sağlık hizmetleri sunabilen ve farklı taleplere cevap verebilen ülkelere yönelme eğilimi artmıştır (Temizkan ve Temizkan 2020).

Sağlık turizminde, sağlık hizmetleri ve diğer turistik faaliyetler bir araya gelmektedir. Bu bağlamda ulaşım, konaklama ve diğer turizm etkinlikleri ile sağlık merkezlerine erişim, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırması gibi pek çok faktör sağlık turizminin kapsamına dahildir. Sağlık turizmi, güçlü bir arz-talep dengesi ile şekillenen mikro iktisadi özelliklere sahiptir. Bu durum, sağlık turizmini bir pazar olarak konumlandırmaktadır. Ülkedeki sağlık turizmi alanına yapılan yatırımlar, üretim faaliyetleri ve arz-talep ilişkisi ile şekillenmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Sağlık turizminin makro iktisadi özelliklerine baktığımızda, bu alandaki alt sektörler ile ana sektörler arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu görmekteyiz. Restoranlar, konaklama gibi sektörler sağlık turizmini desteklemekte ve beslemektedir. Benzer şekilde, hizmet sektörünün çeşitli alanları da sağlık turizmini desteklemektedir. Sağlık turizmindeki yatırımlar, kamu ve özel sektör girişimleri ve güvencelerine bağlı olarak şekillenmektedir. Bu endüstri hem mikro düzeyde hem de makro düzeyde fırsatlar yaratarak turizm sektörünün en önde gelen gelir kaynaklarından biri haline gelmiştir (Uygun ve Ekiz 2018).

Sağlık turizmi kapsamında turistlerin talebi, T.C. Sağlık Bakanlığı (2021) tarafından beş kategori altında sınıflandırılmıştır:

- Sadece turist: Yalnızca turistik amaçlarla farklı bir ülkeye seyahat eden kişiler.
- Tatilde tedavi edilen turist: Turistik seyahatler esnasında meydana gelen sağlık sorunları veya kazalar sonucunda sağlık hizmeti talep eden ziyaretçiler.

- Tatil ve tedavi amacıyla seyahat eden turist: Sağlık hizmetlerini almak amacıyla gidilen yerde tatil yapmayı tercih eden ziyaretçiler. Tatil amaçlı hareketin yanı sıra bazı sağlık hizmetlerine de başvurabilirler.
- Tatil yapan hastalar: Tedavi amacıyla gerçekleştirilen seyahat sonrasında veya seyahatleri sırasında dinlenmek ve tatil yapmak isteyen ziyaretçileri ifade eder.
- Sadece hastalar: Sağlık hizmetleri almak veya tedavi olmak amacıyla belirli bir bölgeye seyahat eden ziyaretçiler (T.C. Sağlık Bakanlığı,2021).

2.1.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Bir ülkenin en önemli hizmet birimlerinden olan sağlık sistemi, ülkedeki yaşayan herkesi kapsayacak ve herkese en kaliteli hizmeti sunabilecek şekilde düzenlenmelidir. Türkiye’de sağlık hizmetleri sektöründe birden fazla kurumun farklı görevleri bulunsa da en üst düzenleyici kuruluş Sağlık Bakanlığı’dır.

Sağlık Bakanlığı öncelikli sorumluluk alanı; tüm bireylerin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içerisinde sürdürmesini sağlamaktır. Bu amaçla ülkesini kapsayan projeler hazırlamak, uygulamak ve uygulamak, toplum sağlığıyla ilgili gerekli tüm önlemleri almak, gerekli birimlerini, örgütlerini kurmak ve kurdurtmak görevleri arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Sağlık turizmiyle ilgili tüm aktivitelerin düzenlenmesi, izlenmesi ve gerektiğinde incelemelerin yapılması, ayrıca izinlerin verilmesi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 02 Kasım 2011 tarihli Resmî Gazete 'de yayımlanmasıyla, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yetki alanına, “Sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak” gibi görevler dahil edilmiştir. Bu çerçevede, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve ilerlemesini sağlamak amacıyla Medikal Turizm, Termal Turizm Spa-Wellness ve İleri Yaş ve Engelli Turizmi alanlarını içeren “Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı,2020).

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın sorumlulukları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıkları Görevlerine Dair Yönergenin 10.Maddesi kapsamında belirlenmiştir. Bu sorumluluklar arasında;

- Sağlık turizmi ve turist sağlığına yönelik hizmetlerin planlanması ve izinlerin verilmesi,
- Sağlık turizmi konularında diğer kurumlarla uyumun sağlanması,
- Yaşlı ve engelli turizmi ile kaplıcaların izlenmesi,
- Tedavi amaçlı gelenlerin kabul kriterlerinin belirlenmesi ve gelenlerin talep ve şikayetlerinin değerlendirilmesi,
- Sağlık turizmi kapsamında gelenlere yardım ve danışmanlık hizmetinin sağlanması,
- Sağlık serbest bölgelerinin denetlenmesi, ikili iş birliği anlaşmaları çerçevesinde gelen hastalara ilişkin işlerin planlanması ve Genel Müdürlük tarafından verilen diğer görevlerin yerine getirilmesi gibi görevler yer almaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021'a).

Sağlık turizmi değer zincirinin önemli halkalarından olan konaklama ve seyahat hizmetlerinde, Kültür ve Turizm Bakanlığı yetkilidir. Sağlık kuruluşları ile turizm tesislerinde görev alan personellerin eğitimleri konusu ise Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ve Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) görev alanındadır. Türkiye’de sağlık turizmi ile ilgili devlet destekleri ve teşvik unsurları belirleyen ve düzenleyen kurum ise Ticaret Bakanlığıdır (Tengilimoğlu, 2020).

Sağlık hizmet birimlerindeki ve hizmet kalitesindeki artış sonrası, yine Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında ‘Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik’ yayınlanarak, bakanlığa bağlı ve sağlık turizmi faaliyetleri gösteren hastanelerde konaklama hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi amacıyla hastane yönetimlerine Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü kadrolarının dahil edilmesi gibi adımlar atılmıştır. Bu dönemde Turizm Fakülteleri ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Sağlık Yönetimi bölümlerinde de “sağlık turizmi” dersi müfredatlara konulmaya başlanmıştır (Tengilimoğlu, 2020).

Türkiye, üç kıtanın kesişme noktasında yer alarak birçok ulaşım seçeneğine sahip önemli bir ülkedir. İklimi, fiyatları, güvenliği ve ulaşım kolaylıklarıyla nispeten avantajlı bir konumda bulunmaktadır. Aynı zamanda medikal turizm, spa ve wellness turizmi, yaşlı

turizmi ve spor turizmi açısından da son derece cazip bir destinasyondur (Sag ve Zengul, 2019).

Her yıl yaklaşık 500.000 medikal turist, sağlık hizmetleri almak amacıyla Türkiye'yi ziyaret etmektedir. Bu medikal turistlerin tercih ettiği hizmetler arasında özellikle estetik ameliyatlara ve saç ekimi öne çıkmaktadır. Bu turistler genellikle Suudi Arabistan, Kuveyt, Katar, Birleşik Arap Emirlikleri, Almanya, İngiltere, Hollanda, İtalya, İspanya ve Fransa gibi ülkelerden gelmektedirler (Sag ve Zengul, 2019).

Türkiye, son on yılda medikal turizmi teşvik etmek için gösterdiği çabalarla önemli bir medikal turizm destinasyonu haline gelmiştir. Bu çabalar sayesinde ülke, uluslararası arenada dikkate değer bir konuma yükselmiştir (Yılmaz ve Aktas, 2020).

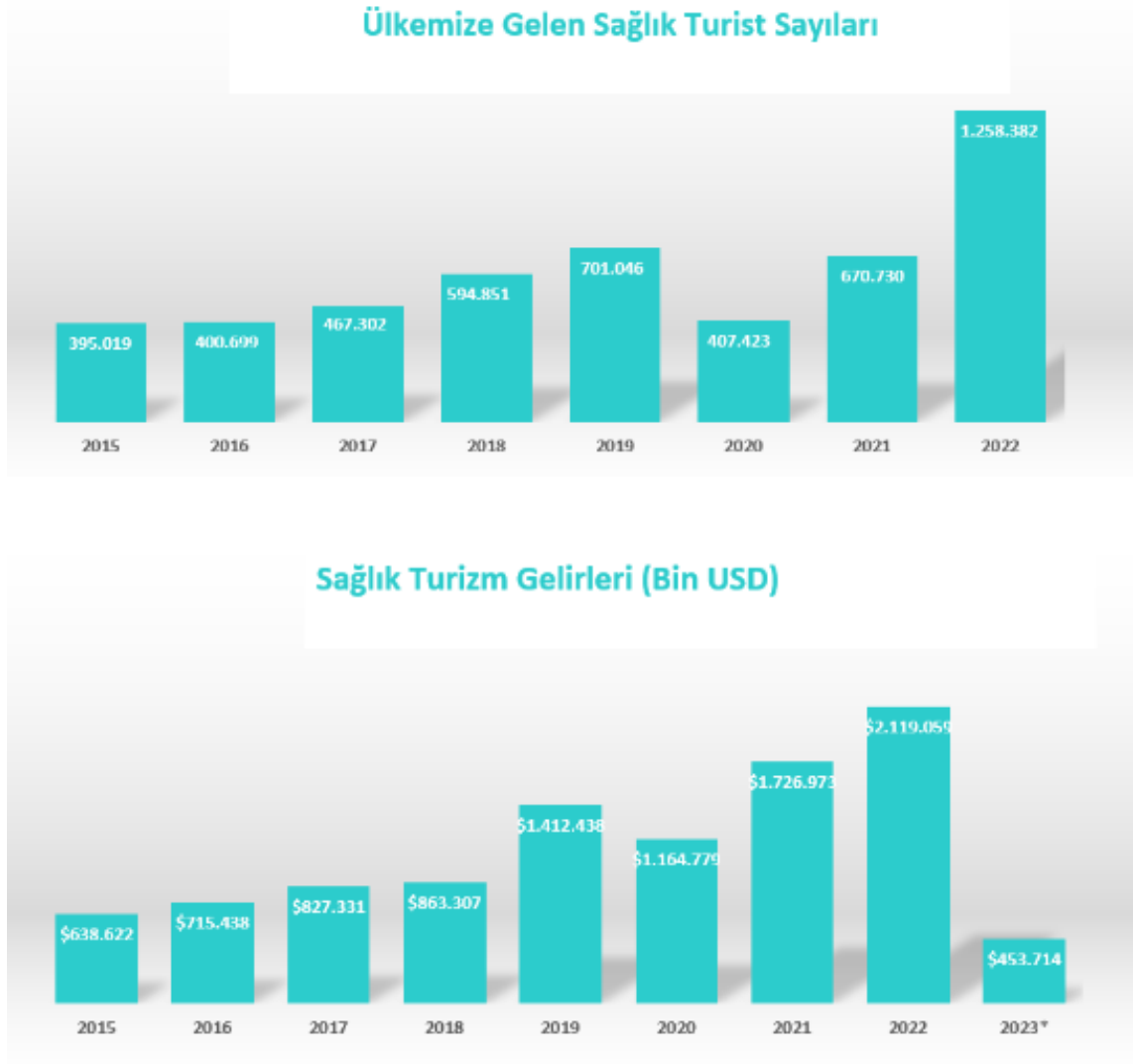
Türkiye'deki uluslararası bilinirliğe sahip yetkin hekimlerin varlığı; gelişmiş ülkelerdeki gibi güncel teknolojik altyapıya sahip olunması, hasta odaklı hizmet anlayışı, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan ve kurumların belirli standartta faaliyet göstermesini sağlayan "Sağlıkta Kalite Standartları" ve denetimleri sayesinde yükselen hizmet kalitesi, devletin döviz kazandırıcı sektörlerle verilen teşvikler yoluyla sağlık turizmi sektörünü desteklemesi sayılabilir (Cavmak ve Cavmak, 2020).

Türkiye, daha çok saç ekimi, göz, diş ve estetik alanlarında bilinir hale gelmiş, hayati öneme haiz komplike operasyonlardaki başarı oranları ve potansiyeline rağmen bu branşlardaki gücünü ve faaliyetlerini tanıtmakta gerekli başarıyı gösterememiştir (Sügür, 2016).

2020 yılında Joint Commission International (JCI) verilerine göre Türkiye, 34 akredite sağlık tesisi ile sağlık turizmi konusunda dikkat çekmektedir. Türkiye'nin sağlık tesisleri ve sağlık altyapısı, medikal turizm gelirlerinin en yüksek olduğu bölgeler olarak bilinen Tayland (62 akredite tesis), Singapur (8 akredite tesis) ve Hindistan (34 akredite tesis) gibi ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça elverişli bir konumdadır (JCI, 2020).

Gelişmiş ülkelerdeki bekleme süreleri sebebiyle isteğe bağlı ve hayat kalitesini artırıcı tedavilerde de sağlık turizmi açısından Türkiye'ye bir yöneliş göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'nin sadece medikal turizmde değil aynı zamanda termal sağlık turizmi, wellness, yaşlı ve engelli turizmi gibi alanlarda da büyüme fırsatlarına sahip olduğu görülmektedir. Özellikle avantajlı konumunun yanı sıra, bu alanlarda sağladığı potansiyel ve altyapıyla Türkiye, gelecekte bu tür turizm faaliyetlerinde önemli bir role sahip olabilir (Şengül ve Çora 2020).

Tüm bu hususlar göz önüne alındığında; Türkiye'nin bu alanda yapmış olduğu yatırımlar ve her geçen gün yenilenerek çoğalan devlet destekleri sayesinde dünyadaki pazar hacmi sürekli büyüyen bir ülke konumunda olduğu değerlendirilmektedir. 2015 ve 2022 Yılları arasında Ülkemize gelen sağlık turisti sayıları ve 2015 ila 2023 yılı ilk çeyreğinde elde edilen sağlık turizm gelirleri aşağıdaki grafikte yer almaktadır.



Kaynak: (TÜİK,2023).

Şekil 2. Ülkemize gelen sağlık turisti sayıları ve sağlık turizm gelirleri.

Türkiye'nin sağlık turizmi ve turistik sağlık hizmetleri alanındaki son dönemdeki istatistikleri Tablo 1'de verilmiştir:

Tablo 1. Yıllara göre sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi geliri.

Yıl	Sağlık Turisti Sayısı	Sağlık Turizmi Geliri (milyon ABD Doları)
2019	701.046	1.492.438
2020	407.423	1.164.779
2021	670.730	1.726.973
2022	1.258.382	2.119.059
2023	411.490	453.714

Kaynak: TÜİK, 2023 (Veriler yıllara göre sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi geliri olarak gösterilmiştir).

2019 yılında, 701.046 hasta sağlık hizmeti alarak bu dönemde sağlık turizmi geliri 1.492.438 milyon ABD doları olarak kaydedildi. 2020 yılında, küresel salgının etkisiyle sağlık turisti sayısında belirgin bir düşüş yaşandı ve 407.423 hasta sağlık hizmeti aldı. Bu dönemde sağlık turizmi geliri ise 1.164.779 milyon ABD dolarına geriledi. 2021 yılında, 670.730 kişi sağlık hizmeti aldı ve bu dönemde sağlık turizmi geliri 1.726.973 milyon ABD doları olarak kaydedilmiştir (TÜİK, 2023).

2022 yılında ise toplam 1.258.382 kişi sağlık hizmeti almak için Türkiye'yi tercih etti ve bu dönemde elde edilen gelir 2.119.059 milyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. 2023'ün ilk çeyreğinde ise 411.490 kişi ülkemizde sağlık hizmeti aldı ve bu dönemde sağlık turizmi geliri 453.714 milyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler, Türkiye'nin sağlık turizmi alanında yaşadığı gelişmeyi ve artan ilgiyi yansıtmaktadır (TÜİK, 2023).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'nin sağlık turizmi sektörü 2015 yılından itibaren düzenli bir büyüme performansı sergilemektedir. Bu büyüme, yabancı hastaların Türkiye'yi sağlık hizmeti almak için tercih etme eğiliminin arttığını ve ülkenin sağlık turizmi alanında önemli bir oyuncu haline geldiğini göstermektedir. Bu gelişim, Türkiye'nin sağlık altyapısının kalitesi, uzman sağlık personeli ve çeşitli tıbbi hizmetlerin sunumu gibi faktörlere dayanmaktadır (Tontuş, 2021).

Uluslararası hastaların en çok tercih ettiği klinik branşlar sırasıyla şunlardır:

Bu branşlar, Türkiye'nin sağlık turizmi alanında ne kadar çeşitli ve kapsamlı hizmetler sunduğunu göstermektedir.

- Jinekoloji ve Obstetrik

- Dahiliye
- Oftalmoloji
- Klinik biyokimya
- Genel cerrahi
- Diş Kliniği İşlemleri
- Kas iskelet sistemi cerrahisi
- Enfeksiyöz hastalıklar
- KBB

ABD, Türkiye, Tayland ve Hindistan'da seçili sağlık hizmetlerinin fiyatlarını kıyaslandığında, Türkiye'deki sağlık hizmetleri fiyatlarının Avrupa ülkelerine ve diğer bazı ülkelere göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Özellikle kalp bypass, anjiyoplasti, diz protezi, kalça protezi gibi önemli tıbbi müdahalelerde Türkiye'nin sunduğu fiyatların diğer ülkelere göre daha uygun olduğunu söylemek mümkündür (Statista,2019).

Bu durum, Türkiye'nin sağlık turizmi alanında cazip bir seçenek olmasına katkı sağlayabilir. Türkiye'nin kaliteli sağlık hizmetlerini uygun maliyetlerle sunabilmesi, uluslararası hastaların tercihlerini etkileyen önemli bir faktör olabilir. Bu tür fiyat avantajları, Türkiye'nin sağlık turizmi sektörünün büyümesini ve uluslararası hastaların ülkeyi tercih etmesini destekleyebilir. Sağlık turizmi, Türkiye'nin ekonomik büyümesine ve sağlık sektörünün gelişimine olumlu katkılar sağlayabilir (Yılmaz ve Aktas, 2020).

Uluslararası rekabet gücünün sağlık turizmi sektöründe artırılması amacıyla, Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı'nın (2022) açıklamasına göre, çeşitli destek ve teşvikler sağlanmaktadır. Bu kapsamda, sağlık turizmi sektörü aktörlerine çeşitli alanlarda devlet tarafından destek sağlanmaktadır: tescil ve koruma, acente komisyon, yurt içi ve yurt dışı etkinliklere katılım, sağlık turizmi eğitimi, yabancı dil eğitimi, komplikasyon ve seyahat sağlığı, reklam ve pazarlama, istihdam, pazara giriş belgeleri, ürün yerleştirme gibi konulara yönelik genel destek programı sunulmaktadır (T.C. Ticaret Bakanlığı,2022).

Bu teşvikler ve destekler, yabancı hastaların ülkeyi tercih etmesini hedeflemekte olup, sağlık hizmet sağlayıcılarının sektöre girmelerinde devletin rehberliği önem taşımaktadır. Ayrıca, bu teşvikler sayesinde sağlık hizmeti sunan kuruluşların uluslararası platformlarda faaliyet göstermeleri, tedavi yöntemleri, uygulamalar, transfer hizmetleri ve otelcilik gibi

alanlarda yer almaları, ülkenin tanıtımı ve imajı açısından büyük bir öneme sahiptir (T.C. Ticaret Bakanlığı,2022).

Ülkemizde, sağlık turizmi yetki belgesi başvurusunda bulunacak sağlık tesisleri ve aracı kuruluşlar, ilgili yönetmelikte belirtilen kriterleri yerine getirdikten sonra ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunmaktadır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2021c) verilerine göre, Türkiye'de sağlık turizmi yetki belgesi kriterlerine sahip ve Sağlık Bakanlığı'ndan bu belgeyi almaya hak kazanan toplamda 1204 sağlık tesisi ve 211 aracı kuruluş bulunmaktadır (Akoğlan Kozak, 2019).

2.2.Termal Turizm

Termal turizm, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için birçok hastalığın tedavisine yardımcı olan, stres ve bedensel yorgunlukların ortadan kaldırılmasını sağlayan sağlık turizminin en önemli bileşenlerinden birisidir (Duman, 2019).

2.2.1.Termal Turizm Kavramı

Termal turizm, turistlerin özel sağlık tedavileri almak ve zihinsel, fiziksel ve ruhsal iyiliklerini artırmak amacıyla seyahat etmeyi hedefleyen bir alternatif turizm türüdür. Termal seyahatler, ödüllendirici güzellik, hoşgörü ve yenilenme unsurlarını içerebilir. Bazı araştırmacılara göre, termal turizm; tıp, sağlık ve spa turizminin bir devamını içerir. Sağlıklı yaşam merkezlerinin sunduğu hizmetler aracılığıyla turistler, sağlıklarını koruma veya geliştirme amacı güderler. Bu bağlamda termal turizm, tedavi edici tıbbi tekniklerden yararlanarak iyileşme ve rahatlama üzerine odaklanır (Pessot ve diğerleri, 2021).

Sağlık turizminin bir bölümü olarak değerlendirilen termal turizm, dünyadaki en eski turizm türlerinden biridir ve zaman içinde önemli değişimlere uğramıştır. Suyu yalnızca tedavi edici bileşenle ilişkilendiren geleneksel sağlık turizmi, zaman içinde gelişmiş ve bu kavramın kapsamı artık hasta insanlara tedavi veya terapi sağlamak için doğal kaynakların kullanımıyla sınırlandırılmayacak kadar genişlemiştir (Brandão ve diğerleri, 2021).

Günümüzde termal turizm, turistlerin sağlığına kavuşturulmasını veya iyileştirmesini sağlayan, olası sağlık risklerini önleyen, rutin stresler ve baskılar neticesinde modern hayatın

neden olduğu psikolojik ve fizyolojik dengesizlikleri azaltan, zihinsel, fiziksel ve sportif faaliyetlere dayalı olarak giderek önleyici ve iyileştirici bir karaktere bürünmüş, faaliyet alanı çevre sorunlarından estetiğe, yaşam kalitesinden hastalıkları önleme ve terapiye kadar uzanmıştır. Bunun sonucunda “sağlık tesisi” kavramı genişleyerek termal turizm kavramı ortaya çıkmıştır (Brandão ve diğeri, 2021).

İnsanların ve toplumların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için sağlıklarını gözetilen termal turizm; termal suların balneolojik kullanımı yoluyla fiziksel ve zihinsel iyileşmeye yardımcı olmaktadır fiziksel ve sinirsel yorgunluğun azalmasına neden olur ve sağlık turizminin önemli parçalarından biridir (Tuncer ve diğeri,2020).

Türkiye'deki “Termal Suların Turizm Alanında Kullanılmasına ve İşletilmesine İlişkin Yönetmelik”e göre, termal sular; yüzey sıcaklıkları 20°C'nin altında olmayan, yer altı tabakalarında biriken ısının etkisiyle ısınan, yüksek oranda mineral, tuz ve gaz içeren ve aynı zamanda şifa özellikleri taşıyan yer altından çıkarılan sular olarak tanımlanmaktadır. Termal turizm sektöründeki sağlıklı yaşam destinasyonlarının çekiciliğini göz ardı edilmeyerek, termal işletmelerde çalışan personelin özenle seçilmesi gerekmektedir (Silvestri ve diğeri, 2017).

İnsanlar rahatsızlıklarından kurtulmak ve daha sağlıklı bir yaşam için termal turizm faaliyetlerine katılım sağlamaktadır (Çetin, 2011; İlban ve diğeri, 2008). Günümüzde termal turizm, sağlık turizminin çeşitleri arasında en önemlisi olmaya devam etmektedir. Termal turizm, genellikle tıbbi tedavilerle birlikte veya tıbbi tedavilerin alternatifi olarak kullanılmaktadır. Termal turizm, sağlık turizmi kapsamında oldukça yüksek ekonomik gelir kaynağı durumundadır (Karademir ve diğeri, 2019).

Kaplıca turizmi amaçlarına göre farklılık göstermektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde genel olarak bu turizm türüyle ilgili olarak iki farklı sınıflandırma yapıldığı görülmektedir. Bunlar hem yurt içinde hem de yurt dışındaki küristlerin, termomineral ve doğal şifalı sulardan dinlenme amaçlı olarak uyguladıkları tedaviler ile gerek yurt içindeki gerekse yurt dışındaki küristlerin kendi ülkelerindeki doktorlar tarafından tanısı ve endikasyonu konulan hastalıklar için uyguladıkları tedavileri içeren turizm faaliyetidir (Çelik, 2009).

Her geçen gün gelişen ve değişen teknoloji ile değişen çevre koşulları insan hayatını da olumsuz yönde değiştirmektedir. Sanayileşme ve kentleşme sonucu hava, su ve toprakta bazı kirlenmeler meydana gelmiştir. Bu kirlenmeler, insanların yaşam standartlarını olumsuz

etkileyerek insanlarda strese, beslenme bozukluklarına, bedensel yorgunluklara, romatizma ve sindirim hastalıklarına, solunum yetmezliğine, dolaşım yetersizliğine neden olmaktadır (Duman, 2019).

İnsanlar, sahip oldukları bu ruhsal ve fiziksel hastalıklara çare bulmak ve bunun yanında hem zihinsel hem de bedensel dinlenme gibi nedenlerden dolayı, termal turizm faaliyetlerine katılmak için termal suların bulunduğu destinasyonlara gitmektedir (Duman, 2019). İnsanlar, gelir seviyelerinin ve boş zamanlarının artması ile farklı yerlerde tatil yapmayı tercih etmektedir. Böylece çeşitli turistik mekânlar görülmektedir. Alternatif turizm çeşitlerinden olan termal turizm turistlerin tercihlerinde ön planda yer almaktadır. (Türkiye Turizm Stratejisi 2023, 2007).

2.2.2. Termal Turizmin Tarihsel Gelişimi

Yapılan Araştırmalar sonucu elde edinilen belgelere göre termal sular bronz çağından beri 5000 yıldır Mısırlılar, Persler, Makedonlar, Romalılar, Türkler ve Vikingler tarafından kullanılmıştır. Bu topluluklar termal suları; dinlenme, zindeleşme, temizlenme ve tedavi olmak için yaşamlarının bir parçası yapmışlardır. Anadolu'da geçmiş yüzyıllara kadar uzanan kaplıca turizmi Selçuklularda ve Osmanlılarda da benzer amaçlar ile kullanılmıştır (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2017).

Aztekler ve Kızıldereliler sıcak su kaynaklarının dini açıdan kutsal olduğuna ve tedavi edici etkisinin olduğuna inanmışlar, Persler, Romalılar, İngilizler ve Türkler de termal suları dinsel ayinlerde ve tedavilerde kullanmışlardır (Özbek ve Özbek, 2015, Çontu, 2006). Termal kaynaklarla ilgili en eski bilimsel kaynakların antik Yunan tarihçi ve yazar Herodot (M.Ö. 485-415) ve Hipokrat'ta (M.Ö. 460-375) ait olduğu görülmüştür.

Hipokrat sarılık, romatizma gibi hastalıkların tedavisinin hidroterapi olduğuna 'De Natura Hominis' kitabında değinirken, Herodot ise Termopil Geçidi çevresinde bulunan şifalı su kaynaklarını dokuz ciltlik eserinde termal suların tedavilerdeki ana kriterlerinden bahsetmiştir (Çakan, 2016). Suyun tedavi edici özelliğinin bulunması tamamen tesadüflerle ortaya çıkmıştır ve termal suların üzerinde ilk tesisler Romalılar tarafından yapılmıştır (Karakuş, 2012).

Romalılar, termal maden suyunu gut, el-ayak hastalığı, siyatik, ateş, psoriasis ve yaraların tedavisi için kullandılar. Banyo, önce "aquae" ve daha sonra "thermae" adı verilen

ve binlerce insan kapasiteli devasa yapılara dönüşen hamamlarda yapıldı. Roma İmparatorluğu'nun her yerinde termal banyo merkezleri geliştirildi. Yıllar içinde Roma banyo kültürü yavaş yavaş değişti ve hamamlar tıbbi tedavilerden ziyade dinlenme ve eğlenme yerleri olarak kullanılmaya başlandı (Smith ve Puczko, 2009).

Romalıların inşa ettiği hamamların izlerinin görüldüğü Bizans dönemi hamamları günümüze kadar uzanmış ve halen de kullanılmaya devam edilmektedir. Anadolu Selçukluları, Anadolu topraklarındaki Romalılar ve Bizans dönemlerine ait yıkılmış kaplıcaları yenilemiştir. Böylece insanlar termal suları tekrar kullanmışlar ve şifa bulmuşlardır. Anadolu Selçukluları döneminde yapılan eserler (su tahliye sistemlerini içeren hamamlar, kurnalar, çeşmeler) sayesinde Türk hamamı dünyaca ün kazanmıştır (Özgen, 2011).

Bugün kullanılan şekliyle termal su kullanım çalışmalarının tesisleşmesi ise 14. yüzyıl Avrupa'sında Rönesans'a beraber şekillenmeye başlamıştır. Avrupa kıtasının 16. Yüzyıldaki zengin kişilerinin, Roma hamamlarını buluşu ile Avrupa'da sağlık turizmi başlamıştır. Bu hamamlar çevresinde Bath, St. Moritz and Villed'Eaux, Baden gibi kurulan kaplıca merkezleri ile sağlık turizmi faaliyetleri ortaya çıkmış ve zamanla artarak devam etmiştir (Aydın ve Aydın, 2015).

Kraliyetin verdiği destek ile İngiltere'deki Bath kaplıcaları ününe ün katmıştır. Bunlar sonucunda 18. yüzyılda İngiltere'de kaplıca kasabalarının ve sanatoryumların sayısında bir artış görülmüştür. Bu dönemde, mineralli kaynak sularının birçok hastalığa şifa sağlayabileceği düşüncesi yaygınlaşmıştır. Termal sular, sadece turizm alanında değil, aynı zamanda tıp biliminde de önemli bir rol oynamış, hastalıkların tedavisinde kullanılmış ve hala kullanılmaya devam etmektedir (Uslu, 2020).

Termal kürlerin, kas-iskelet sistemi hastalıklarının tedavisinde yüzyıllardır kullanıldığı bilinmektedir (Mutlu ve Türkmen, 2020). Hatta uygun koşullar altında ve hekimlerin önerisiyle uygulanan balneoterapinin fizik tedavi ve rehabilitasyonun etkinliğini artırabileceği (Özdoğan ve diğerleri, 2010; Dilekçi ve Özkuk, 2020) ve diğer birçok hastalığın tedavisine yardımcı olabileceği belirtilmektedir.

Osmanlı Dönemi'nde ilk bilinen hamamı Orhan Bey, 1336 yılında Bursa'da yaptırmıştır (Çetinkaya, 2010). Tüm halkın kullanabileceği ilk hamam ise, 1584 yılında padişah Murat'ın annesi Nurbanu Sultan için Mimar Sinan'a yaptırdığı hamamdır. Sonraki dönemlerde hamamların ünü ve sayısı artmıştır (Bozok, 2005). Aslında hamam geleneğinin çok eskilere,

Türklerin Anadolu'ya gelmesinden çok daha öncesine hatta İslamiyet'in öncesine kadar gittiği literatür incelendiğinde anlaşılmaktadır (Tokmak, 2015).

İslamiyet'in gelişiyile Hz. Muhammed'in hadisi olan 'temizlik imanın yarısıdır' buyurusuyla su, dini bir zorunluluk haline gelmiştir (Tokmak, 2015). Türk kültüründe ilk kez ünlü hekim İbn-i Sina, "Kanun" adını taşıyan eserinde kaplıcalardan bahsederek önerilerde bulunmuştur. Bu takip edilerek, hekim İbn-i Şerif'in "Yadigâr" adlı eserinde de kaplıcalardan bahsedildiği görülmüştür (Erer ve Erdemir, 2004).

Şifalı sular bilimsel araştırmalarla değer kazanarak bizzat Atatürk tarafından 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulan Balneoloji kürsüsü kurularak Yalova kaplıcaları örneklendirilerek kuruluş olma emri verilmiştir. Bu emir ile birlikte şifalı su kaynaklarının büyük bir kısmı çözümlenmeleri yapılarak insanlara takdim edilmiştir. Böylelikle de Yalova kaplıcaları Balneoterapi konusunda örnek niteliği elde etmiştir (Cihangir, 2016).

Tablo 2. Termal kaynakların Dünya’da kullanım tarihçesi.

Zaman Dilimi	Yer	Açıklama
M.Ö. 3000-1700	Indus Vadisi(Pakistan)	Indus vadisinde hüküm süren devletler aracılığı ile termal keşfedilen termal su kaynakları, günümüzde hala kullanılmaktadır.
M.Ö. 1680-1193	Anadolu (Türkiye)	Hitit uygarlığı aracılığı ile termal su kaynakları dinleme ve tedavi amaçlı kullanılmıştır.
M.Ö.1430	Lipari(Sicilia)	Kanalar ve taşlar yardımı ile başka yere sevk edilen su kaynakları göletlere itilerek terapistlik termal banyolar oluşturulmuştur.
M.Ö. 1050-771	Huaqing (Çin)	Farklı imparatorluklar tarafından termal spa sahası amacı ile faaliyet göstermiş.
M.Ö. 1000	Meso(Amerika),Batı Avrupa	Bu zaman diliminde Meso bölgesinde termal su kaynaklarını farklı sebeplerle faydalanırken, Batı Avrupa’da ise dini ibadetler için faydalanmışlardır.
M.Ö. 8. yy.	İtalya	İtalya’nın güneybatısında bulunan Pompeii şehrinde kurulan devletler sıcak su kaynaklarını ısınma ve vücut temizliği için faydalanmışlardır.
M.Ö.7-8. yy.	Yunanistan	Loutraki ismi ile nitelendirilen alanlardaki sıcak suları Yunanlılar spor karşılaşmalarına yönlendirme niyeti olarak kullanmışlardır.
M.Ö. 3. yy.	Bath(England)	Bath kralı Lear’ın babasını tedavi etmek amacı ile kullanmıştır.
M.Ö. 3. yy.	Hindistan	Yunanistan sefiri Megasthenes, Hindistan’ın şifalı su kaynaklarının tedavi edici özeliğinden bahsetmiştir.
M.Ö. 2. yy.	Türkiye	Denizli’de bulunan Hierapolis antik kenti, Bergama kralı Emenes, aracılığı ile bu tarihte kurulmuştur.
M.Ö.1.yy- M.S.14. yy.	Roma İmparatorluğu daha sonra Bizans İmparatorluğu	Savaş sonrası Roma askerleri termal su kaynaklarını termal banyo yapmak için kullanmışlardır.
M.Ö.100	Ürdün	Ürdün vadisinde bulunan kaynakların cüzam ve diğer başka hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır.
M.Ö.100	Palmyra(Suriye)	Efca’da bulunan sülfür kaynakları günümüzde de halen sağlık amaçlı kullanılmaktadır.
M.S. 43-70	Bath (England)	Bath ’de Aqua sulis adında termal tesis kurmuşlardır.
M.S. 1137-1281	Cieplice(Polonya)	Polonya’nın ilk termal tatil köyü olma özeliğine sahiptir.
M.S. 1349-1350	Çek Cumhuriyeti	Üstü açık olamayan termal alan özeliği taşıyan Karlsbad bulunmuştur.
M.S. 1359-1389	Türkiye	Osmanlı padişahlarından birinci Murat zamanında Bursa’da yapılmıştır.
M.S.14-16.yy	Avrupa	Eski dönemlere ait termal su kaynakları üzerine inşa edilmiş yerleşim alanları SPA hizmetlerinin erken başlamasına sebebiyet vermiştir.
M.S. 15. yy.	Almanya	Zengin kesimler arasında iyileştirici gücü olan termal kaynaklara yıllık seyahatler başlamıştır.
M.S. 1522	Karlsbad (Çek Cumhuriyeti)	Üretim evlerinde kullanıma hazır hale gelen doğal minerali sular, sağlık ve tedavi amacıyla faydalanılmıştır.
M.S. 1541	Amerika	Avrupa mimari yapısının ilk termal sıcak su SPA’ları Kuzey Amerika’da inşa edilmiştir.
M.S. 1558-1603	Bath(İngiltere)	Elizabeth döneminde sıcak su kaynaklarının SPA olarak hayat bulması, bu sulara olan talebin yoğunlaşması için Bath’da ikamet eden zenginler için buraları ilgi çekici hale getirilmiştir.

Tablo 2. Termal kaynakların Dünya’da kullanım tarihçesi (Devamı).

Zaman Dilimi	Yer	Açıklama
M.S. 1697	Tayvan	El yazmalarında termal kaynaklara değinilmiştir, yalnız termal sular 1893’e kadar tam anlamıyla hizmet vermemiştir.
M.S. 17-18. yy.	Çin ve Japonya	1709 yılında Japonya kendi dilinde tıbbi su kaynakları ile ilgili çalışmalar yayınlamıştır.
M.S. 1737	Belçika	Belçika’da, “SPA’nın Mineral Suyunun Faydalarının Gösterimi” adlı çalışma yayınlanmıştır.
M.S. 1790	Amerika	Saratoga’daki sıcak su kaynakları bölgelerinde SPA tedavileri ve konaklama imkanları sunan işletmeler faaliyete geçmeye başlamıştır.
M.S. 19. yy.	Avusturya	Viyana’nın yakınındaki Baden, kendi özgün spa politikalarını oluşturmuş ve SPA kasabası olarak tekrar geliştirilmiştir.
M.S. 1891	Bulgaristan	Sıcak su kaynaklarının korunması ile ilgili ilk defa kanun çıkarılmıştır.
M.S. 1892	Portekiz	Portekiz sularını içeren ilk resmi düzenleme yayımlanmıştır.
M.S. 1829	Bulgaristan	Bulgaristan Balneoloji Topluluğu kurulmuş ve değişik bilim alanlarındaki uzmanlar bir araya getirilmiştir.
M.S. 1979	Macaristan	Budapeşte’de, Lucas bölgesinde, gündüz hastanesi ve termal banyo işletmesinin bir arada bulunduğu bir tesis kurulmuştur.
M.S. 1982	Huaqing (Çin)	Yıkılmaya yüz tutan sıcak su havuzları tekrardan inşa edilip, onarılmıştır.
M.S. 2005	İzlanda	Blue Lagoon’da, sedef hastalığının tedavisi için jeotermal deniz suyunun kullanıldığı bir klinik açılmıştır.

Kaynak: Özcan, 2018.

2.2.3. Termal Turizm İşletmelerinin Özellikleri

Termal turizm alanında hizmet veren şirketlerin, tıp bilimini takip ederek termal uygulamalar konusundaki gelişmeleri içermelerinin yanında, turizmin gerektirdiği, bir turistin turizm işletmesinden genel beklentisi olan konaklama ve rekreasyon ihtiyaçlarını karşılama amacı da taşıyan kuruluşlardır. Termal turizm işletmelerinde konaklama hizmetinin sunulmasının yanı sıra tedavi amaçlı kürlerin uygulanması, bu işletmeleri diğer konaklama işletmelerinden ayıran büyük özellik olarak ön plana çıkmaktadır (Özçelik ve diğerleri, 2021).

Alandaki işletmeler, temel olarak “madensel ve mineral su pınarlarının kenarlarında kurulan, misafirlerine konaklama, yeme-içme ve eğlence gibi hizmetlerle beraber sağlığı koruma ve tedavi amacıyla kür merkezi hizmetleri sunan işletmelerdir”. Termal turizm işletmeleri bünyesinde güzellik ve spa merkezlerini de bulundurmaktadırlar. İşletmelere gelen turistlerin hem boş zamanlarını değerlendirmeleri hem de sağlık için daha fazla hizmet alabilmeleri için jakuzili banyolar, saunalar, havuzlar, Türk hamamları gibi üniteleri bünyesinde barındırmaktadır (Cihangir, 2016).

Ayrıca turistlerin hem bakımlarını yapabilmeleri hem de güzelliklerini koruyabilmeleri için masaj ve cilt bakım üniteleri, zayıflama programları, bitki ve süt banyoları gibi birimler de bulunmaktadır (Usta ve Zaman, 2015). Fiziksel ve zihinsel esenlik, termal turizm için çok önemlidir. Termal turizmin çoğu, çeşitli rahatlama biçimlerini içermektedir (Connell, 2013).

Fiziksel iyi oluşa ek olarak yeni manevi rahatlama biçimleri bunlara örnek olarak göstermek mümkündür. Ancak, bazıları için maneviyat sağlığın ve esenliğin merkezinde olsa da termal turizm daha çok fiziksel konulara odaklanır. Burada psikolojik manevi unsurlar tamamen yok olmasa da termal tesisler, daha çok biyofiziksel süreçlere vurgu yapmaktadır (Connell, 2013).

Termal otel: Yılın 12 ayı boyunca kesintisiz hizmet sunabilen, genellikle 2 ila 3 hafta süren misafirlerin şifa bulma veya sağlık sorunlarına çözüm arama amaçlarıyla geldiği, şifalı suları bünyesinde barındıran ve konaklama, yemek, spor, dinlenme, eğlence, rekreasyon gibi hizmetlerin yanı sıra termal havuzlar, banyolar, su terapileri, çamur terapileri ve fiziksel tedavi gibi özel hizmetleri uzman personeli ile sunan işletmelerdir (Çakıcı ve diğerleri, 2002).

Kür Merkezi: Termal suların içerisinde barındırdığı bazı özel mineraller sayesinde uzman doktor ve personel yardımıyla gerekli tıbbi cihazların kullanılarak kür uygulamaların yapıldığı yerdir (Gündüz ve Güler, 2015).

Kür Parkı (Rekreasyon Parkı): Termal tesislere giden turistlerin tedavileri ve kalmaları süresinde daha eğlenceli vakit geçirmesini sağlayan tesislerdir. Bu doğrultuda tesislerde açık-kapalı havuzlar, çeşitli spor alanları, yürüyüş parkurları, oyun yerleri, çay bahçeleri, parklar, eğlence ve alışveriş merkezleri gibi rekreatif ağırlıklı uygulama alanları bulunmaktadır (Özbek, 2015).

SPA: Kelime olarak "Sudan Gelen Sağlık" (Salus Per Aquam) anlamına gelmektedir. Romalılar döneminden günümüze kadar insanlara uygulanan tüm su terapilerine Spa adı verilmektedir. Diğer bir ifadeyle su ile iyileşme, suyun kullanılmasıyla gelen şifa, sıcak veya soğuk suyun farklı biçimlerde püskürtme, akıtma, damlama ve duşluma da kullanılmasıyla ferahlama, rahatlama ve dinlenme hissi veren terapilerin tümüne denir (Yavuz, 2018). Spa hizmetleri yalnız su amaçlı terapileri kapsamamakta, bunun yanında sağlıklı diyet yapma ve sağlıklı beslenme programlarını da içermektedir (Langviniene ve Sekliuckine, 2006).

Bir Spa&wellness destinasyonun doğayla iç içe sakin bir yerde ve gürültülü, rahatsız edici yerlerden uzak olması gerekmektedir. Bundan dolayı bu tür destinasyonlar için en ideal yerler ormanlar, göl kenarları, sahil bölgeleri, yaylalar ve dağlar olmaktadır (Ergüven, 2013).

Termal turizmin temel özellikleri şu şekilde sıralanmıştır (Cihangir, 2016):

- Termal tesisler genellikle sağlık sorunları yaşayan, özellikle ileri yaş gruplarına hizmet sunar. Aynı zamanda özel önlemler veya iş birlikleri ile geniş katılım sağlanabilir.
- Termal turizm, sadece sağlık kavramını değil, aynı zamanda genel turizm kavramını da içeren özel bir yapıya sahiptir.
- Termal tesislerde çeşitli sağlık hizmetleri sunulurken, aynı zamanda turistlerin dinlenme, eğlence, rekreasyon ve turistik aktivitelerden yararlanmaları da amaçlanır.
- Sağlık ve turizm konseptlerinin bir arada bulunduğu termal turizm hem sağlık hem de turistik deneyimi bir araya getirir.
- Termal turizm, sadece yerel halka değil, aynı zamanda ulusal ve uluslararası turistlere de hizmet verme potansiyeline sahiptir.
- Termal turizm, sağlık ve wellness trendlerine uygun olarak fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyilik hali sağlamayı hedefler.
- Termal tesisler genellikle doğal kaynaklara dayalı tedavi yöntemleri ve uygulamalar sunar, bu da doğal şifalı unsurların önemli bir bileşeni olarak vurgulanır.

- Termal turizm, turistlerin sağlık sorunlarına yönelik çeşitli tedavi yöntemleri, spa hizmetleri ve termal su aktiviteleri ile bütünsel bir deneyim sunar (Cihangir, 2016).

2.2.4. Termal Turizm İşletmelerinin Önemi

Termal turizm işletmelerinin önemi, turizm sektöründe geniş bir yelpazede hizmet sunan ve özellikle sağlık, konaklama, yeme-içme ve rekreasyon alanlarında belirgin bir rol oynayan tesislerdir. Bu işletmelerin önemine dair bazı noktalar aşağıda sıralanmıştır (Gündüz ve Güler, 2015).:

Konaklama Hizmetleri: Termal turizm işletmeleri, turistlere konaklama imkânı sunarak, turistlerin tedavi süreçlerini veya dinlenme amaçlı seyahatlerini uzun süreli olarak gerçekleştirebilmelerine olanak sağlar. Bu nedenle konaklama hizmetleri termal turizm işletmeleri için kritik bir rol oynar (Navarrete ve Shaw, 2021).

Uzun Süreli Konaklama: Termal turizm işletmelerine gelen turistlerin genellikle sağlık tedavileri veya iyileşme süreçleri için daha uzun süreli konakladıkları gözlemlenir. Bu durum, termal turizm işletmelerinin diğer turizm tesislerine kıyasla turistleri daha uzun süre boyunca ağırlama fırsatına sahip olduğunu gösterir (Baytok ve Soybalı, 2018).

Restoran ve Yiyecek-İçecek Hizmetleri: Termal turizm işletmelerindeki yiyecek-içecek hizmetleri, özellikle tedaviye yönelik diyetlerin ve sağlıklı beslenmenin desteklenmesi açısından önemlidir. Bu tür işletmeler, misafirlerin özel ihtiyaçlarına yönelik olarak özel menüler sunabilirler (Karabacak, 2019).

Sağlık Hizmetleri: Termal turizm işletmelerinde sağlık ve spa hizmetleri, turistlerin fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliklerini geliştirmelerine yardımcı olur. Termal suların ve doğal unsurların sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğundan, bu tür işletmelerde sunulan hizmetler sağlık açısından büyük önem taşır (Tengilimoğlu, 2013).

Rekreasyon ve Eğlence: Termal turizm işletmeleri, sadece sağlık hizmetleri değil, aynı zamanda rekreasyon ve eğlence olanakları da sunar. Bu sayede misafirler hem sağlık tedavilerinden faydalanabilir hem de keyifli vakit geçirebilirler (Kılıçarslan, 2019).

Bölgesel Kalkınma ve Ekonomik Katkı: Termal turizm işletmeleri, buldukları bölgenin kalkınmasına ve ekonomisine olumlu katkı sağlar. Turistlerin bölgeye getirdiği gelir, yerel ekonominin büyümesine yardımcı olabilir (Gülen ve Demirci, 2012).

Turist Çeşitliliği: Termal turizm işletmeleri, sadece yaşlı veya hastalıklı turistlere değil, aynı zamanda genel turist kitlesine de hizmet verebilir. Bu sayede turist çeşitliliği sağlanarak işletmelerin sürdürülebilirliği artırılabilir (Voigt ve Laing, 2013).

Sağlık ve Wellness Trendine Uyum: Son yıllarda sağlık ve wellness trendleri önem kazanmıştır. Termal turizm işletmeleri, bu trendlere uygun olarak turistlere sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri için fırsat sunar (Pessot ve diğerleri, 2021).

Turizmde Rekabet Üstünlüğü: Termal turizm işletmeleri, benzersiz sağlık kaynakları ve tedavi yöntemleri sunarak turizm sektöründe rekabet üstünlüğü elde edebilir. Bu nedenlerle, termal turizm işletmeleri hem sağlık hem de turizm alanında büyük bir öneme sahiptir ve turizm sektörüne çeşitli katkılarda bulunurlar (Ersoy ve Ersoy, 2011).

2.2.5. Dünya’da Termal Turizm

Termal turizm, endüstri içinde yeni bir odak noktasını temsil etse de turizm daima ileri düzeyde sağlık ve refahla ilişkilendirilmiştir. Termal turizmin özellikle büyük fiziksel dönüşümlerden çok daha geniş anlamda eğlence, huzur ve gevşeme ile ilişkilendiği bilinmektedir. Gerçekten de daha iyi sağlık için seyahat etmek, turizm tarihindeki en dayanıklı niştir. Sektör hem turist hem de hasta olabilen artan sayıda insanın ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Cook, 2008).

Çoğu Asya’da olmak üzere giderek artan sayıda destinasyondan yararlanılmaktadır. 1990’lı yılların ortalarından itibaren küreselleşme ve rekabet ortamı nedeniyle alternatif bir turizm türü haline gelen termal turizmde, Hindistan, Küba, Kosta Rika, Tayland, Singapur, Kolombiya ve Malezya gibi ülkeler daha fazla tercih edilmektedir. Bu nedenle termal turizmin turizminin ana bölgesi günümüzde Asya olmuştur (Kılıçarslan, 2019).

Hindistan, termal turizmin en çok ziyaret edilen destinasyonları arasında yer almaktadır. Hindistan’daki termal turizmin yıllık büyüme oranı 2015 yılına kadar %30’dur. Buna karşın, Hindistan’da sorun olarak altyapı öne çıkmıştır. Hindistan’ın 12. Beş Yıllık Planı, termal turizme odaklanmıştır. Hindistan’ın küresel bir sağlık destinasyonu haline geldiği bilinmektedir (Khan ve diğerleri, 2020).

Termal turizm, ünlü termal doğal kaynaklarını kullanan özel tesislerde turizm hizmetlerinin sunulduğu özel bir turizm türüdür. Termal turizme öncü ülkelerden birisi Almanya’dır. Avrupa’da dünyanın her yerinden milyonlarca hasta tarafından ziyaret edilen

Almanya'da bu sektör yaklaşık 750.000 kişiyi istihdam etmekte ve yıllık yaklaşık 45 milyar Euro ciroya sahip olmaktadır. Yunanistan'da ise termal turizm ülkenin kültürel mirasının önemli bir parçasıdır (Stavroula ve Vasiliki, 2020).

Termal turizm açısından Avrupa'nın önde gelen ülkeleri Almanya, Fransa, İsviçre, İtalya, Yunanistan, Rusya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'dir. Das Leuze'nin Stuttgart'taki kaplıcalarını ve dinlenme tesislerini yaz aylarında her gün sekiz bin kişi ziyaret etmektedir. ABD'nin Arkansas eyaletinde ise 55 bin kişinin kullandığı termal tesisler mevcuttur. Hawaii'de termal turizm uygulamalarının ağırlıklı olarak yıl boyunca yaygınlaştırılması için yeni merkezler kurulmuştur (Gençay, 2007).

2.2.6. Türkiye'de Termal Turizm

Türkiye, Alp-Himalaya orojenik kuşağının etki alanında konumlanmış olup bu konum, ülkemizin yüzey sularının derinlere nüfuz ederek ısındığı, değerli mineralleri emdiği ve ardından basınç altında yüzeye çıkarak termal suları oluşturduğu anlamına gelmektedir. Türkiye, bu doğal kaynakları bakımından dünya genelinde ilk yedi ülke arasında yer almaktadır (Tavşan, 2012).

Ülkemizin termal suları, özellikle Uluslararası Kaplıcalar Birliği (FITEC) tarafından belirlenen sıcaklık seviyeleri, akış miktarları ve fiziksel-kimyasal özellikler bakımından Avrupa'daki termal suların üstündedir. Türkiye'de debileri 2-500 lt/sn arasında değişen 1500 civarında termal kaynak mevcuttur. Böylesinde güçlü bir termal turizm potansiyeline sahip ülkemiz, termal amaçlı olarak az tercih edilmektedir (Tavşan, 2012).

Termal hizmet veren birçok işletme, daha yeni modern koşullara geçmiştir. 2006 yılında Türkiye'ye termal turizm için gelen sağlık turisti sayısı 10.000 civarında olmuştur. Termal kaynaklara sahip 46 ilde 200'e yakın medeniyete sahip olan Türkiye için bu rakamların tatmin edici olduğunu söylemek mümkün değildir (Temizkan ve diğerleri, 2015). Günümüzde ise bu veriler artış göstermekle beraber, koronavirüs sonrası belirli bir düzeyde sektöre uğramıştır (Kılıçarslan, 2019).

Türkiye'de termal turizm faaliyetleri geleneksel olarak kaplıcalarda yapılırken, günümüzde daha modern ve kaliteli tesislerde yürütülmektedir. Aslında jeotermal sular, termal sulara yatırım yapmak amacıyla jeotermal su potansiyeli düşük olan yerlere çok uzaklardan getirilmektedir. Deniz-güneş-kum üçlüsüne dayalı olarak gelişen Antalya ve

Muğla'nın gelişmiş turizm merkezlerinde artan termal turizm faaliyetleri bunun en önemli göstergesidir (Kılıçarslan, 2019).

Son yıllarda değişmeye başlayan turist profili, sektörü turistlerin talepleri doğrultusunda yatırım yapmaya yönlendirmektedir (Kervankıran ve Bağmacı, 2019) Türkiye’de uzun süredir yabancılara verilen sağlık hizmetleri; özellikle Alanya ve Marmaris gibi illere yerleştirilen konsolosluktan emekli olan yabancılara acil rutin tedaviler şeklinde verilmektedir (Kılıçarslan, 2019).

Konaklama tesislerinin modernizasyonu, hizmet kalitesinin (tıbbi, paramedikal, gastronomik) iyileştirilmesi ve uygun fiyatlı tıbbi hizmetlere yönelik artan uluslararası talep nedeniyle Türk kaplıcaları giderek uluslararası turistlere açılmaya başlamıştır. Kaplıcalar aynı zamanda hem sakinlerin hem de turistlerin sosyalleşmek için geldikleri yerler haline gelmiştir. Hamamlarda yiyecek ve içecek tüketilir, danslar oynanır, türküler söylenir, Türkçe şiirler okunur. Esasen hamamlar, akraba, komşu ve arkadaşların bir araya gelip eğlendiği sosyal mekanlardır (Dokumacı,2023).

Termal mekanlarda “Türk hamamı” olarak da bilinen karakteristik özelliklere sahip bir hamam kültürü gelişmiştir. Aslında özellikle Osmanlı dönemini kapsayan ve özellikle hamam kültürünü ele alan çok sayıda edebi kaynak bulunmaktadır. Bu kültürün gelişmesinde kaplıcaların büyük etkisi vardır. Geçmişte Türk kültüründe önemli bir yere sahip olan kaplıca gelenekleri, günümüzde daha az bir role sahip olsa da halen varlığını sürdürmektedir (Kervankıran ve Bağmacı, 2019).

Jeotermal suyun turizmde kullanılmasının önemi son zamanlarda artmıştır. Eskiden geleneksel yöntemlerle işletilen kaplıcalar, günümüzde daha modern turizm tesisleri tarafından işletilmektedir. Bu talepler sonucunda Anadolu'nun birçok yerinde geleneksel olarak işletilen kaplıcaların çevresinde modern termal turizm yatırımları artmaktadır. Ancak çok hızlı gelişen kontrolsüz ve plansız yatırımlar sonucunda bazı sorunlar yaşanmaktadır (Kervankıran ve Kaya, 2013).

Herhangi bir önlem alınmazsa, bunlar yakında çözülmesi daha zor olabilecek daha ciddi sorunlara dönüşebilir. Bu nedenle termal suların kullanımında sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması için akılcı, etkin ve verimli planlar yapılmalıdır. Termal turizm ile ilgili değişik kurumların bulunduğu görülmektedir. Bu tesislerde değişik uygulamaların yer aldığı bilinmektedir. Uluslararası beklentilerin karşılanması için termal işletmelerin sahip olması

gereken birtakım standartlar bulunmaktadır (Kervankıran ve Kaya, 2013). Termal tesislerin sahip olması gereken standartlar şunlardır (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2022):

- Uygun ve yeterli fiziki altyapı
- İyi korunmuş düzenli çevresel etkenler
- Termal suyun fiziksel ve kimyasal özelliklerinin açıkça belirtilmesi ve tanıtılması.
- Yeterli ve standartlara uygun ulaşım ve transfer imkanlarının sağlanması.
- Nitelikli uzman doktor, hemşire, fizyoterapist gibi sağlık profesyonellerinin bulundurulması.
- Eğitimli yardımcı sağlık personelinin hizmet vermesi.
- Güncel tıbbi teknolojinin kullanılması ve modern sağlık altyapısının oluşturulması.
- Etik prensiplere uygun sağlık hizmetlerinin sunulması ve hastaların veri gizliliğine saygı gösterilmesi.
- Hem ekonomik hem de fiziki açıdan erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulması ve çeşitlendirilmesi.
- Tesiste çamur banyolarının uygulanabiliyor olması
- İklim terapi, diyet terapi, inhalasyon terapi ve hidro terapi gibi farklı tedavi hizmetlerinin bulunması
- Tesiste farklı fiziksel aktivite ve spor imkanlarının sunulması
- Röntgen ve laboratuvar imkânlarına sahip olunması
- Kaliteli hizmet standartlarının belirtmiş olması
- Uluslararası standartlarda tedavi protokolünün olması
- Tesisin termal su havuzlarının olması
- Tesislerin sahip olduğu yıldızlara uygun konfor sunabiliyor olması
- Yurtdışı sağlık sigortalarının, ülkelerin beklentilerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2022).

Termal turizm işletmelerinin bu standartlara uygun şekilde hizmet verebilmeleri için çalışanların yeterli donanıma sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca çalışanların hem kendi

sağlıklarını hem de hizmet sundukları popülasyonun sağlıklarını koruyabilmeleri için de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması önemlidir.

Bolu'da Termal Turizm

Bolu, Türkiye'nin Batı Karadeniz Bölümü'nde yer alan özel bir il olarak termal turizm açısından büyük bir potansiyele sahiptir. Bu doğal güzelliklerle bezeli il, zengin termal kaynakları ve benzersiz coğrafi konumuyla termal turizmin önemli bir merkezi haline gelmiştir. Bolu'nun termal turizm potansiyeli, şifalı suların sunduğu rahatlama ve tedavi imkanlarıyla birleşerek, yerli ve yabancı turistler için cazip bir destinasyon olmasını sağlamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun 2023 yılı verilerine göre nüfusu 320.824 kişidir. İlin yüzde 75,42'si şehirlerde yaşamaktadır (2022 sonu). Toplam yüzölçümü 8.313 km²'dir ve km² başına düşen kişi sayısı ortalama 39'dur (Merkez ilçede ise 136'dır). Yıllık nüfus artış oranı ise yüzde 0,25 olarak kaydedilmiştir. Nüfus artış oranı en yüksek ilçe Gerede (%1,25) iken, en düşük oran Kıbrısçık ilçesinde görülmüştür. 06 Şubat 2023 TÜİK verilerine göre, merkez ilçe dahil olmak üzere toplam 9 ilçe, 12 belediye, bu belediyelerde 93 mahalle ve 487 köy bulunmaktadır.

Bolu İli, Türkiye'nin yüzölçümünün %1,015'ini kaplayarak 8.276 km²'lik bir alanı kapsar. İlin yaklaşık %18'i tarım alanlarından oluşurken, %59'luk bir oranla orman alanlarına sahiptir. Ayrıca çayır ve mera alanları %15'i oluştururken, kalan %8'lik alan tarım dışı kullanıma ayrılmıştır.

Bolu, Karadeniz iklimi ile karasal iklim arasındaki geçiş bölgesinde yer alır. İlçelerin kıyı kesimlerinde Karadeniz iklimi hakimken, iç bölgelere doğru gidildikçe dağlar Karadeniz üzerinden gelen nemli havayı keserek iklimi karasallaştırır. Bu durum, Bolu'nun doğal güzelliklerini ve turizm potansiyelini etkileyen bir faktördür.

Bolu'nun coğrafi konumu, Türkiye'nin önemli illeri olan Düzce, Sakarya, Bilecik, Eskişehir, Ankara, Çankırı, Zonguldak ve Karabük illeriyle komşudur. İl sınırlarının toplam uzunluğu 621.4 km olarak belirlenmiştir. Bolu, Ankara ve İstanbul gibi büyük iller arasında yer aldığı için ulaşımın merkezi konumundadır. Ancak, dağlık arazinin etkisi nedeniyle ulaşım da karayolu daha yaygın olarak kullanılır. İlde deniz bulunmamasıyla birlikte, ormanlar ve doğal güzellikleri ile yerli turistleri cezbetmektedir.

Bolu, sıcak su kaynakları bakımından oldukça zengin bir bölgede yer almaktadır. Termal suların fiziksel ve kimyasal özellikleri, doğal kaynaklardan gelen minerallerle zenginleşir. Bu da sağlık açısından önemli faydalar sunar. Bolu'nun termal su kaynakları hem

eğlence hem de tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Zengin mineral içeriği, cilt problemlerinden romatizmal rahatsızlıklara kadar çeşitli sağlık sorunlarının tedavisine yardımcı olur.

İlde bulunan termal tesisler, modern tıbbi teknoloji ve uzman kadrosuyla konuklara üst düzey sağlık hizmeti sunmaktadır. Kadrolu uzman doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler, tedavi süreçlerini yönlendirirken, eğitilmiş yardımcı sağlık personeli de konforlu bir deneyim sunar. Ayrıca, termal tesislerdeki etik değerlere uygunluk ve veri gizliliği, konukların güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak için önemli bir rol oynar.

Bolu'nun termal turizm potansiyeli, sadece sağlık açısından değil, aynı zamanda doğal güzellikler ve alternatif turizm aktiviteleri açısından da zengindir. İl, Karadeniz ikliminin etkisiyle yeşil doğasıyla çevrili olup, çeşitli doğa yürüyüşleri, doğa sporları ve açık hava etkinlikleri için ideal bir ortam sunar. Bu, turistlere hem rahatlama hem de etkileyici doğa deneyimleri sunma imkanı tanır.

Bolu, termal turizm alanındaki gelişimini devletin sağladığı teşvik ve desteklerle de desteklemektedir. Sağlık turizmi yetki belgesi ile uygunluk kriterlerine sahip tesisler, yabancı hastaların ilgi odağı haline gelirken, ilin tanıtımı ve imajını uluslararası platformlarda yükseltmektedir (Özcan, 2005).

İl genelinde 31 turizm işletme belgeli, 120 adet mahalli idare belgeli ve 12 kamu misafirhanesi olmak üzere toplam 163 tesis bulunmaktadır. Bu tesislerin toplam yatak kapasitesi 4.657'ü turizm belgeli olmak üzere toplam 9.205'tir. 10 adet yatırım belgeli konaklama tesisi tamamlandığında 1.428 adet ilave yatak kapasitesi sağlanmış olacaktır. 2022 yılında tüm konaklama tesislerinde 125.643 yabancı, 989.560 yerli olmak üzere toplam 1.115.203 konaklama sayısı gerçekleşmiş olup, 2021 yılına göre yaklaşık %26 artış olmuştur (<https://bolu.ticaret.gov.tr/>, 2023).

Sonuç olarak, Bolu'nun termal turizm potansiyeli doğal kaynakları, sağlık hizmetleri ve çeşitli turistik aktiviteleriyle birleşerek, konuklara benzersiz bir deneyim sunmaktadır. İl, hem dinlenmek hem de sağlık sorunlarını tedavi etmek isteyen turistler için ideal bir destinasyon olarak öne çıkmaktadır. Bu sayede Bolu, Türkiye'nin termal turizm haritasında önemli bir yere sahip olmayı sürdürecektir.

Tablo 3. Bolu ilinde bulunan termal tesisler ve yatak kapasiteleri.

Tesis Adı	Yatak Kapasitesi	Türü	Belgesi
Bolu Termal Otel	154	4★	Turizm İşl. Lisans Belgesi
Karacasu Küçük Kaplıca Otel	141	İl Özel İdare	Yerel yönetim
Narven Termal Kasaba	7200	Otel/Devre mülk	Turizm İşl. Lisans Belgesi
Gazelle Resort ve Spa Otel	382	5★	Turizm İşl. Lisans Belgesi
Bolu Yıldız Otel Mudurnu	78	Otel	Yerel yönetim
Babas Kaplıcaları	20	Kaplıca	Yerel yönetim
Sarot Termal Vadi Otel	146	Otel/Devre mülk	Yerel yönetim
Mudurnu) Seben Pavlu Kaplıcaları	76	Pansiyon	Yerel yönetim

Kaynak. <https://www.kulturportali.gov.tr,2023>

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı (Health Literacy), ilk olarak 1974 yılında yayımlanan “Health Education as Social Policy” makalesinde kullanılmıştır. Bu tarihten sonra, özellikle Amerika ve Avrupa’da, sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalar hızla artmış ve kavram daha da gelişmiştir (Özcan, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, sağlık okuryazarlığı kavramı, 2003 yılında gerçekleştirilen “Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey, NAAL)” araştırması sonucunda daha fazla tanınmaya başlamıştır (Kaplan, 2020). Amerikan Tıp Kurumu (AMA-The American Medical Association), sağlık okuryazarlığını yazılı sağlık belgelerini anlayabilme ve yorumlayabilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Mancuso, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık okuryazarlığını “bireylerin bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve kullanma yeteneği, motivasyonu ve sosyal becerilerini içeren bir bilişsel ve sosyal beceri seti” olarak tanımlar. WHO’ya göre, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık durumları olumsuz etkilenebilir, hastalıkları önleme konusundaki bilgileri eksik olabilir ve sağlık talimatlarını anlama konusunda zorluk yaşayabilirler (Palumbo, 2015).

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlığı teşvik etme ve sürdürme amacıyla bilgiye erişme, bu

bilgiyi anlama ve kullanma yetenekleri ile motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerin bir yansıması” olarak tanımlar (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık okuryazarlığı, birçok farklı araştırmacı ve uzman tarafından incelenmiş ve çeşitli tanımlar ortaya konmuştur. Ancak, genel olarak bu tanımlar, bireylerin bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini içeren temel okuryazarlık ve sayısal becerileri ön plana çıkarmaktadır (Osborne, 2013). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin tıbbi belgeleri anlama, sağlık seçenekleri hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık talimatlarını anlama ve uygulama kapasitesini içerir (Berkman ve diğerleri, 2011).

Sağlık okuryazarlığı, kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin etkileşimini içeren karmaşık bir kavram olarak kabul edilir (Şahin ve diğerleri, 2017). Aynı zamanda, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri, yaşadıkları toplumun sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültürel yapı ve sosyal çevresinin bir sonucu olarak şekillenir (Gözlü, 2020).

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve iletişim becerilerini içeren yaşam boyu bir süreç olarak değerlendirilir. Bu kavram, bireylerin günlük yaşamlarında kendileri ve toplumları için bilinçli sağlık kararları alabilmelerini teşvik eder ve destekler (Kirsch, 2001).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırmaları

Sağlık okuryazarlığına dair araştırmalar ve tanımlar, bu kavramı daha iyi anlayabilmek ve toplumun ihtiyaçlarını değerlendirmek için farklı sınıflandırmalara başvurmuştur. Nutbeam sınıflandırması en yaygın olanlardan biridir ve sağlık okuryazarlığını üç ana başlık altında ele almıştır (Nutbeam 2000, Yılmaz ve Tiraki 2016).

Temel/İşlevsel Okuryazarlık: Bu düzey, bireylerin sağlıkla ilgili temel bilgi ve becerilere sahip olduğu seviyeyi temsil eder. Kişiler, sağlık sistemini anlama, sağlık risklerini değerlendirme ve önerilere uyma yeteneğine sahiptirler. Ancak bu düzeyde, iletişim daha çok tek yönlüdür ve genellikle geleneksel hasta eğitimine dayanır.

İletişimsel/Etkileşimli Okuryazarlık: Bu seviye, temel becerilere ek olarak, bireylerin aktif olarak sağlık etkinliklerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve kişisel sağlık bilgilerini uygun bir şekilde kullanma yeteneklerini içerir. İletişim becerileri ve özsaygının artırılmasını destekler.

Eleştirel Okuryazarlık: Bu düzey, sosyal becerilere ek olarak, kişilerin sunulan sağlık bilgilerini sorgulama, analiz etme ve yaşamlarında daha fazla kontrol sağlama yeteneğini içerir. Bu düzeydeki bireyler, sağlık bilgilerini değerlendirebilir ve paylaşabilirler hem bireyleri hem de toplumu olumlu bir şekilde etkileyebilirler.

Zarcadoolas ve diğerleri tarafından yapılan başka bir sınıflandırma da bulunmaktadır ve Nutbeam sınıflandırmasından daha ayrıntılıdır. Bu sınıflandırma, sağlık okuryazarlığını dört ana başlık altında ele alır:

Temel Okuryazarlık (Okuma, yazma, konuşma ve sayısal): Sağlık bilgilerini anlama, riskleri değerlendirme ve tedavi yöntemlerini algılama yeteneği gibi temel sağlık okuryazarlık becerilerini temsil eder.

Bilimsel Okuryazarlık: Bilimsel verileri anlama ve teknolojik gelişmeleri takip etme yeteneğini içerir.

Sivil (Yurttaşlık) Okuryazarlık: Kamusal konularla ilgili farkındalık kazanma ve katılma yeteneği, kaynakların doğruluğunu araştırma, bilgiye erişim, savunma yapma ve toplumsal kararları etkileme yeteneği gibi becerileri kapsar.

Kültürel Okuryazarlık: Bireylerin dünyayı ve yaşadıkları çevreyi kendi kültürel bağlamlarına göre anlamlandırma yeteneğini ifade eder.

Bu sınıflandırmalar, sağlık okuryazarlığının çeşitli yönlerini ve düzeylerini ele almada faydalı araçlar sunmaktadır.

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilmesi, sağlıkla ilgili kararlar alabilme yetenekleri ve haklarını ve sorumluluklarını anlama kapasiteleri açısından hayati bir rol oynamaktadır. Ancak, bu noktada karmaşık tanı süreçleri, kültürel varyasyonlar, sınırlı okuryazarlık düzeyleri ve yaşa bağlı değişiklikler gibi faktörler bireylerin sağlık öz bakımını, sunulan hizmetlerin kullanımını ve sağlık ekipleri ile iletişimlerini etkileyebilir (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Teknolojik gelişmelerle birlikte bilgiye erişim artmış, ancak edinilen bilginin doğru yorumlanması ve etkili kullanılması sağlanamamıştır. Özellikle genç nüfus, bilgiye daha fazla

erişme imkanına sahip olmasına rağmen, bu bilgileri etkili bir şekilde değerlendirememekte ve sorgulamadan kabul etmektedir (Gamsızkan, 2020).

Elde edilen sağlık bilgilerinin etkili bir şekilde kullanılabilmesi, sağlık iletişiminin yüz yüze başlayarak kitle iletişim araçlarına kadar genişleyen bir yelpazede gerçekleştiği sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki ilişkilerde temel bir öneme sahiptir. Bu nedenle, sadece doğru bir şekilde anlamakla kalmayıp aynı zamanda öğrenilen bilgilerin etkili bir şekilde kullanılabilmesi, sağlık okuryazarlığının hayati bir unsurunu oluşturur. Özellikle internet aracılığıyla kolayca erişilen sağlık bilgileri, bireylerin sağlık kararlarını almaları ve sağlık iletişimini etkileyen önemli bir faktördür. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı giderek artan bir öneme sahiptir (Utma, 2018).

Sağlık okuryazarlığı, bir kişinin kendi ve çevresindeki sağlıkla ilişkisini anlamasına, gözlemlemesine ve hatta etkilemesine yardımcı olan bir beceri setini ifade eder. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı seviyesi, kişinin kendi sağlığından başlayarak etkilediği çevreyi ve dolaylı olarak toplumu etkiler (Aktaş, 2021).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesi, bireylerin sağlıkla ilgili daha doğru bilgilere daha hızlı erişebilmelerini sağlar. Bu, sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik daha bilinçli adımlar atmalarına yardımcı olur (Bostancı, 2019).

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, ilaç uyumluluğu daha yüksek, ilaçların amaçlarını ve potansiyel yan etkilerini daha iyi anlamışlar, ilaç prospektüslerini okuyabilmişlerdir (Öztaş, 2018; Kartal, 2019). Kişilerin kendi kendilerine muayene yapma ve kanser taramalarına katılma oranları da sağlık okuryazarlık düzeyleriyle paralel olarak artmıştır (Yaprak, 2020).

Toplumsal düzeyde, sağlık okuryazarlığının artması, sağlıklı yaşam biçimlerini benimseme gibi davranışları teşvik edebilir (Yaprak, 2020, Tuğut ve diğerleri, 2021). Bu seviyede yüksek olan kişiler, tedaviye daha fazla katılım göstermekte, tedavi seçenekleri hakkında daha fazla karar alma yetkisine sahip olmakta ve sağlık hizmeti sunucularıyla riskleri paylaşmaktadır. Bu, hizmet kalitesinin artmasına, gereksiz maliyetlerin azalmasına ve daha etkili sağlık politikalarının belirlenmesine katkıda bulunur (Özkan, 2017).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık hizmeti sunucularının talimatlarını veya yönergelerini anlama veya yanlış anlama zorluğu yaşarlar. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması kötü sağlık sonuçlarına sebep olur; sağlık okuryazarlığı yetersiz bireyler

sağlık durumlarıyla ilgili doğru karar alma, bilgi edinme, hizmetlerden faydalanma, hastalıklarıyla baş etme gibi konularda problem yaşamaktadır (Ishikawa ve Yano, 2008; Abacıgil ve diğerleri, 2019; Demirli, 2018; Bükcek ve Adana 2021). Bu durum, sağlık profesyonellerinin hastalara yanlış teşhisler koymalarına, yanlış tedaviler uygulamalarına veya yanlış ilaçlar reçete etmelerine neden olabilir. Bu kişiler, diğer insanlara göre daha kötü sağlık durumlarına ve yüksek ölüm oranlarına sahip olma eğilimindedirler (Berkman ve diğerleri, 2011).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmalarına, hastalık döneminde sağlık bakımı almada gecikmelerine ve dolayısıyla sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olur (Uçkaç, 2022). Örneğin, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, gereksiz acil servis hizmetlerini daha fazla kullanma eğilimindedirler (Baker ve diğerleri, 2004; Yağız, 2020).

Medya aracılığıyla sunulan sağlık bilgileri ciddi sorunlar ortaya çıkarır. Bilgi bombardımanına maruz kalan bireyler, hangi bilgilerin doğru olduğu konusunda şüphe duyabilirler. Bu durum, yanıltıcı kampanyaları ve sahte ilaçları kabul etmeden önce araştırma yapmadan bilgiye güvenen kişiler için risk oluşturur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler, hangi bilgilerin gerçek, hangilerinin yanıltıcı olduğunu değerlendirmede zorlanır (Utma, 2018).

Toplumun sağlık okuryazarlığını artırmak için, eğitim ve teşvikler gereklidir. İlk olarak, aile hekimleri gibi sağlık hizmeti sunucuları hastaların soru işaretlerini gidermeli ve bilgi eksikliklerini anlamalıdır. Ardından, buna uygun kampanya ve politikalar oluşturulabilir. Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin farklı olabileceğini anlamalı ve bilgiyi temel düzeyden başlayarak sunmalıdır. Hastaların bilgiyi anlamadığı durumlarda görsel destekler veya şemalar kullanılmalıdır. Bu, bilgiye güvensizlik nedeniyle yanlış bilgi verme riski taşıdığından, yanlış öğrenmeyi önlemek önemlidir (Altun, 2021).

2.3.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin ve toplumların sağlık durumları ve sağlık okuryazarlığı, birçok karmaşık faktörün etkisi altındadır. Bu faktörler arasında hem bireysel özellikler hem de sistemik etmenler bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen etmenler arasında yaş önemli bir parametre olarak öne çıkmaktadır. Bireylerin yaşları arttıkça, bilişsel

fonksiyonlarında yavaşlamalar meydana gelebilir ve temel yeteneklerinde (görme, işitme, konuşma) azalmalar yaşanabilir. Akpınar'ın (2019) yaptığı bir çalışma, 18-40 yaş arasındaki katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlık oranının % 45 olduğunu, ancak 65 yaş ve üstü katılımcılarda bu oranın sadece %2,8 olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, yaşın sağlık okuryazarlığı ile negatif bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Bireylerin eğitim düzeyi de sağlık okuryazarlığı düzeyini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Eğitim seviyesi arttıkça, bireyler sağlık bilgilerine erişme, anlama ve değerlendirme yeteneklerini geliştirme eğilimindedirler. Ayrıca, eğitim bireylere sağlıkla ilgili bilgilere daha etkili bir şekilde ulaşma, eleştirel düşünme ve sorumluluk duygusu kazandırabilir (Aktaş, 2021). Literatüre göre, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı da artış göstermektedir. Özellikle tıp ve sağlık bilimlerinde okuyan üniversite öğrencileri, diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahiptir (Yağız, 2020).

Kişilerin okuma alışkanlıkları ve günlük haber takibi de sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Kitap okuma ve haber izleme alışkanlığı olan bireyler, sağlık okuryazarlıklarını daha olumlu yönde etkileyebilirler. Aynı şekilde, sağlık programlarını izleyen bireylerin sağlık okuryazarlık oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Yaprak, 2020).

Cinsiyet, sağlık okuryazarlığı üzerinde de etkili bir faktördür. Bu konuda yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koysa da, bazı araştırmalarda kadınların sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ekinçi, 2020; Kıraç ve Öztürk, 2020). Bu durum, kadınların genellikle hamilelik dönemleri ve çocuk bakımı gibi konularda kendilerine ve çevrelerine daha fazla dikkat ettikleri ve sağlıkla daha fazla ilgilendikleri düşünülen bir faktör olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte, yaşlı bireyler üzerinde yapılan diğer çalışmalarda ise erkeklerin sağlık okuryazarlık oranlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun arkasında erkeklerin eğitim düzeyinin kadınlardan daha yüksek olması yatmaktadır (Öztaş, 2018).

Bireylerin sosyoekonomik düzeyi, sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir etkidir. Sosyal eşitsizlik açısından dezavantajlı durumda olan bireyler, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma eğilimindedir (Aktaş, 2021). Bireylerin ekonomik ve sosyal statüleri arttıkça, sağlık okuryazarlığı oranları da yükselir. Gelir düzeyi ve meslek, bu konudaki etkileyici faktörler arasında yer alır. Meslek sahibi olan kişiler, işçiler, emekliler, işsizler ve ev hanımları gibi farklı meslek gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında farklılıklar

gözlemlenmiştir (Akpınar, 2019; Bulun Yediyıldız, 2021). Çalışan bireylerin gelir düzeyleri arttıkça, sağlık okuryazarlığı da artış gösterebilir. Yüksek gelir seviyeleri, refah düzeyinde artışa ve yaşam standartlarının yükselmesine yol açabilir (Kıraç ve Öztürk, 2020; Yaprak, 2020).

Bununla birlikte, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen önemli bir faktör de hastalık durumlarıdır. Kronik hastalığı olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin, tek kronik hastalığı olan bireylere göre sağlık okuryazarlık oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çiftçi, 2015). Bu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden, erken teşhis ve tedaviden uzak kalmalarına neden olabilir. Ayrıca, hastalık faktörü, diğer belirleyicileri de etkileyebilir ve bu etkileşim karmaşık bir yapı oluşturabilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, kronik hastalığı olan katılımcıların %31'inin okuryazarlığın olmadığı veya sadece ilkokul mezunu olduklarını ortaya koymuştur (Jansen ve diğerleri, 2018). Benzer şekilde, Çin'de hipertansiyonu olan bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %81,5'inin düşük okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlemlenmiştir (Wang ve diğerleri, 2017).

Son olarak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi karşılıklı iletişime ve çaba gerektiren bir süreçtir. Sağlık sistemleri, bireylerin farklı ihtiyaçlarını ve anlama kapasitelerini değerlendirmeli ve kişiselleştirilmiş eğitim programları geliştirmelidir (Gözlü, 2018). Günümüzde sağlık alanındaki hızlı gelişmeler ve bilimsel karmaşıklık, sağlık sistemlerini daha karmaşık hale getirmiştir. Bu karmaşıklık, bireylerin sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkileyebilir.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı, bir dizi etkenin etkileşimi sonucunda oluşan karmaşık bir konsepttir. Bu faktörler, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen önemli belirleyicilerdir ve bu alandaki daha fazla araştırma ve eğitim çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu faktörlerin anlaşılması, daha etkili sağlık okuryazarlığı programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir ve toplumların genel sağlığını artırabilir.

2.3.5. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık her nasıl çeşitli faktörlere ve bunların etkileşimi nedeniyle değişiklik gösteriyorsa, sağlık okuryazarlığı da birden fazla faktörden etkilendiği için değişken bir

yapıya sahiptir. Okuryazarlık düzeyleri; cinsiyet, yaş, gelir ve eğitim gibi farklı özelliklerin yanı sıra zamana, yaşam koşullarına, bölgelere ve ülkelere göre de farklılık göstermektedir. Son yıllarda dünya çapında sağlık okuryazarlığı literatürü arttıkça insanların okuryazarlık düzeylerini ölçen çalışmalar da artıyor. Birçok farklı çalışmada sağlık okuryazarlığı farklı temalar altında ele alınmış ve aralarındaki ilişkiler incelenmiştir (Bükecik ve Adana, 2021).

Avrupa'da sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmalar, farklı ülkelerde bu önemli konuyu ele almanın artan bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle Kanada, Danimarka, Avustralya, Filipinler, Almanya, Birleşik Krallık gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığına dair çeşitli ölçekler ve perspektifler kullanılarak yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin geniş bir yelpazede incelendiğini göstermektedir (Oflaz, 2022).

Özellikle düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip gruplar, azınlık gruplar, yeni göç etmiş kişiler, kötü sağlık durumuna sahip bireyler, kronik hastalıkları olanlar ve yaşlı nüfus, sağlık okuryazarlığı açısından daha hassas gruplar olarak belirlenmiştir. Bu grupların sağlık okuryazarlığını artırmak için özel yaklaşımlar ve eğitim programları gerekebilir. Bu tür araştırmalar, sağlık okuryazarlığının genel olarak toplum sağlığına etkilerini anlamamıza yardımcı olurken, politika yapıcılarına ve sağlık uzmanlarına bu alanda daha fazla bilinç yaratma ve geliştirme konusunda rehberlik edebilir (Oflaz, 2022).

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkeleri dahil birçok ülkede sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan çalışmalar, benzer sonuçlara işaret etmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir çalışma, yetişkin nüfusunun büyük bir bölümünün sağlık okuryazarlığının yetersiz veya temel düzeyde olduğunu göstermiştir (Bakan ve Yıldız, 2019). Aynı şekilde, Avrupa Birliği üyesi sekiz ülkede yapılan bir araştırma, yetersiz sağlık okuryazarlığı oranlarının %2 ile %27 arasında değiştiğini belirtmiştir (Oflaz, 2022).

Avrupa'da sağlık okuryazarlığı konusundaki çalışmalar, ülkeler arasında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, Hollanda yüksek bir sağlık okuryazarlığı seviyesine sahipken, Bulgaristan gibi ülkelerde bu seviye oldukça düşüktür (Sezgin ve Uskun, 2021).

COVID-19 pandemisi döneminde sağlık okuryazarlığının, insanların pandemiye karşı tepkilerini ve kaygılarını etkileyebileceği gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, pandemi kaynaklı kaygılarını daha iyi yönetme olasılığının daha

yüksek olduğu bulunmuştur (Mohammadkhah ve diğerleri, 2021). Türkiye'de de benzer bir çalışma, COVID-19 korkusu ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif bir ilişki tespit etmiştir (Ayaz-Alkaya ve Dülger, 2021).

Sağlık okuryazarlığı, kanser kontrol planları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi konularda da önemli bir rol oynayabilir. Avrupa Birliği üyesi bazı ülkeler, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesini ve sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini amaçlayan politikaları benimsemektedir (Sorensen, 2020).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı, son on yılda hızla gelişen bir alan olmuştur. 2000'li yıllarda, sağlık okuryazarlığı ile ilgili yayınlanan yedi makalede daha genel bir perspektifle okuryazarlık ve sağlık sorunları ele alınmıştır. Ancak 2010'lu yılların başı itibariyle, sağlık okuryazarlığına olan ilgi hızla artmış, sağlık okuryazarlığının etkililiği ile sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine ve sonuçlarına etkisi daha ayrıntılı bir şekilde incelenmeye başlanmıştır. Bu dönemde yapılan araştırmalar, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, sigara içme, hipertansiyon gibi birden fazla risk faktörü taşıyan kişilere odaklanmıştır (Önal, 2010).

Türkiye'de yüksek lisans, tıpta uzmanlık, diş hekimliği uzmanlık ve doktora tezleri olmak üzere toplam 535 lisansüstü araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar genellikle aile hekimliği, halk sağlığı, sağlık yönetimi, hemşirelik, eğitim ve öğretim anabilim dallarına bağlı olarak yapılmıştır. Bu çalışmalarda, sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, bu düzeyi etkileyen faktörlerin araştırılması, kronik hastalıkları olan bireylerde sağlık okuryazarlığının incelenmesi, sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geliştirilmesi veya Türkçeye uyarlanması gibi çeşitli konular ele alınmıştır (Bükecik ve Adana, 2021).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumların yanı sıra sivil toplum örgütleri de sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 stratejik planında sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan dört stratejik hedef belirlemiştir. Bu amaçla, halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma çabaları büyük bir ivme kazanmıştır. Halkın sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerinin güçlendirilmesi bu stratejilerden biridir. Stratejik planda, 2017 itibariyle toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50'nin üzerine çıkarılması hedeflenmiştir (Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011). Ancak ne yazık ki, 2020 yılında gerçekleştirilen bir ulusal bazlı çalışma, Türkiye'de yaklaşık olarak 10 kişiden 7'sinin düşük bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur (SGGM, 2020).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, 2018 yılında 6228 katılımcı üzerinde gerçekleştirilen büyük bir ankete dayanmaktadır. Bu çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %50,3'ü erkek, %49,7'si kadındır; %15,9'u 18-24 yaş arasında iken, %11,7'si 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ile saptanan sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde %30,9'unun yetersiz, %38,0'unun sınırlı-sorunlu, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, bu çalışma, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin en yüksek olduğu bölgenin %54,2 ile Ortadoğu Anadolu olduğunu belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz veya sınırlı olan kişiler cinsiyet temelinde incelendiğinde, kadınların (%72,4), erkeklerden (%65,4) daha fazla yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Araştırma, yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ayrıca, kamu ve özel hastanelere başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini incelemek amacıyla 2018 yılında gerçekleştirilen bir çalışma, eğitim faktörünün sağlık okuryazarlığı üzerindeki en güçlü belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların büyük bir kısmı sınırlı sağlık okuryazarlığına sahipken (%61,8), kamu hastanesine başvuranların düzeyleri özel hastanelere başvuranlara göre %35,5'e karşılık %41 sonucuyla daha düşük bulunmuştur (Durmuş, 2021).

Sonuç olarak, dünya genelinde sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmaların önemli bir ivme kazandığını, ancak hala daha fazla çaba gerektiğini göstermektedir. Bu çabalar, toplumun sağlık bilincini artırarak, bireylerin kendi sağlıklarına daha iyi bir şekilde katkıda bulunmalarına yardımcı olabilir. Bu alandaki sorunların çözümü için uluslararası işbirliği ve politika geliştirme önemlidir. Sağlık okuryazarlığının artırılması, toplumların daha sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesine ve sağlık hizmetlerine daha etkili bir şekilde erişimine yardımcı olabilir (Ayaz-Alkaya ve Dülger 2021).

2.4. Akılcı İlaç Kullanımı

2.4.1. İlacın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün ilaç tanımı “patolojik (hastalık yapıcı) durumları ve fizyolojik sistemleri, insan yararına değiştirilme veya araştırma amacıyla kullanılan ürün”

şeklindedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2022). Türk Dil Kurumu (TDK) 'nun ilaç tanımı “Bir hastalığı iyileştirmek ya da engellemek için değişik yollarla kullanılan madde,” olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu, 2022). İlaçlar çeşitli hastalıkların tedavisinde etkili olabilir ve bireylerin genel sağlık durumunu geliştirebilir; ancak yanlış kullanımı, hatalı dozajları veya en küçük hatalı hesaplamaları dahi ciddi sağlık risklerine yol açabilir (Diaconu ve diğerleri, 2018). İlaç kullanımında temel amaç hastaya yarar sağlamak olsa da ilaçların içeriğindeki kimyasallar ve etken maddeleri, yanlış-gereksiz ve etkisiz ilaç kullanımı gibi nedenler istenmeyen durumlara yol açarak sağlığa zararlı hale de gelebilmektedir (Özçelikay, 2011). Ağrının hafifletilmesi, enfeksiyonların iyileştirilmesi, kan basıncının düşürülmesi gibi olumlu etkilerin yanında ilaçlar, karaciğer hasarı, mide problemleri, sindirim sistemi hassasiyeti gibi basitçe başlayıp ciddiyete doğru ilerleyen risklere de neden olabilmektedirler (Bozkurt ve diğerleri, 2019).

Örnek verilecek olursa, ilacın alınması gereken zamanlara uymamak veya ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimini önemsememek ilacın etkisini düşürebilir veya etkisizlik durumu meydana gelebilir. Bir örnek daha verecek olursak, ilaç ile alınan alkollü içecekler, bazı ilaçların olumsuz etkilerini artırabilmektedir. Bu şartlarda ilaçların neden olduğu yan etkilerin bir kısmının engellenebilmesi muhtemel olacaktır (Saygılı ve diğerleri, 2015). Yaşanılan bu olumsuz durumlar akılcı ilaç kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Titck, 2022).

2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) kavramı ilk defa DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda, “Hastaların semptomlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimini karşılayacak dozda, gerekli süre boyunca, kendilerine ve topluma minimum maliyet ile faydalanmaları” olarak açıklanmıştır (DSÖ, 1985). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık ve sağlığa erişimde eşitlik ilkesine dayanarak, ilaca erişebilirliğin kesintisiz bir şekilde sağlanmasının, ilaç politikasının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmesine öncülük etmektedir. Bu nedenle, her geçen gün yeni çözüm yolları geliştirilerek uygulamaya konulmaktadır. Bu hedefe yönelik alınan tedbirlerden biri de “Akılcı İlaç Kullanımı” uygulamalarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Bu uygulamalar, sağlık politikalarının bir parçası olarak ilaçların etkili, güvenli ve ekonomik bir şekilde kullanılmasını hedeflemekte ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine

katkı sağlamayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006). Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından akılcı ilaç kullanımı, “ilaçların doğru dozda, doğru şekilde uygulama yöntemiyle, uygun zamanda, yeterli bilgilendirme eşliğinde ve ekonomik durumu dikkate alarak kullanılması” olarak ifade edilmektedir (SGK, 2013).

Akılcı ilaç kullanım süreci, hastanın şikayetlerini tanımlamasıyla başlar. Bu aşamada hastanın sağlık sorunlarının anlaşılması amaçlanır. Ardından, hastanın rahatsızlığını gidermeye yönelik çeşitli tedavi seçenekleri belirlenir. Hastaya en uygun ve etkili tedavi yöntemi seçilirken bireysel özellikler dikkate alınır. Bu seçim sürecinde uygun ilaçların reçete edilmesi ve bu ilaçların doğru kullanım şekillerinin hastaya anlatılması önemlidir. Tedavi sonrasında ise ilaçların etkilerinin izlenmesi ve gerektiğinde uygun şekilde ayarlamalar yapılması gerekmektedir (Barutçu ve diğerleri, 2017). Bu yaklaşım, hastaların sağlıklarını en etkili ve güvenli şekilde yönetmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

İlaçların akılcı bir şekilde kullanılması hem insan sağlığına katkı sağlar; hem de devlet ekonomisine olumlu etkiler sunar, ayrıca gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilmesine yardımcı olur. Bu nedenlerle akılcı ilaç kullanımı dünya genelinde her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır (DSÖ, 2010). Akılcı ilaç kullanımı yalnızca sağlık hizmeti sunumunda ilaçların uygun kullanımının teşvik edilmesi ve ekonomik değerlendirmeleri için değil, aynı zamanda bir topluluğun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini sağlamak için de önemlidir (Kole, 2005).

Akılcı ilaç kullanımının sağlanması için;

- Doğru tanının belirlenmesi,
- Öngörünün bulunması,
- Tedavi amaçlarının belirlenmesi,
- Tedavi seçeneklerinin kontrol edilmesi,
- Uygun tedavinin belirtilmesi,
- İlaç tedavisinde reçetenin doğru şekilde yazımı ve takibi şeklinde sıralanabilir (Yılmaz ve Çıtıl, 2022).

Sonuç olarak, akılcı ilaç kullanımı; bir hastalığın önlenmesi, kontrol altında tutulması ve sonunda tedavi edilmesi için gereken ilacın doğru şekilde, doğru dozda, doğru zamanda ve uygun maliyetle kullanılmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı, toplum sağlığı ve sağlık sektöründe

giderek daha fazla önem kazanmakta olup, ülkelerin sağlık politikalarının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir (Akkurt, 2016; Demir, 2021).

2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Kriterleri

İlaç tedavisinin hastaya güvenli, etkili, uygun ve verimli bir şekilde ulaştırılabilmesi, ilaç kullanım prosedüründeki sürecin hatasız şekilde işlemesiyle mümkün olur. İlaç kullanım sistemi, sağlık hizmeti kuruluşlarında oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir ve içinde bir dizi önemli adımı barındırır. Bu adımlar arasında doğru endikasyon belirleme, uygun ilaç seçimi, etkili ve güvenli kullanım, ekonomik fiyatlandırma, erişilebilirlik kolaylığı, hastanın gerektiği doz ve sürelerde doğru tedavi alması, hasta eğitimi, tedavi sürecinin izlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi gibi unsurlar yer alır. Bu karmaşık zincirin her halkası, hastaların en iyi sağlık sonuçlarını elde etmelerini sağlamayı hedefler (Oğuz, 2007). İlaç hatalarının sınıflandırması 1990 yılında Amerikan Hastane Eczacılar Derneği (The American Society of Health System Pharmacists Foundation-ASHP) tarafından yapılmıştır ve hastanın tedavisi sırasında zarar verebilecek hataları en aza indirmeye yönelik işlemler ve hasta güvenliği uygulamaları olarak tanımlanmıştır. Bu tıbbi hatalar, sağlık personelinin dikkatsizliği veya yanlış uygulamaları sonucunda hastanın tedavi sürecini bozabilir, sağlığını tehlikeye atabilir ve hatta ölüme neden olabilir (Sibbald, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2017 yılında yayınladığı bir raporda, ilaç hatalarının hastaların hastanede kalış süresini uzattığını ve yıllık olarak 42 milyar dolarlık bir yük oluşturduğunu vurgulamıştır. Sağlık sistemi üzerindeki maliyetler ile hastalar ve sağlık çalışanları üzerindeki olumsuz etkiler göz önüne alındığında, birçok sağlık kuruluşu ilaç güvenliğini artırmak amacıyla çeşitli çabalar sarf etmiş olmasına rağmen, ilaç hatalarının hala devam ettiği görülmektedir (Hines ve diğerleri,2018).

Bates ve diğerleri,(2007) yaptıkları bir çalışmada, önlenemez ilaç hataları sonucu hastaların hastanede yatış süresinin ortalama 4.6 gün uzadığını ve bu durumun ciddi bir maliyet artışına neden olduğunu göstermiştir. İlaç sektörü ile sağlık çalışanları arasındaki etik dışı ilişkiler de ilaç hatalarını etkileyebilmektedir (Özata ve diğerleri, 2008).

Akılcı ilaç kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve toplum sağlığı açısından büyük öneme sahiptir. Bu yöntem sayesinde sağlık açısından olumlu sonuçlar elde edilmesi, çeşitli

ilkelere uyulmasıyla mümkündür. Bu ilkelere uyulması, ilaçların etkililik, güvenlik, uygunluk ve maliyet açısından değerlendirilmesi anlamına gelmektedir (Tosun ve Hoşgör, 2021).

Etkililik

İlacın kullanım gerekçesini tam olarak karşılayan kriterdir. Hasta üzerinde planlanan tedavinin amacına ulaşabilmesinde ne ölçüde payının bulunduğu dikkate alınarak belirlenir. Bu kriterde ilacın farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri belirleyicidir (<http://dergipark.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Haziran 2022). Sektörde üretilen ilaçlar ekseriyetle “yeni bir etki mekanizması” değildir, ilaçların çoğunluğunda eski etki mekanizmalarının bir diğer çeşitleridir. Bundan dolayı ilaçların farmakokinetik özellikleri göz önüne alınarak, en yararlı ilaçların tercih edilmesine dikkat edilmelidir (Ambwani ve Mathur, 2007; Çakmak, 2019).

Güvenlilik

İlaçlarda komplikasyon ve advers etki görülme sıklığı, bu sorunların tıbbi açıdan taşıdığı şiddet/önem durumu ve bu bakımdan potansiyel riskin/sağlanacak yarara oranının boyutu güvenliliği belirler. İlaç reçete edilmeden önce hastaya ilaç alerjisi ve olası yan etkileri anlatılmalı ve sorgulanmalıdır. Başvuran hastaların bir tanesinde bile oluşabilecek ilaç yan etkisi doğru ve tam olarak yapılan hasta anamnezi ile önlenmektedir. İlacın olumlu etkisi olabileceği gibi olumsuz etkisinin de olabileceği hiçbir zaman unutulmamalıdır (Altındış,2017).

Uygunluk

İlacın uygunluğunu değerlendiren birçok faktör bulunmaktadır. Örneğin, ilacın kontrendikasyonları, kullanım sıklığı, kullanım kolaylığı, erişilebilirlik, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç-besin etkileşimleri, hastanın birden fazla hastalığı olup olmaması, yaş, hamilelik ve emzirme durumu gibi etmenler, özellikli hasta gruplarında kullanımın kolaylığı veya zorluğu, enteral veya parenteral kullanım gerekliliği gibi faktörler uygunluk değerlendirmesinde belirleyici rol oynar. Her bir faktörün ve alt kırılımlarının, ilacın uygunluğu açısından ne kadar önemli olduğunu bilmek ve anlamak önemlidir (<http://dergipark.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Haziran 2022; Çakmak, 2019).

Hasta gruplarına uygulanacak ilacın belirlenmesinden önce, mutlaka şu sorular sorulmalıdır: Bu hastanın ihtiyacına en uygun etken madde ve dozaj nedir? Standart doz şeması ve tedavi süresi hastanın durumuna uygun mudur? (Kalaça 2013).

Her bir faktör ve bu faktörlerin alt özellikleri, ilacın uygunluğunu değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken kritik unsurları temsil eder. Bu değerlendirmeler, hastaların en iyi tedaviyi almasını ve olumsuz etkilerin minimize edilmesini sağlamak amacıyla yapılır (Kalaça 2013).

Tedavi Maliyeti

Akılcı ilaç kullanımında tedavi maliyeti ilkesi, ilaçların hastalar için en uygun maliyetle temin edilerek etkili ve güvenli bir şekilde kullanılmasını amaçlar. Bu ilke, ilaç tedavilerinin hem hastaların sağlığını en üst düzeyde korumasını hem de sağlık sistemini ekonomik olarak en etkili şekilde kullanmasını hedefler. Tedavi maliyeti ilkesinin temel açıklamaları şunlardır: (Orhaner ve Salgın ,2018).

Maliyet Etkinliği: Akılcı ilaç kullanımında tedavi maliyeti, hastaların sağlığına sağlayacağı fayda ile ilişkilendirilir. Tedavi seçenekleri arasında maliyet ve etkinlik açısından en uygun olan tercih edilir. Yani, aynı etkiyi sağlayan farklı tedavi seçenekleri arasında daha düşük maliyetli olan tercih edilir (Saygılı ve diğerleri,2015).

Hasta ve Toplum Sağlığı İçin En İyi Sonuç: Tedavi maliyeti ilkesi, ilaçların maliyeti ile sağladığı faydanın dengelemesini amaçlar. Hem hastanın bireysel sağlığını en iyi şekilde korumayı hem de toplum sağlığını gözetmeyi hedefler. Bu şekilde sağlık kaynaklarının en verimli şekilde kullanılması sağlanır (Akkurt, 2016).

Tedaviye Erişilebilirlik: Tedavi maliyeti ilkesi, hastaların tedaviye erişebilirliğini de dikkate alır. İlaçların maliyeti hastaların bütçesine uygun olmalı ve tedaviye erişimi zorlaştırmamalıdır. Bu nedenle, uygun fiyatlı ve etkili ilaç seçenekleri tercih edilir (Bozdemir ve Filiz, 2021).

Toplumsal Maliyet Düşürme: Tedavi maliyeti ilkesi, sağlık sistemine yük getiren yüksek maliyetli ilaçların, alternatifleriyle karşılaştırılarak daha ekonomik ve etkili seçeneklerin tercih edilmesini teşvik eder. Bu şekilde toplumsal maliyetler düşürülmeye çalışılır (Orhaner ve Salgın ,2018).

Sağlık Politikalarının Şekillenmesi: Tedavi maliyeti ilkesi, sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynar. Sağlık yetkilileri ve karar vericiler, sağlık bütçesini en etkili şekilde kullanarak en fazla sağlık faydasını sağlamayı amaçlar (Coşkun, 2018).

Eğitim ve Farkındalık: Tedavi maliyeti ilkesi, sağlık çalışanlarının ve hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim almasını ve farkındalık kazanmasını teşvik eder. Bu sayede,

doğru ilaç seçimi, uygun dozaj ve tedavi süresi gibi konularda daha bilinçli kararlar alınabilir (Şengül, ora 2019).

Tedavi maliyeti ilkesi: Sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini ve hastaların en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmasını sağlamak amacıyla akılcı ilaç kullanımının önemli bir bileşenidir (Şengül, ora 2019).

2.4.4. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” ltleri

Akılcı ilaç kullanımının temel amacı, deneyim ve gözlemlere dayalı kanıtla dayalı bilgi birikiminin sağlık hizmetlerinin tanı ve tedavi süreçlerine etkili bir şekilde entegre edilmesini sağlayarak hastaların en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarını ve ilaçların uygun maliyetle erişilebilir olmasını sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda akılcı ilaç kullanımının bazı ltleri ve unsurları bulunmaktadır (Orhaner ve Salđın 2018).

İlaçların Akılcı Seçimi: Hastalığın tipine, şiddetine ve hastanın özelliklerine uygun ilacın seçilmesi esastır. Bu seçim, hastanın tıbbi geçmişi, mevcut hastalıkları, alerjileri ve diğer ilaç kullanımları gibi faktörler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır (Sağır ve Parlakpınar, 2014).

Reçete Edilme Sürecinin Akılcılığı: Hekimlerin ilaçları reçete ederken hastanın bireysel durumunu dikkate almaları ve en uygun tedaviyi planlamaları gerekmektedir. Ayrıca, reçete edilen ilaçlar arasında olası etkileşimlerin ve yan etkilerin değerlendirilmesi önemlidir (Akkurt, 2016).

Reçete Cevaplama Sürecinin Akılcılığı: Eczacıların, reçeteleri doğru bir şekilde okuyup yorumlamaları ve hastaya uygun ilaçları sağlamaları gerekmektedir. Ayrıca, hastaların ilaçları nasıl kullanacaklarını ve olası yan etkileri hakkında bilgilendirilmesi önemlidir (Akkurt, 2016).

İlaçların Akılcı Tüketimi: Hastaların ilaçları doğru doz ve zamanlarda kullanmaları, tedavi sürecinin etkinliği ve güvenliği açısından kritiktir. İlaçların gereksiz yere fazla veya az kullanımı önlenmelidir (Akkurt, 2016).

İlaç Bilgisi Desteği: Hem sağlık çalışanları hem de hastalar, ilaçların etkileri, kullanımı, yan etkileri ve etkileşimleri hakkında doğru bilgiye sahip olmalıdır. Bilgi eksikliği veya yanlış bilgi nedeniyle oluşabilecek hatalar önlenmelidir (Kayaalp, 2012).

İlaç Yönetimi ve Ekonomisi: İlaç tedavisinin maliyeti, hastalar ve sağlık sistemi açısından önemlidir. Ekonomik açıdan uygun ilaç seçilmeli ve gereksiz maliyetler engellenmelidir. Ayrıca, ilaçların depolanması, dağıtımı ve kullanımı da akılcı bir şekilde yönetilmelidir (Durna ve Kuş, 2016; Barutçu ve diğerleri, 2017; Kayaalp, 2012).

Akılcı ilaç kullanımının sağlık hizmetlerinde başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için politika yapıcılar, sağlık profesyonelleri, ilaç endüstrisi ve hastalar arasında iş birliği ve uyum önemlidir. Bu çerçevede, hastaların en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarını sağlamak ve sağlık sistemini etkili bir şekilde yönetmek amacıyla akılcı ilaç kullanımı ilkelerine dikkat edilmelidir (Barutçu ve diğerleri,2017).

2.4.5. Akılcı İlaç Kullanımında Taraflar

Akılcı ilaç kullanımının tarafları, sağlık sisteminin farklı bileşenlerini içeren üç temel kategoriden oluşmaktadır:

Arz Kategorisi: Bu kategori ilaçların üretiminden, dağıtımına kadar olan süreçleri içerir. Bu kategoride yer alan taraflar şunlardır:

Hekimler: akılcı ilaç kullanımı içerisinde etkinliği en yüksek olan meslek grubu olarak bilinmektedir. Akılcı ilaç kullanımında hekim, hasta ve eczacı üçgeninin ilk adımı olarak nitelendirilebilir (Saygılı ve Özer, 2020). Hekimin ilaç kullanımına gerek olup olmadığına karar vermesi, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini iyi bilmesi, doğru tanı koyarak ve doğru ilacı seçerek tedavi uygulaması, hastaya gerekli zamanı ayırarak açık ve anlaşılır bilgiler vermesi, hasta uyumunu ve tedavi maliyetini değerlendirmesi önemli rolleri arasındadır (Alpdoğan C., 2018).

Eczacılar: İlaç kullanımı için hekimlerden sonra ikinci sırada başvuru alan kişiler eczacılardır. Değişen yaşam koşulları, stres, yoğun iş temposu gibi sebeplerle tezgâh üstü ilaç satışları dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır (Dadhich ve Dixit, 2017). Eczacının akıllı ilaç kullanımındaki en önemli rolü hastaya ilaç kullanımı ve saklama koşulları ile ilgili doğru ve anlaşılır bir şekilde eğitim vermektir (Yazıcı T., 2020).

İlaçların hastaya verilirken hastaların bilgilendirilmesi eczacının sorumluluğundadır. Bir hasta kendi kendine ilaç almak istediğinde danışılan ilk sağlık personelidir. Bu nedenle

en doğru şekilde ilaç tedarikini yaparak ilacın doğru kullanımına hastayı yönlendirmelidir (Alpdoğan ve Altındış, 2019).

İlaç Endüstrisi: İlaçların üretimini ve dağıtımını sağlayan sektör. Etkili ve güvenli ilaçların geliştirilmesi ve üretilmesi için sorumludur. Aynı zamanda sağlık profesyonellerine ilaç bilgisi sağlamakla da görevlidir (Alp ve diğerleri, 2017). Toplum sağlığı için geliştirilen yeni ilaçların güvenli bir şekilde üretilip, dağıtımının sağlanması ilaç üreticilerinin sorumluluklarıdır (Can, Z. 2020).

Talep Kategorisi: Bu kategori hastaları ve hasta yakınlarını içerir. Bu kategori altında yer alanlar:

Hastalar ve Hasta Yakınları: AİK sürecinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimine hastalığı ile ilgili tüm bilgilerini eksiksiz ve doğru bir şekilde aktarması en önemli sorumluluğudur. Hekimden gereksiz ilaç talebinde bulunmaması, ilaç kullanması gereken durumlarda ise iyi bir dinleyici ve uygulayıcı olması gerekmektedir (Saygılı ve Özer, 2020).

Grip, nezle gibi şikayetlerde hekime muayene olmadan ilaç kullanılmaması, arkadaş veya komşu tavsiyesiyle ilaç alınmaması, iyileştiğini düşünerek tedavinin yarıda bırakılmaması ve artan ilaçların evde saklanılmaması gibi sorumluluklar ilacı kullanan kişiye aittir (Çobanoğlu ve Alkanat, 2019).

Düzenleyici ve Denetleyici Kategori: Bu kategori ilaç kullanımının düzenlenmesi, denetlenmesi ve yönetilmesiyle ilgili kurumları içerir. Bu kategoride yer alan taraflar:

Devlet Otoriteleri: Akılcı ilaç kullanım sürecinde işlev ve sorumluluk sahibi olan diğer bir taraf ise devlettir. Devletin belirlediği sağlık politikaları ve yasal düzenlemeleri AİK sürecine yönelik olmalıdır (Zeybek ve Erdal, 2019). Ülkemizde de birçok ülkede olduğu gibi ilaç tüketimi ve ilaç harcamaları sürekli artmaktadır. İlaç maliyetleri toplam sağlık bütçesinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır.

Uygulanan ilaç politikaları bireylerin tedavilerindeki aksamaları önleyecek ve maliyetleri en aza indirgeyecek düzeyde olmalıdır. Yine bu amaçlar doğrultusunda herkesin tedaviye yönelik ilaçlara ulaşabilmesi mümkün olmalıdır (Zeybek ve Erdal, 2019). **Sivil Toplum Kuruluşları:** Sağlık hizmetlerini ve ilaç kullanımını izleyen ve toplumu bilinçlendirmeye çalışan kuruluşlar.

Sosyal Güvenlik Kurumları: Sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sağlık sigortasını düzenleyen kurumlar. İlaçların maliyetini ve geri ödeme politikalarını belirlemede rol oynarlar.

Medya ve Eğitim Kurumları: Akılcı ilaç kullanımında medyanın sorumluluğu da çok büyüktür. Ülkemizde yasal düzenlemeler doğrultusunda sadece reçetesiz ilaçların reklamları yapılabilmektedir. Son yıllarda değişen yaşam koşulları ve hastalıkların artmasıyla birlikte takviye edici ilaç reklamlarının da arttığı gözlemlenmektedir. Yapılan reklamlarda özellikle sağlık, zindelik ve enerji kavramları ön planda tutularak ünlülerin de kullandığı algısı oluşturulmaktadır (Doğan Ş., ve Ünalın D., 2021).

Ayrıca sosyal medya iletişimi sayesinde ilaç firmaları daha geniş kitlelere ulaşarak pazarlama faaliyetlerini daha kolay hale getirmektedir (Doğan Ş., ve Ünalın D., 2021). Reklamların toplumu kendi kendine ilaç kullanmaya yönlendirecek şekilde yanıltıcı mesajlar içermemesi gerekmektedir. İlaçların faydaları üzerinde durulduğu kadar yan etkileri ve risklerinden de bahsedilmelidir. Abartılı olan reklam faaliyetleri bireyleri olumsuz yönde etkileyerek, ilaç kullanma isteklerini arttırabilmektedir (Şencan N., ve Uyar M., 2014).

Her bir tarafın akılcı ilaç kullanımı konusunda farklı sorumlulukları ve rolü vardır. Bu tarafların iş birliği ve uyumu, etkili bir akılcı ilaç kullanımının sağlanması açısından önemlidir. Akılcı ilaç kullanım sürecinde özellikle kliniklerde çalışan hemşirelerin davranışları önem kazanmaktadır. Hekimin verdiği tedavi kararının ardından ilaçların on doğru unsura (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç formu, doğru etki, doğru yanıt, doğru eğitim, doğru kayıt) dayanarak uygulanması hemşirenin sorumluluğundadır (Saygılı ve diğerleri, 2015).

Hemşirelerin ilaç uygulama bilgisinin yanı sıra ilaçların etkilerini, yan etkilerini, advers etkilerini, ilaç etkileşimlerini ve ilaç-besin etkileşimlerini değerlendirecek bilgi düzeyine sahip olması ve bu durumlarda gerekli yerlere bildirim yapması gerekmektedir. İlaç uygulama öncesinde hastanın besin ve ilaç alerjisi olup olmadığının sorgulanması hemşirenin önemli sorumlulukları arasındadır. Hastanın taburcu olması durumunda ise kullanacağı ilaçlar hakkında hastaya sözlü ve yazılı olarak eğitim verilmelidir. (Saygılı ve diğerleri,2015).

2.4.6. Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları

İlaç kullanımında yaşanan hatalar, çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bunlar, hastalık ve ölüm oranlarının yükselmesi, ilaçların beklenmeyen yan etkilerinin artması, kaynakların gereksiz yere tüketilmesi sonucu ilaçlara erişimin zorlaşması, direnç oluşması nedeniyle basit hastalıkların tedavi sürelerinin uzaması ve bunun sonucunda sosyo-ekonomik maliyetin artması gibi sorunları içerir (Büyüker ve Odabaşı, 2018).

Bu zorlukların üstesinden gelmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer uluslararası kuruluşlar, akılcı ilaç kullanımını desteklemek üzere çeşitli adımlar atmaktadır. Bu kapsamda temel ilaç listeleri oluşturulmakta, sağlık profesyonelleri eğitilmekte, ilaç bilgisi desteklenmekte ve ilaç maliyetlerinin kontrol altına alınması hedeflenmektedir. Akılcı ilaç kullanımı hem sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı hem de hastaların sağlık durumunu korumayı amaçlayan kritik bir önlemdir (Büyüker ve Odabaşı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, ilaçların %50'den fazlası yanlış reçetelenmekte, uygun olmayan kaynaklardan temin edilmekte veya hatalı bir şekilde satılmaktadır. Aynı zamanda tüm hastaların yarısı ilaçlarını uygun olmayan şekillerde kullanmaktadır (Aydın ve Gelal, 2012).

Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde sağlık alanında birçok uluslararası kurum ve kuruluş çaba göstermektedir. Bu amaçla, ilaçların akılcı bir şekilde kullanılmasına yönelik ilk adım 1977'de atılmıştır. DSÖ, “1. Temel İlaç Listesi”ni yayınlayarak ülkelerin kendi temel ilaç listelerini oluşturmasına yardımcı olmuştur (İnce, 2018).

Temel ilaçlar, toplumun sağlık hizmeti gereksinimini karşılayan, her zaman uygun dozda ve uygun formlarda bulunabilen, toplumun maliyetini karşılayabileceği ilaçlardır. Bu sayede temel ilaçların öncelikli olarak kullanılması, daha iyi reçetelenmesi, kolayca temin edilmesi ve sağlık sistemine daha düşük maliyetli bir şekilde katkı sağlaması hedeflenmektedir (İnce, 2018).

Nairobi’de (1985) düzenlenen bir Dünya Sağlık Örgütü toplantısında, akılcı ilaç kullanımının tanımı yapılmış ve yol gösterici bir metin yayımlanmıştır. Bu çerçevede, 1989’da Uluslararası Akılcı İlaç Kullanım Ağı (INRUD- International Network for the Rational Use of Drugs) kurulmuş ve çok disiplinli projeler aracılığıyla akılcı ilaç kullanımının

yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda ülkeler düzeyinde çeşitli adımlar atılarak akılcı ilaç kullanımını teşvik etmeye yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Yılmaz, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi birçok diğer kuruluş, 1990'lı yılların başından itibaren akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek için adımlar atmış ve sağlık profesyonellerine yönelik bilgilendirme toplantıları düzenlemiştir. Bu çerçevede, sağlık çalışanları için özel eğitim programları oluşturulmuştur (Phillips ve Bredder, 2002). İyi reçete yazma rehberi (Guide to Good Prescribing) 1994 yılında hazırlanarak birçok ülkenin akılcı ilaç kullanım programlarını başlatmasına öncülük edilmiştir (De Vries ve diğerleri, 1994).

Tayland'da 1997 yılında düzenlenen 1. Uluslararası İlaç Kullanımının İyileştirilmesi Konferansı, akılcı ilaç kullanımıyla ilgili uygun araştırma dizaynına sahip tüm yayınları sunma fırsatı sağlamıştır (Yılmaz, 2019). Bu çabaların bir sonucu olarak, 1999'un sonlarında DSÖ'ye üye 156 ülke, ulusal standart tedavi yönergelerine uygun olarak temel ilaç listelerini oluşturmuştur (Yılmaz, 2019). DSÖ Temel İlaç Listesi, 1977 yılından bu yana iki yılda bir güncellenmekte olup, en son sürümleri Haziran 2019'da yayımlanmıştır (DSÖ, 2019).

Akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi amacı ile DSÖ'nün ortaya koyduğu 12 temel öneri bulunmaktadır. Akılcı ilaç kullanımının teşviki için DSÖ'nün belirlediği öneriler şunlardır:

- İlaç kullanımına ait politikaları izleyecek, denetleyici ve düzenleyici bir kurum yaratmak
- Klinik bulgu ve tedavi kılavuzlarından faydalanma
- Temel ilaçlar listesi oluşturulmasında öncelikli tedavileri esas alma
- Hastanelerde ve belirli bölgelerde ilaç komitelerinin kurulması
- Tıp fakültelerinde okuyan öğrenci hekimlerin farmakoterapi eğitimi almasının sağlanması
- Sürekli tıp eğitiminin hizmet içinde verilmesi
- Geri bildirim ve denetleme sistemlerinin geliştirilmesi
- İlaçlar ile ilgili tarafsız ve eksiksiz bilgi verilerinin kullanılması
- İlaçlar konusunda toplumların bilgilendirilerek eğitilmesi
- Uygun olmayan mali teşviklerin önlenmesi

- Zorunlu olan ve uygunluğu belirlenen dzenlemelerin hayata geçirilmesi
- İlaçların ve görevli personellerin varlığını güvence altına alarak gerekli tedbirlerin alınması Kaynak: (Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni, 2015; DSÖ, 2002).

2.4.7. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları

Türkiye’de akılcı ilaç kullanımıyla ilgili faaliyetler 1990’lı yıllarda başlamıştır. ne çıkan ilk adım Tıp Fakültelerinde “Probleme Dayalı Akılcı Tedavi Eğitimi” nin uygulamaya konulmasıyla atılmıştır (Akılcı, 2013). AİK ile ilgili ilk çalışmalar ülkemizde 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış ve 1992–1994 yılları arasında Bilecik ve Eskişehir ’de hekimlerin ve halkın AİK konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik araştırmalar yapılmıştır (şahingöz ve Balcı, 2013).

1993 yılı Nisan ayında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) tarafından “AİK Alfabeti” isimli kitap, yayımlanmıştır. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1996 yılında Dünya Sağlık rgt ve Groningen niversitesi iş birliğiyle geliştirilen bir eğitim modeli ile probleme dayalı akılcı ilaç kullanımı eğitimi pilot olarak başlatılmış, bu pilot uygulama daha sonra tıp eğitimine entegre edilerek yaygınlaştırılmıştır (Terzioğlu ve Gülpınar, 2019).

İkinci Sağlık Projesi kapsamında 1997 yılında lkemizin AİK konusunda yerini ve durumunu tespit edebilmek için gerekli insan gücünü geliştirmek adına 19 Akademisyen ve 1 Sağlık Bakanlığı alışanı, Hollanda Groningen Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı tarafından verilen “AİK Eğitmen Eğitimi” programına bu konuda eğitim almak üzere gönderilmiştir (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları,2004-2005). Eylül 1999’da “Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakoloji alışma Toplantısının Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanım İlkelerinin Uygulanmasındaki Yeri” ile devam edilmiştir (Oktay, 2006).

Yükseköğretim Kurulu'nun niversiteler arası komite başkanları tarafından tüm tıp fakültelerine akılcı farmakoterapi eğitimine müfredatlarında yer verilmesi tavsiye edilmiştir Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında start verdiği Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte başlattığı ve belirlediği sekiz hedef den biri de ‘Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kuramsal Yapılanması’ olmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2003: 20).

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi büyük bir değişiklik geçirdi. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi farklı kurumlar aracılığıyla sunulan sağlık hizmetleri, 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirildi. Ayrıca, 2007 yılında SGK tarafından “Medula” adı verilen bir sistem uygulamaya konuldu. Medula sistemi, özellikle ilaç harcamalarının takibini yapmak amacıyla geliştirildi ve kullanılmaktadır (Özata, 2010).

Hastaların eczaneden ilaçlara erişimini daha güvenli hale getirmek için “İlaç Takip Sistemi (İTS)” ile sanal ortamda takibi sağlanmaktadır. İlaçların takip edilebilmesi ile kayıt altına alınarak sahte ilaçların önüne geçilebilmesi ve ilaçlar ile ilgili hazırlanacak politikalara veri oluşturmak amacıyla 1 Ekim 2009 tarihinde İlaç Takip Sistemi ve Karekod Uygulamasına geçiş yapılmıştır (İlaç Takip Sistemi, www.its.gov.tr).

İlaç Takip ve İzleme Sistemi (İTS), ilaçların tedarik ve dağıtım süreçlerinde izlenmesini sağlayarak hasta güvenliğini artırmayı amaçlamıştır. (Aksoy ve diğerleri, 2015). 2010 yılında İTS'nin yanı sıra, Akılcı İlaç Kullanımı ilkelerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Bu dönemde ilaç takip sistemi, karekod uygulamasıyla desteklendi ve bu sistem, ilaç kullanımındaki sorunların önüne geçmeyi, hileli ilaçları takip etmeyi ve veri oluşturarak politika oluşturmayı amaçlanmıştır (Yağar ve Soysal, 2018).

Düzenleyici bir kurum olarak, 2011 yılında Kasım ayında “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” (TİTCK) kuruldu ve faaliyete geçti. TİTCK'nın kurulmasıyla beraber, 2012 yılında TİTCK bünyesinde “Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi” de faaliyete geçirilmiştir. Aynı yıl içerisinde, zorunlu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması başlatılmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) geri ödeme listesinde yapılan düzenlemelerle ilaç kullanımında tasarruf sağlamak amacıyla çeşitli adımlar atıldı. 2012 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulmasıyla beraber, Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Daire Başkanlığı da oluşturulmuştur (Aydın ve Gelal, 2012).

Elektronik reçete sistemi 2013 yılında zorunlu hale geldi. Bu sistemle ilaç yazım ve temin aşamalarındaki karmaşıklıkların azaltılması ve kolaylık sağlanması hedeflenmektedir (Gürhan,2016). Aynı yıl içerisinde hazırlanan AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017 kapsamında, tüm illerde en az 4 kişilik AİK il koordinatörlükleri kurulmuştur. Bu koordinatörlükler altı ayda bir değerlendirme toplantıları düzenlemektedir. Bu eylem planıyla akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin koordinasyonu ve iş birliği sağlanarak,

etkilenen taraflarda akılcı ilaç kullanımına yönelik davranış değişikliği hedeflenmiştir (TİTCK,2022).

Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi'nin adı 2014 yılında,"Akılcı İlaç Kullanımı Birimi" olarak değiştirildi. Bu birim, akılcı ilaç kullanımına yönelik faaliyetleri yürütmektedir (Aksoy ve diğerleri,2015; Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Bunun yanı sıra, Hastane Hizmet Kalite Standartları'na dayalı olarak, hastanelerin sürece dahil edilmesi, sağlık çalışanları ve hastaların farkındalığının artırılması amacıyla "Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz" ve "Akılcı İlaç Kullanımı Oturumları Hakkında Kılavuz" gibi yayımlamalar gerçekleştirilmiştir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2011).

2.4.8. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Ülkelerin olanakları ölçüsünde olumlu veya olumsuz çok sayıda etkene bağlı olarak ilaç kullanımı çeşitliliği artmıştır. Bu çeşitlilik nedenleri arasında en önemlisi toplu iletişim araçlarının aktardığı verilerdir. Toplu iletişim araçları ile oluşan bilgi kirliliği, ilacın irrasyonel kullanımı sorununa yol açmıştır (Baybek ve diğerleri,2005).

Hastaların ilaca, ilaç dışı tedavilere, ilaç olmayan fakat ilaç izlenimi verilen kontrolsüz reklamı yapılan ürünlere, tezgâh üstü ilaçlara erişimi bu veriler yoluyla kolaylaşmıştır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), sadece hekim ya da tedavi alan hasta ile ilgili değil, bunların haricinde ilaçla ilgili sorumluların kısaca halk sağlığının sorunu haline gelmiştir (Macit ve diğerleri,2019).

Akılcı ilaç kullanım ilkelerinden (doğru tanı konulması, doğru ilacın seçilmesi, tedavi başarısının, hasta uyumunun ve ilaç yan etkilerinin izlenmesi, çoklu ilaç kullanımında ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi, tedavi maliyetinin değerlendirilmesi) birinde eksiklik olması "Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı" olarak tanımlanır (Hong, 2019).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının bir başka tanımında ise; klinik bulgularla örtüşmeyen tedavi yöntemleri, pazara sunulan yeni ilaçların yanlış seçimi, ilaç kullanımında özellikle uygulama ve süreden kaynaklı sorunlar, İlaç kullanım endikasyonunun bulunmadığı durumda ilaçla tedavi, dozun aşırısı ya da eksik alımı gibi nedenleri içeren dikkatsizlikler yer almaktadır (Doğukan M., 2008).

DSÖ'ye göre tüm ilaçların yarısından fazlasının dağıtımı, satışı ve reçetesi uygunsuz şekilde yapılmakta ve hastaların yarısı ilaçları yanlış şekilde kullanmaktadır. Aşırısı, yetersiz

ya da yanlış ilaç kullanımı kaynakların israfına neden olmakta ve sağlıkta geniş boyutta tehlikelerle sonuçlanmaktadır (DSÖ 2017, Yılmaz ve diğerleri,2018). Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tüm sağlık hizmetlerinde yaygın bir sorundur. Artan mortalite, morbidite, istenmeyen ilaç reaksiyonları (yan etki), kötü hasta sonuçlarına ve kıt kaynakların israfına neden olmaktadır.

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri:

- Fazla miktarda ilaç kullanımı,
- İlaçla tedavinin gereksiz olduğu hallerde ilaç kullanımı,
- Spesifik durumlarda yanlış tedavinin seçilmesi,
- Kesin olmayan/kanıtlanmamış yan etkileri bulunan ilaçların tercih edilmesi,
- Kesin olmayan güvenlik konumuna sahip ilaçların tercih edilmesi,
- Bulunabilir, güvenli ve etkili ilaç tercihinde başarısız sonuç,
- Doğru ilaçların uygunsuz şekillerde (süre, yol, miktar) kullanılması,
- Klinik kılavuza uymayan reçetelerin verilmesi,
- İlaçların reçetesiz temin edilip kullanılması,
- İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerinin dikkate alınmaması,
- Hasta bilgilendirmesinin yetersiz yapılması vb. durumlar örnek verilebilir (Cengiz, 2018).

Ayrıca bunlara istenmeyen bireysel tedavi yöntemleri eklenmekte, gereksiz antibiyotik ve enjeksiyon kullanımı gibi birçok sorunda dahil edilmektedir. Gereksiz istenmeyen vitamin, gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin eklenmesi ile ilaç-ilaç etkileşimleri ve/veya besin-ilaç etkileşimlerinin göz ardı edilmesi gibi birçok faktörde dahil edilmektedir (TİTCK, 2020).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Nedenleri

Akılcı ilaç kullanımına dikkat edilmemesi, akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olmaktadır (Tosun ve Hoşgör, 2021). Bu tür ilaç kullanımı, kişi ve toplum sağlığı için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır ve sağlık koruma çabalarının önünde büyük bir engel olarak durmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımının kökeni, sosyokültürel, ekonomik, eğitimsel ve yönetsel davranışlarda yatmaktadır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tıbbi etik değerlere aykırıdır ve bireylerin sağlığını riske atabilir, tedavi süreçlerini olumsuz etkileyebilir ve toplum sağlığını tehdit edebilir. Akılcı

olmayan ilaç kullanımının nedenlerini daha detaylı bir şekilde sıralayabiliriz (Yeşildağ, Ağırbaş ve Yılmaz, 2022):

Bilgi Eksikliği: İlaç kullananlar, ilaç sağlayıcıları ve kullanım talimatlarının verilmesi gerekenler arasında bilgi eksikliği yaygın bir sorundur.

Tıp Eğitimi Hataları ve Yetersizlikleri: Hatalı tıp eğitimi ve eksiklikler, akılcı ilaç kullanımının önünde bir engel oluşturabilir.

Hekim-Hasta İletişim Eksikliği: Hekimlerle hastalar arasındaki iletişim eksikliği, gereksiz ilaç kullanımına yol açabilir.

Yetersiz Tanı: Doğru tanı konulamaması, gereksiz ilaç kullanımına sebep olabilir.

Hasta Talepleri: Hasta talepleri, gereksiz ilaç kullanımını teşvik edebilir.

Kusurlu İlaç Talep Sistemleri: İlaç talep sistemlerinin kusurlu olması, gereksiz ilaç kullanımını artırabilir.

İlaçla İlgili Yasal Kısıtlamalar: İlaçla ilgili yasal kısıtlamalar, akılcı olmayan kullanımı etkileyebilir.

İlaç Üreticilerinin Tanıtım Faaliyetleri: İlaç üreticilerinin agresif tanıtım faaliyetleri, gereksiz ilaç kullanımını artırabilir.

Dünya genelinde yaygın olarak görülen bazı akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri şunlardır:

Fazla İlaç Kullanımı (Polifarmasi): Hasta başına düşen ilaç kullanımının fazla olması, akılcı olmayan ilaç kullanımını artırabilir.

Tanı Konulmasından Önce Olası Tanılara Yönelik Tedaviler: Kesin tanı konulmadan tedavi edilmesi, gereksiz ilaç kullanımına yol açabilir.

İlaçların Yanlış Formda Kullanılması: İlaçların yanlış formda tercih edilmesi, akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilir.

Hatalı Kesilme: İlaçların yanlış şekilde kesilmesi, olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Doktor Tavsiyesi Olmadan Reçetesiz İlaç Kullanımı: Hekim önerisi olmadan reçetesiz ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımına örnek teşkil eder.

Doz ve Kullanım Süresinde Hatalar: İlaçların yanlış doz ve sürelerde kullanılması, etkisiz olmalarına veya yan etkilere neden olabilir.

Hekim Dışı Kaynaklardan İlaç Tavsiyesi: Hekim dışında başka kaynaklardan ilaç tavsiyeleri, akılcı olmayan kullanıma yol açabilir.

Güvenli Olmayan İlaçlara Erişimde Sınırlamalar: Güvenli olmayan ilaçlara erişimdeki kısıtlamalar, akılcı olmayan kullanımı artırabilir.

İlaçların Son Kullanma Tarihinin Geçmişi: Son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanımı, sağlık risklerini artırabilir.

Antibiyotik Kullanımı: Gereksiz antibiyotik kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımına örnek olarak verilebilir.

İlaç Etkileşimlerine Dikkat Edilmemesi: İlaçların etkileşim gösterebileceği diğer ilaç, bitkisel ürün veya gıdalara dikkat edilmemesi, akılcı olmayan kullanıma yol açabilir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının temel nedenleri arasında çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler genellikle hekimler, hastalar, sağlık sistemleri ve ilaç endüstrisi arasındaki etkileşimlerden kaynaklanır.

Hekim Kaynaklı Nedenler

Hekimlerin kararları, hastaların tedavi süreçlerini belirlemede kritik bir rol oynar. Ancak, bazı durumlarda hekimler arasında eğitim eksiklikleri, yetersiz bilgi, aşırı hasta yükü veya baskılar nedeniyle yanlış tedavi kararları alınabilir. Doğru tanı ve tedavi yöntemlerinin seçilmesi, hastaların sağlık durumlarını olumlu yönde etkiler. Hekimlerin, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini doğru bir şekilde değerlendirmesi, uygun dozajları belirlemesi ve hasta eğitimine önem vermesi gerekmektedir (İnce, 2018).

Hasta Kaynaklı Nedenler

Bazı hastalar, ilaçları yanlış kullanmaya veya gereksiz yere kullanmaya yönlendiren farklı nedenlere sahip olabilir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması, ilaçların yanlış anlaşılması, önceki deneyimler veya çevresel etkiler bu kategoriye girebilir. Hastaların kendi başlarına ilaç kullanma alışkanlıkları, reçetesiz ilaç kullanımı veya tavsiyeler üzerine hareket etmeleri de akılcı olmayan ilaç kullanımını tetikleyebilir (Yeniçeri,2019).

Tedavi ve İlaç Kaynaklı Nedenler

Hastalıkların özellikleri ve tedavi gereksinimleri, bazen akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açabilir. Özellikle kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri veya karmaşık ilaç rejimleri, hastaların ilaçları düzenli kullanmasını zorlaştırabilir. Ayrıca, yanlış dozaj, ilaçların yanlış

formlarda kullanımı veya tedavi sürecinin erken kesilmesi gibi nedenler de akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açabilir (Özkan, 2019).

Sağlık Sisteminden Kaynaklı Nedenler

Sağlık sistemlerinin yapısal sorunları da akılcı olmayan ilaç kullanımını etkileyebilir. Erişim sorunları, uzun bekleme süreleri, ilaç temini güçlükleri veya yetersiz hasta eğitimi gibi nedenler hastaların doğru şekilde ilaç kullanmasını engelleyebilir (Bayrak, 2018).

İlaç Endüstrisinden Kaynaklı Faktörler

İlaç endüstrisinin pazarlama faaliyetleri de akılcı olmayan ilaç kullanımını etkileyebilir. Yanlış veya aşırı ilaç kullanımına yol açabilecek aşırı tanıtım veya hatalı bilgilendirme gibi uygulamalardan kaçınılması önemlidir (Demirci ve diğerleri,2019).

Sonuç olarak, akılcı olmayan ilaç kullanımı, sağlık sistemi, hekimler, hastalar ve ilaç endüstrisi arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanan çok çeşitli faktörler nedeniyle devam etmektedir. Bu nedenlerin anlaşılması ve ele alınması, etkili bir sağlık hizmeti sunumu ve toplum sağlığının korunması açısından önemlidir (Yağcı ve diğerleri,2016).

2.4.9.Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), özellikle gelişmekte olan ülkelerde, Türkiye gibi ve küresel düzeyde ciddiyle ele alınması gereken bir halk sağlığı sorunudur. Bu durum, düzeltilmesi oldukça zor bir davranış biçimi olarak kabul edilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, sadece hastanın hayatını değil aynı zamanda tüm dünyada sosyoekonomik sorunları da tetikleyen önemli bir sağlık sorunudur (Amin ve diğerleri, 2011).

Ülkelerin, yasaları, ekonomik durumu, ilaçlara ulaşım imkânı ve sosyokültürel yapıları, halkın inançları gibi faktörler Akılcı olmayan ilaç kullanımı etkileyebilmekte ve birbiri arasında da etkileşim göstererek Akılcı olmayan ilaç kullanımı problemini daha da önlenmesi zor hale getirmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçlarına bakıldığı zaman;

- İlaçla tedavi kalitesinin azalmasına bağlı morbidite ve mortalitede artış meydana gelmesi,
- Alınan tedavinin yarar sağlamaması,

- İlaç etkilerinde istenmeyen artış,
- Düzensiz antibiyotik kullanımına bağlı oluşan antibiyotik direnci,
- İlaçların enjeksiyon biçiminde fazla ve steril olamayan kullanımlara bağlı yan etkiler ve kan yolu ile bulaşabilecek hastalık riskinin çokluğu,
- İlaçların fazla kullanımından ortaya çıkan uygun olmayan hasta istekleri,
- İlaç stoklarının azalması ile oluşan ilaca erişim zorluğu,
- Hastalarda sağlık sistemine karşı oluşan güvensizlik,
- Hastaların yatış süresinde uzama,
- İlaç bağımlılığı ve maddi kaynakların yanlış tüketimine bağlı temel ilaçlara bile erişimin azalması ile ilaç maliyetinde oluşan artışlar gösterilebilir (Aydın ve Gelal, 2012; Cengiz, 2018).

Akılcı olmayan ilaç kullanımında beklenmeyen ilaç etkilerinin ortaya çıkmasına, uygun olmayacak etki ve dozda ilaç kullanımına, hastalıkların tekrarlamasına veya uzamasına ve tedavi maliyetlerinin yükselmesine de neden olmaktadır (Yılmaz ve Çıtıl, 2022). Akılcı olamayan ilaç kullanımına engel olmak için, DSÖ tarafından birtakım öneriler bulunmaktadır (DSÖ, 2007):

- İlaç kullanım süreçlerini koordine edecek ve politikaların etkilerini takip edecek kurumsal bir yapı oluşturulmalıdır.
- İlaçlarla ilgili karar evrelerini destekleyecek kanıta dayalı kılavuzlar hazırlanmalıdır.
- Temel ilaçlar listelenmeli ve ilaç geri ödemesi kapsamına koyulmalıdır.
- Hastaneler ve çeşitli birimlerde ilaç komiteleri oluşturulmalıdır.
- Problem çözümüne yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- Tıp eğitiminde gelişme sağlayacak yollar bulunmalıdır.
- Kurumlarda denetim sistemi oluşturulmalıdır.
- İlaçlarla ilgili bağımsız veri aktarılmalıdır.
- Okullarda akılcı ilaç kullanımına ilişkin eğitimler düzenlenmelidir.
- Akılcı olmayan reçete yazımını teşvik eden teşvikler engellenmelidir.

- İlaç kullanımı ve sağlık çalışanına ulaşımında adalet ortamı sağlanmalıdır (Şantaş ve Demirgil, 2017).

2.4.10.Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Alınması Gereken Önlemler

Akılcı olmayan ilaç kullanımının engellenmesi amacıyla alınması gereken tedbirler, önceki bölümlerde bahsedilen akılcı ilaç kullanımı önerilerinden farklılık göstermez. Dünya Sağlık Örgütü, bu sorunun çözümüne yönelik geliştirdiği prensipler çerçevesinde ülkelerin kendi sağlık politikaları doğrultusunda çeşitli önlemler almasını teşvik etmektedir. Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması ve teşvik edilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü, temel düzeltici faaliyetleri tüm ülkelere iletmektedir (İlhan ve diğerleri, 2014).

Akılcı ilaç kullanımı süreçlerinde, sağlık personelinin yanı sıra hastalar ve hasta yakınları gibi sağlık hizmetlerini alan bireyler de önemli bir role sahiptir (Şantaş ve Demirgil, 2017). Bu nedenle, akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik adımlarda sağlık personelinin yanı sıra bu bireylerin de etkin bir şekilde dahil edilmesi gereklidir. Özellikle ilaç kullanımının yoğun olduğu gruplara özel girişimlerde bulunmanın önemi vurgulanmıştır (Özer ve Özdemir, 2009).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı konusunda oluşan sorunların önlenmesi veya en aza indirilmesi hususunda öncelikli olarak akılcı biçimde ilaç kullanımının sağlanması gerekmektedir. Bu hususta dikkat edilmesi gereken bazı hususlar (Özer ve Özdemir, 2009):

- Hastaların gereksiz antibiyotik kullanımını önlemek için eczanelerin antibiyotik satışından önce hekim kontrolüne yönlendirilmesi sağlanmalıdır
- İlaçların akılcı kullanılması konusunda toplumun medya aracılığı ile görsel ve işitsel olarak devamlı güncel tutulması gerekmektedir
- Topluma piyasada bulunan bütün ilaçların her bir bireye aynı düzeyde etki sağlamayacağı hususunda bilgilendirme yapılması önemlidir (Ercan ve Biçer, 2019).
- Hastanın uyguladığı ilaç tedavisinin tamamlanmaması durumunda ilaçların imhası sağlanarak, çocuk zehirlenmeleri, ilaç savurganlığı ve ilaç biriktirme alışkanlığının önüne geçilmesi bağlamında atık ilaçları toplama projeleri teşvik edilmelidir (Pınar, 2012).

- Hekim adaylarının fakülte eğitimi süresi boyunca teorik müfredatın yanında probleme ilişkin derslerin miktarını artırmak akılcı olmayan ilaç kullanımının azaltılması noktasında önem arz etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).
- Hekimlerin piyasaya yeni giren ve yüksek fiyatlı ilaçları reçetelemelerinin ve finansal bağlamda kar elde etmelerinin önüne geçilmesi gerekmektedir
- Sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim programlarının kalitesinin artırılması ve daima güncel tutulması ilaçların akılcı kullanılmasında önemli bir yer tutmaktadır

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın tipi, araştırmanın evreni, örnekleme, araştırma grubunun özellikleri, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, araştırmanın uygulandığı yer ve zaman, veri toplama zaman aralığı, veri toplama araçları, katılımcıların özellikleri, araştırmada yer alan bağımlı ve bağımsız değişkenler, toplanan verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler, araştırmanın etik yönü ve hazırlanan yapılandırılmış uygulamaların amacı ve oturumların içeriğine ilişkin bilgilere değinilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi için verilen eğitimin etkisini belirlemeyi amaçlayan yarı deneysel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman

Araştırmanın veri toplama süreci Mart 2022 - Aralık 2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırma konusunun belirlenmesinden tez raporunun hazırlanması ve sunumuna kadar olan süreç Şubat 2022- Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı Bolu ili, Türkiye'nin Batı Karadeniz Bölümü'nde yer alan özel bir il olarak termal turizm açısından büyük bir potansiyele sahiptir. Bu doğal güzelliklerle bezeli il, zengin termal kaynakları ve benzersiz coğrafi konumuyla termal turizmin önemli bir merkezi haline gelmiştir. Bolu'nun termal turizm potansiyeli, şifalı suların sunduğu rahatlama ve tedavi imkanlarıyla birleşerek, yerli ve yabancı turistler için cazip bir destinasyon olmasını sağlamaktadır (Erşahin ve Şerifeken, 2002).

Bolu, sıcak su kaynakları bakımından oldukça zengin bir bölgede yer almaktadır. Termal suların fiziksel ve kimyasal özellikleri, doğal kaynaklardan gelen minerallerle zenginleşir. Bu da sağlık açısından önemli faydalar sunar. Bolu'nun termal su kaynakları hem eğlence hem de tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Zengin mineral içeriği, cilt problemlerinden romatizmal rahatsızlıklara kadar çeşitli sağlık sorunlarının tedavisine yardımcı olur (Bolu Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü, 2018).

İlde bulunan termal tesisler, modern tıbbi teknoloji ve uzman kadrosuyla konuklara üst düzey sağlık hizmeti sunmaktadır. Kadrolu uzman doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler, tedavi süreçlerini yönlendirirken, eğitilmiş yardımcı sağlık personeli de konforlu bir deneyim sunar. Ayrıca, termal tesislerdeki etik değerlere uygunluk ve veri gizliliği, konukların güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak için önemli bir rol oynar (Bolu Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü, 2018; Bolu Valiliği, 2018).

Bolu'nun termal turizm potansiyeli, sadece sağlık açısından değil, aynı zamanda doğal güzellikler ve alternatif turizm aktiviteleri açısından da zengindir. İl, Karadeniz ikliminin etkisiyle yeşil doğasıyla çevrili olup, çeşitli doğa yürüyüşleri, doğa sporları ve açık hava etkinlikleri için ideal bir ortam sunar. Bu, turistlere hem rahatlama hem de etkileyici doğa deneyimleri sunma imkanı tanır (Bolu Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü, 2018; Bolu Valiliği, 2018).

İl genelinde 31 turizm işletme belgeli, 120 adet mahalli idare belgeli ve 12 kamu misafirhanesi olmak üzere toplam 163 tesis bulunmaktadır. Bu tesislerin toplam yatak kapasitesi 4.657'ü turizm belgeli olmak üzere toplam 9.205'tir. 2022 yılında tüm konaklama tesislerinde 125.643 yabancı, 989.560 yerli olmak üzere toplam 1.115.203 konaklama sayısı gerçekleşmiş olup, 2021 yılına göre yaklaşık %26 artış olmuştur. (<https://bolu.ticaret.gov.tr/>, 2023).

Araştırma Bolu İlinde bulunan Bolu Gazella Resort SPA Otel, Sarot Thermal Corporation ve Narven Termal Kasaba tesislerinde yapılmıştır. Gazelle Resort ve SPA Oteli, kendine özgü bir alanın içerisinde kurulmuş olan bir tesis olarak dikkat çekmektedir. Toplamda 17.000 m²'lik bir alana yayılan bu otelin 800 m² ile 2 km arasındaki kısmı ormanın içine yerleştirilmiştir. Bu ormanlık alanda ziyaretçiler için yürüyüş ve trekking parkurları da bulunmaktadır. Otel, özellikle SPA konsepti üzerine kurulmuş olup, bu sebeple tesisin en geniş alanı SPA merkezine ayrılmıştır. Sarot Termal Palace ve Sarot Termal Vadi olarak hem otel hem de devre mülk şeklinde hizmet vermektedir. 65°C deki termal suyun sıcaklığı,

böbrek, idrar yolu rahatsızlıkları ve romatizmaya iyi gelmektedir. 59,000 m²'lik bir alanda bulunan tesis 2 etaptan oluşmaktadır. Narven Termal Kasaba, 450.000 m² alanda yer alarak büyük bir projeyi temsil etmektedir. 1200 metre uzunluğunda ve 400 metre genişliğindeki bu geniş arazi, Anadolu'nun Karaağaç bölgesinden aldığı ismiyle adeta doğayla bütünleşen bir "Sağlık Kasabası" konseptiyle tasarlanmıştır (TUTAP,2023).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Termal turizm kapsamında bölgede hizmet veren 8 termal tesis bulunmaktadır ve bu tesislerde toplam 907 kişi çalışmakta olup bu bireyler araştırma evreni olarak kabul edilmiştir. Çalışmada g-power örnekleme yöntemi kullanılarak 51 kişi deney, 51 kişi kontrol olmak üzere toplam 102 kişi örneklem grubunu oluşturması hedeflenmiş ancak olası vaka kayıpları için artırma gidilerek toplamda 72 kontrol ve 101 deney grubu toplam 173 çalışan ile araştırma tamamlanmış, post hoc güç analizinde araştırmanın gücü %95 bulunmuştur.

Araştırma ön test, son test ve Tanıtıcı Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında deney grubunda olan çalışanlara sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi eğitimi verilmiştir. Sekiz haftalık eğitimin başında ve eğitimden bir ay sonra veri toplanmıştır. Kontrol grubuna araştırma kapsamında bir uygulama yapılmamış, araştırmanın tamamlanmasından sonra tüm eğitim konuları yazılı materyaller olarak broşür şeklinde gönderilmiştir.

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 21 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada normal dağılım Gauss Eğrisi, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov Smirnov testleri ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-kare testi, Paired Samples testi, Student-t Test ile analiz edilmiştir. P<0,05 düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Araştırmanın uygulama aşamasından önce kurum izni, etik kurul izni, ölçek kullanım izni ve katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Termal Turizm Alanında hizmet veren işletmelerde çalışmak (En az 1 yıldır)
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Türkçe konuşabilmek ve anlayabilmek,

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Araştırma kapsamındaki eğitimleri takip etmemek (En az iki eğitim)
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarını yanlış/eksik doldurmak

3.7. Veri Toplama Formları

Anket Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (Ishikawa and Yano, 2008; Abacıgil ve diğerleri, 2019; Demirli, 2018; Bukecik ve Adana 2021) ile Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi) ve sağlık/hastalık bilgileri (hekim tanılı kronik hastalık varlığı, düzenli olarak ilaç kullanım durumu, oturduğu yerin sağlık kuruluşuna olan uzaklığı, hastalık durumundaki ilacı uygun şekil, miktar ve sürede kullanımı davranışı) ile ilgili toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ):

Cengiz ve Özkan (2018) tarafından diyaliz işlemi gören hastalarda, uygulanan eğitim programının ilaç kullanımlarında akılcı yaklaşımların etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları doktora tez çalışmasında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Cengiz , 2018). Beşli likert tipte olan ölçek toplam 21 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Maddeler “hiçbir zaman: 1, nadiren: 2, ara sıra: 3, çoğu zaman: 4 ve her zaman: 5” şeklinde puanlanmaya tabi

tutulmuştur. Ölçekte sadece 17. madde ters olarak puanlanmaktadır. Değerlendirme sonucu ölçekten alınan toplam puanlama 21 ile 105 arasında değişirken puan artışı ile Akılcı İlaç Kullanımı bilinç düzeyi artmaktadır. Toplam puana göre ölçek değerlendirilmesinde bilinçli ilaç kullanımında seviye, alınabilecek toplam puanın 21-52 arası olması durumunda düşük düzey, 53-67 arası olduğunda orta düzey, 68-105 arası durumunda ise yüksek düzey olarak tanımlanmıştır. Ölçekte Cronbach alfa katsayı 0.84 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayı 0.942 olarak bulunmuştur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-(T-SOY) 32:

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Scale-European Union HLS-EU) çalışmasından temel alınarak Abacıgil ve diğerleri, (2016) tarafından geliştirilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı ve ASOY-TR Çalışmasında edinilen deneyimler ışığında, yeni likert ölçeği için kavramsal çerçevede bir değişikliğe gidilmiştir; ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik bir likert ölçek geliştirilmiştir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Likert Ölçeği, ek olarak, 15 uzmanın görüşüne sunulmuştur. On üç uzman değerlendirmeyi gerçekleştirmiş ve görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların geri bildirimleri değerlendirildiğinde, dört madde için iki farklı uzman tarafından verilen hem uygun hem uygun değil tanımı, çekinceleri değerlendirilerek uygun olarak işaretlenmiştir. Bir araştırmacı tarafından “uygun/uygun değil” işaretlemesi yapılmayan maddeler kendisi ile görüşülerek, “uygun” bulunduğu için açıklama yapılmadığı gerekçesi sonrasında “uygun” olarak işaretlenmiştir. Bir uzman, sadece puan bölümünü boş bırakmıştır. Kendisine ulaşamadığından, bu veri kayıp veri olarak kabul edilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı Likert Ölçeğine, 32 maddelik bir ölçek olarak son şekli verilmiş ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. İndeks = (ortalama-1) x (50/3). Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama

sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.Ölçekte Cronbach alfa katsayı 0.78 olarak saptanmıştır.Bu çalışmada Cronbach alfa katsayı 0,964 olarak bulunmuştur.

Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

3.8. Eğitim İçeriğinin Oluşturulması

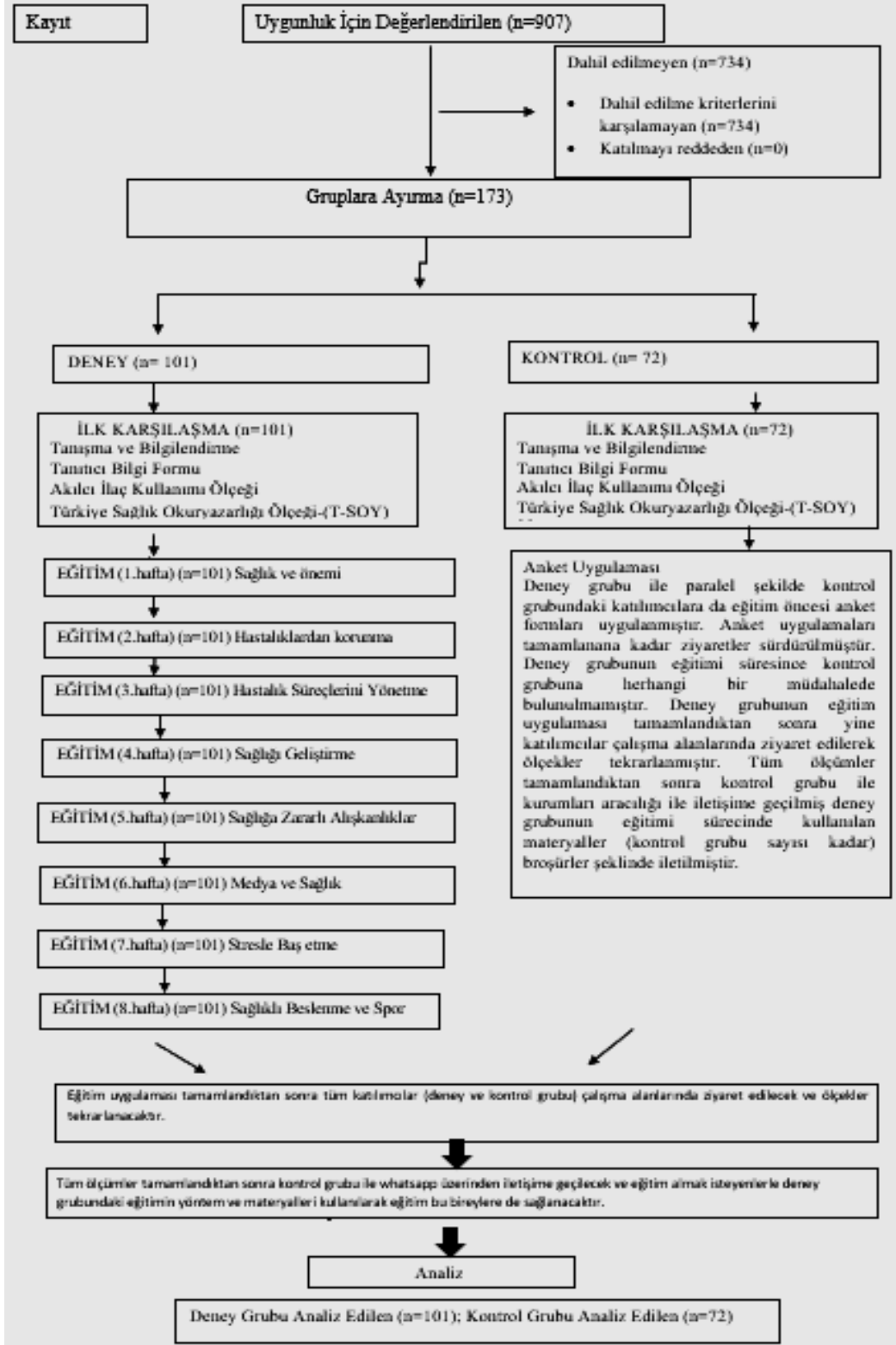
Araştırmanın eğitim içeriği araştırmacı tarafından literatür ve uzman görüşleri (1 Halk Sağlığı Hemşireliği Profesörü, 3 Halk Sağlığı Hemşireliği Doçenti, 1 Halk Sağlığı Profesörü, 1 Turizm İşletmeciliği Doçenti,1 Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Mezunu Dr. Araştırma görevlisi) doğrultusunda oluşturulmuş ve aşağıdaki konuları kapsamıştır.

Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi Eğitimi Konuları

1. Sağlık ve Önemi
2. Hastalıklardan Korunma
3. Hastalık Süreçlerini Yönetme
4. Sağlığı Geliştirme
5. Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar
6. Medya ve Sağlık
7. Stresle Baş Etme
8. Sağlıklı Beslenme ve Spor

3.9. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması yapılmamıştır.



Şekil 3. Akış şeması.

3.9.1. Deney Grubu Uygulama Süreci

Araştırmanın ön anketleri kurumların izin verdiği gün ve saatlerde ziyaretler yapılarak katılımcılara gözlem altında doldurulmuştur. Anket uygulamasını tamamlayan katılımcıların iletişim adresleri alınmış (Telefon numarası) ve girişimsel uygulamalar bu kanalla uygulanmıştır. Tüm anket uygulamaları tamamlandıktan sonra katılımcılara Whatsapp üzerinden ulaşılarak, online eğitim programına başlanmıştır. Eğitim sekiz oturumdan (haftada bir ve 30'ar dakika) oluşmuş ve uygulama video-konferans yolu ile 5-10 kişilik gruplar oluşturularak yapılmıştır. Eğitimler sekiz ana başlıktan oluşturulmuş ve her eğitim için bir oturum yapılmıştır. Katılımcıların eğitim günlerinde ve saatlerinde eğitimlere tam katılımı sağlanmıştır. Eğitimler 1 Haziran-30 Temmuz 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Eğitimler sürerken hatırlatıcı ve pekiştirici whatsapp mesajları da kullanılmıştır. Katılımcıların soruları hem eğitimler sırasında yüz yüze yanıtlanmış; hem de pekiştirme sürecinde Whatsapp yolu ile yanıtlanmaya devam edilmiştir. Eğitim uygulaması tamamlandıktan sonra yine katılımcılar çalışma alanlarında ziyaret edilmiş ve ölçekler tekrarlanmıştır.

3.9.2. Kontrol Grubu Uygulama Süreci

Deney grubu ile paralel şekilde kontrol grubundaki katılımcılara da eğitim öncesi anket formları uygulanmıştır. Anket uygulamaları tamamlanana kadar ziyaretler sürdürülmüştür. Deney grubunun eğitimi süresince kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Deney grubunun eğitim uygulaması tamamlandıktan sonra yine katılımcılar çalışma alanlarında ziyaret edilerek ölçekler tekrarlanmıştır. Tüm ölçümler tamamlandıktan sonra kontrol grubu ile kurumları aracılığı ile iletişime geçilmiş deney grubunun eğitimi sürecinde kullanılan materyaller (kontrol grubu sayısı kadar) broşürler şeklinde iletilmiştir.

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada sağlık okur yazarlığını geliştirme eğitimi, bireylerin kişisel özellikleri ile eğitim öncesi Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları bağımsız değişken, eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (21.01.2022/337302 resmi izinler, gönüllülerden yazılı onam ve araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan kontrol grubundaki çalışanlarada eğitim grubunda uygulanan sürece benzer şekilde haftada iki gün ve 20 dakika süren toplam sekiz oturumluk sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik eğitim iletilmiştir.

3.12. İstatistiksel Yöntemler

Araştırmanın verileri SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Mod, Medyan, Aritmetik Ortalama, standart sapma, sıklık, yüzdeler), normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, Student t-testi, Paired Samples testi ile analiz edilecektir; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U, ve Wilcoxon test kullanılmıştır. Normal dağılım analizi kapsamında; Gauss eğrisi ve ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyi hesaplanmıştır.

3.13. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama sürecinin Covid-19 Pandemi sürecine denk gelmesi ve İşletmelerin doluluk oranlarındaki yoğunluklar nedeni ile veri toplama süreci uzamıştır.

3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, uygulama sürecinde Bolu ilinde bulunan termal turizm işletmelerinde çalışan ve çalışmaya katılan kişilerden elde edilen verilerle sınırlıdır.
- Araştırma Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
- Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır.

3.15. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan bireylerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıtacağı varsayılmıştır.

4. BULGULAR

Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi amacıyla ön test son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılan bu araştırma sonuçlarına ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur. Bu bölümde deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların kişisel özelliklerine, sağlığa ilişkin özelliklerine, çalışma özelliklerine, sağlık okuryazarlığı düzeylerine ve eğitim öncesi ve sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY) toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ait verileri, akılcı ilaç kullanım düzeylerine ve eğitim öncesi ve sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ait verileri sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).

Kişisel Özellikler	Deney (n=101)		Kontrol (n=72)		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Cinsiyet						
Kadın	57	56,4	45	62,5	102	118,9
Erkek	44	43,6	27	37,5	71	81,1
Medeni Durum						
Evli	50	49,5	28	38,9	78	88,4
Bekar	51	50,5	43	59,7	94	110,2
Eğitim Durumu						
İlkokul	15	14,9	7	9,7	22	24,6
Ortaokul	14	13,9	12	16,7	26	30,6
Lise	40	39,5	29	40,3	69	76,9
Önlisans	16	15,8	5	6,9	21	22,7
Lisans	11	10,9	19	26,4	30	37,3
Lisansüstü	5	5,0	-	-	5	5
Kitap Okuma Durumu						
Hiç	31	30,7	18	25,0	49	55,7
Ara Sıra	52	51,5	34	47,2	86	98,7
Sık Sık	18	17,8	20	27,8	38	45,6
Yaş(Min-Max)	X±SS	30,99±8,680(18-58)		30,97±10,94(18-68)		

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların kişisel özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların %56,4'ünün (n=57) kadın, %43,6'sının (n=44) erkek olduğu kontrol grubundaki katılımcıların %62,5'inin (n=45) kadın, %37,5'inin (n=27) erkek olduğu; deney grubundaki katılımcıların %50,5'inin (n=51) kontrol grubundaki katılımcıların %

59,7'sinin (n=44) bekar olduğu; deney grubundaki katılımcıların %36,6'sının (n=40) kontrol grubundaki katılımcıların % 40,3'ünün (n=29) lise mezunu olduğu; deney grubundaki katılımcıların %51,5'nin (n=52) kontrol grubundaki katılımcıların % 47,2'sinin (n=34) ara sıra kitap okudukları sonucu bulundu.

Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin çalışma özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).

Çalışma Özellikleri	Deney (n=101)		Kontrol (n=72)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Görevi						
SPA Çalışanı	12	11,9	6	8,3	18	20,2
Temizlik Çalışanı	15	14,8	13	18,1	28	33
Resepsiyon Görevlisi	10	9,9	4	5,6	14	15,5
Halkla İlişkiler Çalışanı	10	9,9	14	19,4	24	29,3
Masör/Tellak/Keseci	11	10,9	3	4,2	14	15,1
Hemşire/Paramedik/Fizyoterapist	8	7,9	2	2,7	10	10,7
Genel İşler	35	34,7	30	41,7	65	76,4
Çalışma Yılı						
0-5	66	65,3	47	65,2	113	130,5
6-10	19	18,8	11	15,3	30	34,1
11-15	13	12,9	4	5,6	17	18,5
16 ve üzeri	3	3,0	10	13,9	13	16,9
Gelir Düzeyi						
Gelir Giderden Az	46	45,5	25	34,7	71	80,2
Gelir Gidere Denk	35	34,7	34	47,2	69	81,9
Gelir Giderden Fazla	20	19,8	13	18,1	33	37,9

Deney grubundaki katılımcıların %34,7'sinin (n=35) kontrol grubundaki katılımcıların % 41,7'sinin (n=30) otellerde genel işlerde çalıştığı; deney grubundaki katılımcıların %65,3'ünün (n=66) kontrol grubundaki katılımcıların % 65,2'sinin (n=47) 0-5 yıl arasına sektörde çalıştığı; deney grubundaki katılımcıların %45,5'nin (n=46) gelir düzeylerinin giderlerinden az olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların %47,2'sinin (n=34) gelir düzeylerinin giderleri ile denk olduğu sonucu bulundu.

Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n=173).

Sağlık Özellikleri	Deney (n=101)		Kontrol (n=72)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sağlığı Değerlendirme						
Mükemmel	11	10,9	11	15,3	22	26,2
Oldukça İyi	28	27,7	19	26,4	47	54,1
İyi	44	43,6	24	33,3	68	76,9
Fena Değil	17	16,8	15	20,8	32	37,6
Kötü	1	1,0	3	4,2	4	5,2
Sağlık Okuryazarlığı Kavramını Bilme						
Bilmiyor	82	81,2	61	84,7	143	165,9
Biliyor	19	18,8	11	15,3	30	34,1
Kronik Hastalık						
Yok	88	87,1	57	79,2	145	166,3
Var	13	12,9	15	20,8	28	33,7
Hastalandığında İlk Yaptığı						
Hekime Başvurmak	67	66,3	39	54,2	106	120,5
Evdeki İlaçları Kullanmak	23	22,8	18	25,0	41	47,8
Eczaneye Başvurmak	3	3,0	6	8,3	9	11,3
Hastalığın Geçmesini Beklemek	8	7,9	9	12,5	17	20,4
Hastalık Durumunda İlk Başvurulan Kuruluş						
Aile Sağlığı Merkezi	45	44,6	26	36,1	71	80,7
Devlet Hastanesi	44	43,4	30	41,7	74	85,1
Özel Hastane	3	3,0	10	13,9	13	16,9
Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi	8	8,0	4	5,6	12	13,6
Özel Muayenehane	1	1,0	2	2,7	3	3,7

Deney grubundaki katılımcıların %43,6'sının (n=44) kontrol grubundaki katılımcıların %33,3'ünün (n=24) genel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiği deney grubundaki katılımcıların %81,2'sinin (n=82) kontrol grubundaki katılımcıların % 84,7'sinin (n=61) sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediği; deney grubundaki katılımcıların %87,1'inin (n=88) kontrol grubundaki katılımcıların % 79,2'sinin (n=57) kronik hastalıklarının olmadığı; deney grubundaki katılımcıların %66,3'ünün (n=67) kontrol grubundaki katılımcıların % 54,2'sinin (n=39) hastalandığında ilk olarak hekime başvurduğu; deney grubundaki katılımcıların %44,6'sının (n=45) hastalık durumunda ilk tercih edilen sağlık kuruluşuna aile sağlığı merkezi kontrol grubundaki katılımcıların %41,7'sinin (n=30) devlet hastanesini tercih ettiği sonucu bulundu.

Tablo 7. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi matris bileşenlerinde sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) alt boyutu bileşenlerinin puan ortalamalarının dağılımı

Eğitim Öncesi	Deney	Kontrol	Test, p
	X±SS	X±SS	
Tedavi ve hizmet	38,03±8,80	37,09±8,42	0,683;0,496
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	34,69±10,76	32,66±9,07	1,538;0,126
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	37,95±9,36	36,18±8,94	1,214;0,227
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	36,97±9,62	34,46±9,72	0,985;0,326
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	34,65±10,88	32,07±10,10	1,536;0,126
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma /uygulama	34,26±9,56	35,14±8,39	1,109;0,269

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyutu bileşenlerinin ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun Tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması 38,03±8,80; Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi boyutu puan ortalaması 34,69±10,76; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması 37,95±9,36; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu puan ortalaması 36,97±9,62; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puan ortalaması 34,65±10,88 Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puan ortalaması 34,26±9,56 bulundu.

Kontrol grubunun Tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması 37,09±8,42; Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi boyutu puan ortalaması 32,66±9,07; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması 36,18±8,94; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu puan ortalaması 34,46±9,72; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puan ortalaması 32,07±10,10; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puan ortalaması 35,14±8,39 bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi matris bileşenlerinde sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) alt boyutu bileşenlerinin puan ortalamalarının dağılımına göre aralarında bir fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 8. Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası matris bileşenlerinde sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) alt boyutu bileşenlerine göre karşılaştırılması.

Eğitim Sonrası	Deney	Kontrol	Test, p
	X±SS	X±SS	
Tedavi ve hizmet	37,03±8,26	35,50±10,74	1,197;0,234
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	35,13 ±10,46	31,53±13,01	2,017;0,045
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	36,10±9,21	34,63±11,33	1,074;0,284
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	37,16±8,84	34,20±11,69	2,146;0,033
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	36,75±9,87	30,91±12,39	2,249;0,025
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama	35,91±9,28	34,32±11,29	1,160;0,247

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyutu bileşenlerinin ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun Tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması 37,03±8,26; Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi boyutu puan ortalaması 35,13±10,46; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması 36,10±9,21; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu puan ortalaması 37,16±8,84; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puan ortalaması 36,75±9,87 Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puan ortalaması 35,91±9,28 bulundu.

Kontrol grubunun Tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması 35,50±10,74; Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi boyutu puan ortalaması 31,53±13,01; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması 34,63±11,33; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu puan ortalaması 34,20±11,69; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puan ortalaması 30,91±12,39; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puan ortalaması 34,32±11,29 bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası Matris bileşenlerinde Sağlık okuryazarlığı alt boyut bileşenlerine göre Deney grubundaki değerler kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. (p <0,05).

Tablo 9. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması.

Eğitim Öncesi	Deney		Kontrol		Test, p
	n	(%)	n	(%)	
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	9	8,9	12	16,7	
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	33	32,7	21	29,2	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	39	38,6	24	33,3	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	20	19,8	15	20,8	
Toplam					2,593;0,459
Eğitim Sonrası					
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	6		10	14,5	
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	28	31,7	23	33,4	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	19	21,6	21	30,4	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	41	46,7	15	21,7	
Toplam					10,064;0,018

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Öncesi Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi, deney grubundaki katılımcıların %38,6'sının (n=39), kontrol grubundaki katılımcıların %33,6'sının (n=24) yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların %43,6'sının (n=41) mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların %30,4 (n=21) yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Tablo 10. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Eğitim Öncesi ve Sonrası	Deney	Kontrol	Test, p
	X±SS	X±SS	
Eğitim öncesi	80,57±17,21	79,95±20,64	0,213;0,831
Eğitim sonrası	86,52±13,17	81,69±16,81	2,062;0,041

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun eğitim öncesi 80,57±17,21, eğitim sonrasında ise 86,52±13,17 puan ortalaması bulundu.

Kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanları incelendiğinde; kontrol grubunun eğitim öncesi 79,95±20,64, eğitim sonrasında ise 81,69±16,81 puan ortalaması bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması kategorilerine göre aralarında bir fark görülmezken ($p>0,05$). Eğitim sonrasında deney grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir (test istatistiği = 2,062; $p=0.041$).

Tablo 11. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının akılcı ilaç kullanım düzeylerinin karşılaştırılması.

Eğitim Öncesi	Deney		Kontrol		Toplam		Test, p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Düşük	7	6,9	8	11,1	15	18	1,722;0,423
Orta	15	14,9	7	9,7	22	24,6	
Yüksek	79	78,2	57	79,2	136	157,4	
Eğitim Sonrası	Deney		Kontrol		Toplam		Test,p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Düşük	3	3,2	3	4,3	15	18	2,433;0,296
Orta	7	7,4	10	14,5	22	24,6	
Yüksek	85	89,4	56	81,2	141	170,7	

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların %78,2'sinin (n=79), kontrol grubundaki katılımcılarında %79,2'sinin (n=57) yüksek olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde ise; deney grubundaki katılımcıların %89,5'inin (n=85), kontrol grubundaki katılımcılarında %81,2'sinin (n=56) yüksek olduğu bulundu.

Hem Eğitim Öncesi hem de Eğitim Sonrasında Deney ve Kontrol Grupları arasında Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri fark testleri sonuçları açısından düzeyler arası herhangi bir fark bulunmadı.

5. TARTIŞMA

Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi amacıyla ön test son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılan bu araştırma sonuçlarına ilişkin bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların kişisel özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların %56,4'ünün (n=57) kadın, %43,6'sının (n=44) erkek olduğu kontrol grubundaki katılımcıların %62,5'inin (n=45) kadın, %37,5'inin (n=27) erkek olduğu; deney grubundaki katılımcıların %50,5'inin (n=51) kontrol grubundaki katılımcıların % 59,7'sinin (n=44) bekar olduğu; deney grubundaki katılımcıların %36,6'sının (n=40) kontrol grubundaki katılımcıların % 40,3'ünün (n=29) lise mezunu olduğu; deney grubundaki katılımcıların %51,5'nin (n=52) kontrol grubundaki katılımcıların % 47,2'sinin (n=34) ara sıra kitap okudukları sonucu bulundu.

Bergman ve diğerleri,(2023) tarafından sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan HLS-EU-Q16 ve HLS-EU-Q6 anketlerinin İsveççe versiyonlarının psikometrik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada 347 katılımcının %64'ünün (n=222) kadın, %36'sının (n=125) erkek olduğu, %52' sinin evli (n=180), %48'inin bekar (n=167) olduğu, %62'sinin lise veya üniversite mezunu (n=215), %38' inin ilkokul veya ortaokul mezunu (n=132) olduğu, Duong ve diğerleri,(2015) tarafından Asya ülkesinde genel sağlık okuryazarlığını ve üç alt boyutunu ölçmeyi amaçlamayan başka bir çalışmada ise 1029 katılımcının %51,3'ü kadın, %48,7'si erkek, %64,6'sı evli, %35,4'ü bekar, katılımcıların %23,5'i ilkokul veya daha az, %28,1'i ortaokul, %26,9'u lise, %21,5'i üniversite veya daha fazla eğitim düzeyine sahiptir. Çalışmada ayrıca eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da anlamlı olarak arttığı istatistiksel olarak aktarılmıştır.

Sorensen ve diğerleri,(2015) tarafından yapılan ve Avrupa'da sağlık okuryazarlığı durumunu sekiz ülkede (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) karşılaştırmalı olarak inceleyen başka bir çalışmada ise 8000 katılımcının %50,8'i kadın, %49,2'si erkek, %48,7'si evli, %51,3'ü bekar, %17,2'si ilkokul veya daha az, %18,9'u ortaokul, %31,9'u lise, %32'si üniversite veya daha fazla eğitim düzeyine sahiptir.

Gezer (2020) tarafından Türkiye’ de yapılan ve fabrika işçilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada ise katılımcıların %100’ü erkek, %77,2’si evli, kümülatif olarak %65,9’u lise veya üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir.

Bu araştırmada deney grubundaki katılımcıların %34,7’sinin (n=35) kontrol grubundaki katılımcıların %41,7’sinin (n=30) otellerde genel işlerde çalıştığı; deney grubundaki katılımcıların %65,3’ünün (n=66) kontrol grubundaki katılımcıların %65,2’sinin (n=47) 0-5 yıl arasına sektörde çalıştığı; deney grubundaki katılımcıların %45,5’nin (n=46) gelir düzeylerinin giderlerinden az olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların %47,2’sinin (n=34) gelir düzeylerinin giderleri ile denk olduğu sonucu bulundu.

Bergman ve diğerleri,(2023) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %18’inin sağlık sektöründe, %12’sinin eğitim sektöründe, %10’unun hizmet sektöründe, %7’sinin sanayi sektöründe, %9’unun diğer sektörlerde çalıştığı, %44’ünün ise çalışmadığı, Duong ve diğerleri,(2017) tarafından yapılan çalışmada %34,8’i ev hanımı, %25,9’u işçi, %13,8’i memur, %10,8’i öğrenci, %8,9’u öğretmen, %5,8’i ise diğer meslek gruplarında çalıştığı, Sorensen ve diğerleri, (2015) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %15,6’sı kamu çalışanı, %22,4’ü özel sektör çalışanı, %12,6’sı serbest meslek çalışanı, %16’sı ev hanımı, %15,4’ü emekli, %12,5’i işsiz ve %5,6’sı ise öğrenci olarak tespit edilmiştir.

Al (2021) tarafından Ankara Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek için yapılan başka bir çalışmada ise 555 katılımcının tamamı sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.

Çalışmamız ile kıyaslandığında demografik verilerin belirtilen çalışmalar ile benzer oranlarda olduğu söylenebilir. Çalışma sonuçları açısından demografik verilerin benzerlik göstermesi olumlu olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada deney grubundaki katılımcıların %43,6’sının (n=44) kontrol grubundaki katılımcıların %33,3’ünün (n=24) genel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiği deney grubundaki katılımcıların %81,2’sinin (n=82) kontrol grubundaki katılımcıların % 84,7’sinin (n=61) sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediği; deney grubundaki katılımcıların %87,1’inin (n=88) kontrol grubundaki katılımcıların % 79,2’sinin (n=57) düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalıklarının olmadığı; deney grubundaki katılımcıların %66,3’ünün (n=67) kontrol grubundaki katılımcıların % 54,2’sinin (n=39) hastalandığında ilk olarak hekime başvurduğu; deney grubundaki katılımcıların %44,6’sının (n=45) hastalık durumunda

ilk tercih edilen sağlık kuruluşuna aile sağlığı merkezi kontrol grubundaki katılımcıların %41,7'sinin (n=30) devlet hastanesini tercih ettiği sonucu bulundu.

Bergman ve diğerleri,(2023) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların%21'inin genel sağlık durumunu çok iyi, %37'sinin iyi olarak nitelendirdiği, %75'inin sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediği, %63'ünün düzenli ilaç kullanmayı gerektiren kronik rahatsızlığının bulunmadığı, hastalandıklarında %44'ünün ilk olarak doktora başvurduğu, %24'ünün ise kendi kendine tedavi arayışı olduğu, hastalık durumunda ilk başvurulan kuruluş %29 ile aile hekimi ve %25'i hastaneyi tercih etmektedir.

Duong ve diğerleri,(2017) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %11,2'si sağlık durumunu çok kötü veya kötü, %46,5'i orta, %42,3' ise iyi veya çok iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %26,7'si sağlık okuryazarlığı kavramını hiç duymamış, %73,3' ise duymuştur. Çalışmada ayrıca sağlık okuryazarlığı kavramını duyanların sağlık okuryazarlığı puanı duymayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %24,6'sı düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik bir hastalığa sahiptir, %75,4' ise değildir. Kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı puanı olmayanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların %32,8'i hastalandığında ilk olarak doktora gider, %28,9'u ilaç alır, %19,6'sı evde dinlenir, %10,2'si arkadaş veya aile üyelerine danışır, %8,5'i ise diğer yöntemleri dener. Doktora gidenlerin sağlık okuryazarlığı puanı diğer yöntemleri deneyenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %47,1'i hastalık durumunda ilk olarak devlet hastanesine, %23,7'si özel hastaneye, %14,5'i aile hekimine, %8,2'si eczaneye, %6,5'i ise diğer kuruluşlara başvurur. Devlet hastanesine başvuranların sağlık okuryazarlığı puanı diğer kuruluşlara başvuranlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sorensen ve diğerleri,(2015) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %39'u sağlığını iyi olarak değerlendirirken %30,1'i orta değerlendirmiştir. Katılımcıların %70,2'sinin sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediği, %69,1'inin düzenli ilaç kullanmayı gerektiren kronik rahatsızlığının bulunmadığı, %43,4 ile çoğunluğunun hastalandığında ilk olarak doktora başvurduğu, yine %44,1 ile çoğunluğunun ilk başvuru noktası olarak aile hekimini tercih ettiği, %53,2'sinin hastalandığında hastaneye başvurduğu tespit edilmiştir.

Gezer (2020) tarafından Türkiye' de yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %55,9'unun sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, %85,6'sının düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik rahatsızlığının bulunmadığı, sağlık sorunlarında ilk başvurulan kaynağın

%55,9 ile doktor olduğu ve ilk başvuru kurumun %65,8 ile çoğunlukla hastane olarak cevaplandırıldığı tespit edilmiştir.

Çalışmalar incelendiğinde bu çalışmada ki bulgulara benzer sonuçlar elde edildiği, katılımcıların sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirme oranlarının yüksek olduğu, kronik rahatsızlık bulunmama durumunun diğer çalışmalarda da yüksek olduğu, hastalık durumunda ilk başvuru yerinin hekim olma oranının diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyut bileşenleri ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması $38,03 \pm 8,80$; Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması $34,69 \pm 10,76$; Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması $37,95 \pm 9,36$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması $36,97 \pm 9,62$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması $34,65 \pm 10,88$ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması $34,26 \pm 9,56$ bulundu.

Kontrol grubunun Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması $37,09 \pm 8,42$; Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması $32,66 \pm 9,07$; Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması $36,18 \pm 8,94$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması $34,46 \pm 9,72$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması $32,07 \pm 10,10$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması $35,14 \pm 8,39$ bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi Matris bileşenlerinde Sağlık Okuryazarlığı alt boyut bileşenlerine göre aralarında bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyut bileşenleri ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması $37,03 \pm 8,26$; Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması $35,13 \pm 10,46$; Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması $36,10 \pm 9,21$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması $37,16 \pm 8,84$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması $36,75 \pm 9,87$ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması $35,91 \pm 9,28$ bulundu.

Kontrol grubunun Tedavi ve hizmet boyutu puan ortalaması $35,50 \pm 10,74$; Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması $31,53 \pm 13,01$; Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması $34,63 \pm 11,33$; Sağlıkla İlgili Bilgiyi

Anlama Boyutu puan ortalaması 34,20±11,69; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması 30,91±12,39; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması 34,32±11,29 bulundu

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası Matris bileşenlerinde Sağlık Okuryazarlığı alt boyutlarına göre Deney grubundaki değerler kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. (p <0,05).

Bergman ve diğerleri ,(2023) tarafından yapılan çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) kategorilerine ilişkin ortalamalar en düşük en yüksek 1-4 şeklinde yapılan hesaplamada, Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması 3,01±0,64, Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması 2,94±0,65, Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması 2,88±0,72, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması 3,15±0,63, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması 2,82±0,72 ve Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma / Uygulama Boyutu puan ortalaması 2,98±0,69 olarak tespit edilmiştir.

Duong ve diğerleri,(2017) yaptığı çalışma da sağlık okuryazarlığı boyutlarının ortalamaları ve standart sapmaları ülkeler arasında çok fazla farklılık göstermemektedir. Ancak genel olarak, Tayvan ve Vietnam'daki katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyeleri diğer ülkelere göre daha yüksektir. Çalışmamız ile kıyaslandığında ölçek boyutlarına ilişkin ortalamaların çalışmamıza benzer oranlarda olduğu söylenebilir.

Sorensen ve diğerleri,(2015) tarafından Avrupa'da sağlık okuryazarlığı ile ilgili karşılaştırmalı ilk çalışma olan, 8 ülke ve 8000 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmada yine HLS-EU ölçeği kullanılmış ve ölçeğe ilişkin boyutların ortalamaları ülkelere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Aynı çalışma da sağlık okuryazarlığı boyutları arasında belirgin bir fark bulunmazken ülkeler arasında sağlık okuryazarlığı seviyesi açısından önemli bir değişkenlik bulundu. Hollanda, sağlık okuryazarlığı seviyesi en yüksek ülke iken, Bulgaristan en düşük ülke olarak sıralanmıştır. Ayrıca, çalışma, sağlık okuryazarlığının sosyo-demografik özellikler, sağlık durumu, sağlık davranışları ve sağlık sistemi kullanımı ile ilişkisini de incelemiştir. Çalışmanın bulgularına göre, sağlık okuryazarlığı seviyesi yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, istihdam, göçmenlik, sağlık durumu, sağlık davranışları ve sağlık sistemi kullanımı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Örneğin, yaşlı, kadın, düşük eğitilmiş, düşük gelirli, işsiz, göçmen, kronik hastalığı olan, sağlıksız yaşam tarzı sürdüren ve sağlık

sistemiyle daha fazla temas eden kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşük bulunmuştur.

Çalışma, sağlık okuryazarlığının Avrupa’da önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için gerekli bir beceri olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bireysel, toplumsal ve politik düzeyde çeşitli stratejiler ve eylemler önermiştir. Bu stratejiler ve eylemler arasında, sağlık okuryazarlığı ölçümü, izlenmesi ve değerlendirilmesi; sağlık okuryazarlığı eğitimi ve geliştirilmesi; sağlık okuryazarlığı dostu sağlık sistemleri ve hizmetleri; sağlık okuryazarlığı dostu sağlık bilgisi ve iletişimi; sağlık okuryazarlığı dostu toplumlar ve ortamlar; sağlık okuryazarlığı araştırması ve yenilikçiliği; sağlık okuryazarlığı savunuculuğu ve politika geliştirme sayılabilir. Bu çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde Avrupa ülkelerine ilişkin ortalamalar ile çalışmamızın bulgularının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Türkiye’de Al (2021) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise TSOY-32 ölçeği kullanılmış ve çalışmada ölçeğin boyutlarından tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi boyutlarının ortalamaları tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların tedavi ve hizmet boyutunda ölçek ortalamaları $36,08 \pm 7,64$, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi boyutunda ise $34,74 \pm 8,92$ olarak tespit edilmiştir. Yine Türkiye’de Gezer (2020) tarafından yapılan başka bir çalışmada yine aynı ölçek kullanılmış ve aynı şekilde tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi boyutlarının ortalamaları tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların tedavi ve hizmet boyutunda ölçek ortalamaları $34,27 \pm 7,97$, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi boyutunda ise $31,42 \pm 9,89$ olarak tespit edilmiştir. Her iki çalışmaya ait ölçek boyutlarının ortalamaları ile bu araştırma bulgularına benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Öncesi Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi, deney grubundaki katılımcıların %38,6’sının (n=39), kontrol grubundaki katılımcıların %33,6’sının (n=24) yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların %46,7’sinin (n=41) mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların %30,4 (n=21) yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Bergman ve diğeri,(2023) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde %17,9'unun (n=62) yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu, %49'unun sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu, %33,1'inin ise yeterli seviyede sağlık okuryazarlığı olduğu tespit edilmiştir.

Duong ve diğeri,(2017) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları ile kendi çalışmamızın bulgularını karşılaştırdığımızda, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam'daki katılımcıların ölçek ortalamalarının çalışmamıza ait bulgularla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Sorensen ve diğeri,(2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyeleri ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. En az yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip ülke Hollanda (%3), en çok yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip ülke ise Bulgaristan (%45)'dir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitliğini geliştirmek için Avrupa'da önemli bir halk sağlığı konusudur. Çalışmamıza ilişkin bulgular ile kıyaslandığında Bulgaristan hariç diğer ülkelerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışmamıza benzer bulgulara sahip olduğu söylenebilir.

Al,(2021) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %82 (n=328), mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise %12,5 (n=50) olarak tespit edilmiştir. Durusu ,(2014) tarafından 23 ilde rastgele seçilen 4924 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmada ise araştırmaya katılanların %20,6'sı yetersiz, %45,5'i sorunlu-sınırlı, %26,6'sı yeterli ve %7,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Bu sonuçlar, Türkiye'de sağlık okuryazarlığının oldukça sınırlı düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma ile kıyaslandığında Türkiye geneli sonuçlar ile çalışmamıza ilişkin bulguların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çalışmanın 2014 yılında yapılmış olması ve aradan geçen zamana rağmen sağlık okuryazarlığı düzeylerinde önemli bir artış gözlemlenmediği söylenebilir.

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun eğitim öncesi 80,57±17,21, eğitim sonrasında ise 86,52±13,17 puan ortalaması bulundu.

Kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanları incelendiğinde; kontrol grubunun eğitim öncesi 79,95±20,64, eğitim sonrasında ise 81,69±16,81 puan ortalaması bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması kategorilerine göre aralarında bir fark görülmezken ($p>0,05$). Eğitim sonrasında deney grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (test istatistiği = 2,062; $p=0.041$).

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların %78,2'sinin ($n=79$), kontrol grubundaki katılımcılarında %79,2'sinin ($n=57$) yüksek olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde ise; deney grubundaki katılımcıların %89,5'inin ($n=85$), kontrol grubundaki katılımcıların da %81,2'sinin ($n=56$) yüksek olduğu bulundu.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında, deney ve kontrol grupları arasında Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri fark testleri sonuçları incelendiğinde, düzeyler arasında herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır.

AİKÖ kullanılarak yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde;

Kaya ve diğerleri, (2019) tarafından yapılan bir akıllı ilaç kullanım ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçek puan ortalamaları 66.2 ± 13.5 , Yıldırım ve diğerleri (2020) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre katılımcıların akılcı ilaç kullanım düzeyine ilişkin ortalamaları 64.4 ± 14.1 , Özdemir ve diğerleri, (2020) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre katılımcıların akılcı ilaç kullanım düzeyine ilişkin ortalamaları 60.9 ± 14.3 , Akın ve diğerleri, (2021) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin tıp fakültesi öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre akılcı ilaç kullanım düzeyine ilişkin ölçek ortalamaları 63.7 ± 12.9 , Çetin ve diğerleri, (2021) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin hemşirelik fakültesi öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre akılcı ilaç kullanım düzeyine ilişkin ölçek ortalamaları 61.8 ± 13.4 ve Yılmaz ve diğerleri, (2021) tarafından yapılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin eczacılık fakültesi öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre akılcı ilaç kullanım düzeyine ilişkin ölçek ortalamaları ise 65.3 ± 14.2 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmamızda deney ve kontrol grupları skorlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dahi yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmaya daha yakın sonuçlar içeren çalışmalar araştırıldığında Bayram ve İbrahimoglu,(2022) tarafından polikliniğe başvuran hastaların evlerinde artık ilaç bulundurma durumları ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumlarının araştırıldığı çalışmada en dűřük- en yűksek 0-50 şeklinde puanlamada katılımcıların akılcı ilaç kullanım dűzeylerine ilişkin ۆlek ortalamasının 34.76 ± 5.39 olduğu, yine Mete ve zdił,(2023) tarafından yapılan ve akılcı ilaç kullanım ۆleklerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada en dűřük- en yűksek 0-50 şeklinde puanlamada katılımcıların akılcı ilaç kullanım dűzeylerine ilişkin ۆlek ortalamasının 34.53 ± 2.93 olduğu, Erci ve iek,(2017) tarafından yapılan başka bir çalışmada en dűřük- en yűksek 0-50 şeklinde puanlamada katılımcıların akılcı ilaç kullanım dűzeylerine ilişkin ۆlek ortalamasının 34.00 ± 4.00 olduğu ve iek (2012) sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı űzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada en dűřük- en yűksek 0-50 şeklinde puanlamada katılımcıların akılcı ilaç kullanım dűzeylerine ilişkin ۆlek ortalamasının 33.80 ± 4.80 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular ile çalışmamız karşılaştırıldığında katılımcıların ۆlek ortalamaları yűksek benzerlik gűstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların sosyo-demografik özellikler açısından benzer özelliklerde olduğu Deney grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcıların büyük kısmının; cinsiyet olarak kadınlardan oluştuğu, medeni durumlarının bekar olduğu, genel sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirdiği, kitap okuma sıklıklarının az olduğu, sağlık okuryazarlığı kavramını bilmedikleri ve hastalandıklarında ilk olarak hekime başvurdıkları, otellerde genel işlerde çalıştıkları ve çalışma sürelerinin de 0-5 yıl arasında olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyutları ortalama puanları incelendiğinde; Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması, Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması eğitim öncesi matris bileşenlerinde Sağlık Okuryazarlığı alt boyutları göre aralarında bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği (TSOY-32) alt boyut bileşenleri ortalama puanları incelendiğinde; deney grubunun Tedavi ve Hizmet Boyutu puan ortalaması, Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutu puan ortalaması, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu puan ortalaması kontrol grubundaki katılımcılara oranla daha yüksek bulundu. Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası Matris bileşenlerinde Sağlık Okuryazarlığı alt boyutlarına göre Deney grubundaki değerler kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. ($p < 0,05$).

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Öncesi Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi, deney grubundaki katılımcıların

%38,6'sının (n=39), kontrol grubundaki katılımcıların %33,6'sının (n=24) yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların; Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulunurken kontrol grubundaki katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki katılımcıların eğitim sonrasında Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kategorileri ortalama puanlarında yükselme olduğu bulundu.

Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması kategorilerine göre aralarında bir fark görülmezken ($p>0,05$). Eğitim sonrasında deney grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir ($p=0.041$).

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların, kontrol grubundaki katılımcılara nazaran ortalama puanı düşük bulunurken, eğitim sonrası Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin ortalama puanları incelendiğinde ise; deney grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara oranla daha yüksek olduğu bulundu.

Hem Eğitim Öncesi hem de Eğitim Sonrasında Deney ve Kontrol Grupları arasında Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri açısından herhangi bir fark bulunmadı.

6.2. Öneriler

Toplumun genel sağlık bilincini yükseltme ve sağlık okuryazarlığını güçlendirme amacıyla düzenlenmesi gereken eğitim programları çeşitli platformlarda gerçekleştirilmelidir. Halka açık seminerler, atölye çalışmaları, web tabanlı eğitimler ve bilgilendirici materyaller aracılığıyla sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı desteklenmelidir. Doğru ilaç kullanımı, yan etkileri ve etkileşimleri konularında halkın bilinçlendirilmesini amaçlayan eğitim programları özellikle halk sağlığı hemşireleri tarafından düzenlenmelidir. Halk sağlığı

hemşireleri tarafından termal turizm çalışanları öncelikli olarak ele alınmalı ve onlara yönelik girişimsel çabalar artırılmalıdır.

Sağlık profesyonelleri ile düzenli iletişim ve eğitim platformları oluşturulmalı, Sağlık yöneticileri tarafından, hemşirelerin hastalarla/danışanlarla etkileşimlerinde kullanabilecekleri sağlık okur yazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını geliştirici kaynaklar sağlanmalıdır. Medya araçları, sosyal medya ve topluluk etkinlikleri aracılığıyla sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını vurgulayan kampanyalar düzenlenmelidir.

Çalışma grubundaki bireylerin göz ardı edilemeyecek kısmının doktora danışmadan ilaç kullandıkları gözlemlenmiştir. Ancak, ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları ve mide-sindirim ilaçları gibi ilaç gruplarının doktora danışılmadan sıkça kullanılması endişe vericidir. Ülkemizde ağrı kesicilerin akılcı kullanımına yönelik çalışmalar genişletilmelidir.

Çalışmada incelenen ilaç kullanım davranışlarının, bireylerin eğitim düzeylerinden önemli ölçüde etkilendiği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük bireylerin ilaç kullanımında daha fazla akılcı olmayan tutum sergiledikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle, akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırmak için özellikle eğitim düzeyi düşük olan bireyleri bilinçlendirmek amacıyla politikalar geliştirilmelidir.

Çalışmada, ilaç kullanımında akılcı olmayan tutum sergileyen bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda desteklenmesi için eğitim programları ve bilgilendirme faaliyetleri düzenlenmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını sağlık düzeyinin yükseltilmesinde temel faktörler olarak görmektedir. Bu doğrultuda, toplumun bilinçlendirilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması için kapsamlı politikalar uygulanmalı, bireyler, sağlık profesyonelleri ve medya araçları bu sürece etkin bir şekilde dahil edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Turan, S. G., Adana, F., Okyay, P., Demirci, B. (2019). Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. *Meandros Medical and Dental Journal*, 20(1), 64. doi: 10.4274/meandros.galenos.2018.35119
- Acar, N. ve Turan, A. (2016). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 17-36.
- Akdoğan, H. ve Hiçyorulmaz, E. (2018). *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 4(2),123-124
- Akgül, V. (2020). “Gönen Termal Turizm Merkezindeki Otel İşletmelerinde Personel Güçlendirme ve Yaratıcılık İlişkisine Yönelik Bir Uygulama”. *Journal of Yaşar University*, 15(60), 790-805.
- Akıcı, A. ve Uzuner, A. (2013). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın 2013; No:112, 35-67.
- Akıcı, A. (Ed.). (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi (Yayın no:114). Ankara.
- Akın, S., Demir, C., Karabulut, Ö. (2021). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 20(1), 1-10
- Akkaya, A. ve Koçaşlı, S. (2022). Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (1), 246-256. DOI: 10.37989/gumussagbil.751195
- Akkurt, B. (2016). Araştırma Görevlilerinin (Brans) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Akkuş, G. ve Korkmaz, Ö. (2022). Termal turizm deneyiminin memnuniyet ve davranışsal niyet üzerindeki etkisi: Reşadiye örneği. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 53-72.
- Akoğlan Kozak, M. (2022). Sağlık turizminde yeni bir uygulama: “sağlık turizmi yetki belgesi”, *Sivas İnterdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 107-122.
- Aksoy M., Alkan A., İşli F. (2015) Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Türkiye Klinikleri Pharmacology- Special Topics* 3 (1): 19-26.
- Aksoy, C. ve Yılmaz, S. (2019). Sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme kriterleri: yönetici görüşleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*.1(2), 27-39.
- Al, E. (2021). Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı (Tsoy-32) ve Beslenme Okuryazarlığı (Yboyda) Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Alpdoğan, C. (2018) Akılcı İlaç Kullanımı ve Paydaşlarının Rolü: Sakarya İli Eczacıları Üzerine Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü.
- Alpdoğan, C. ve Altındış, S. (2019). Eczacıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yaklaşımları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9 (1), 103-112.
- Altındış, S. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına Sistemik Bir Bakış. *Journal of biotechnology and strategic health research*.(2): 34-38.
- Ambwani, S. ve Mathur, A.K. (2007). Rational Drug Use. *Health Administrator* 19(1):5-7
- Amin, A., Khan, M.A., Azam, S.M.F., Haroon, U. (2011). Review of Prescriber Approach Towards Rational Drug Practice in Hospitalised Patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 23(1): 19-22.
- Amouzagar, S., Mojaradi, Z., Izanloo, A., Beikzadeh, S., Milani, M. (2016). Qualitative examination of health tourism and its challenges. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(3), 88-91.
- Arı, H. O. (2022). Türkiye'deki Sağlık Turizmi Politikalarının, Sektörel Hedefler Bağlamında Mevcut. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 10(1), 571- 588. 65

- Aslanova, K. (2013). Türkiye 'de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 129-145.
- Avcıkurt, C. (2003). Turizm Sosyolojisi, Turist-Yerel Halk Etkileşimi. Balıkesir Detay Yayıncılık. Balıkesir
- Aydın B. ve Gelal A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırma ve Tıp Eğitiminin Rolü, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 26(1): 57-63.
- Aydın, D. ve Yılmaz, C. (2010). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi) Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm), Ankara, Ekim–Aralık.
- Aydın, G. ve Aydın, B. K. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 8(16), 1-22.
- Aydın, T., Gönen, B., Eseceli, H. (2018). Bor'un İnsan Sağlığı ve Beslenme Üzerine Etkisi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2).
- Aydın, G. ve Karamahmet, B. (2017). Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 11 (1), 16-36.
- Baghdari, N., Sahebzaad, E. S., Kheirkhah, M., Azmoude, E. (2016). The effects of pregnancy-adaptation training on maternal-fetal attachment and adaptation in pregnant women with a history of baby loss. *Nursing and midwifery studies*, 5(2).
- Bağcı, E., Uzun C., Bostan, A. (2020). Covid-19 ve Sağlık Turizmi. *Journal of Awareness*, 5(3), 331-348.
- Barca, M., Akdeve, E., Balay, Ğ. G. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 64-92.
- Barutçu, A., Tengilimoğlu, D., Naldöken, Ü. (2017). Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1062-1078.
- Başbakkal Z., Yardımcı F., Ersun A., Beytut D. S., Muslu G. K., Koturoğlu G., Kurugöl Z. (2010) Oral ilaç vermede aile uygulamaları. *Ege Pediatri Bülteni* 2010, 17 (3):123-131.

- Bates, D.W., Spell, N., Cullen, D.J., Burdick, E. (1997). "The costs of adverse drug events in hospitalized patients, adverse drug events prevention study group", JAMA, (277), 307-311.
- Baybek, H., Bulut, D., Çakır, A. (2005). Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005;15 53-67
- Bayrak, N. Y. (2018). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Bayram, A. ve İbrahimoglu, Ö. (2022). Polikliniğe Başvuran Hastaların Evlerinde Artık İlaç Bulundurma Durumları ve Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Tutumları. *Sağlık Sosyolojisi Yıllığı*, 1(1), 1-16.
- Baytok, A. ve Soybalı, H. H. (2018). Termal Turizmin Analizi. S. Çelik ve B. Yalçın, (Ed.), Termal Turizm ve İşletmeciliği içinde (71- 97 ss). (1.Baskı) Ankara: Detay Yayıncılık.
- Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., Wångdahl, J. (2023). Validity and reliability of the swedish versions of the HLS-EU-Q16 and HLS-EU-Q6 questionnaires. *BMC Public Health*, 23, 724.
- Binler, A. (2015), "Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri", Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayın, No:2839.
- Bolu Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü (2018). Termal Turizm. <http://www.bolukulturturizm.gov.tr/TR,69986/termal-turizm.html>, (Erişim Tarihi: 10.05.2023).
- Bolu Valiliği (2018). Termal Turizm, <http://www.bolu.gov.tr/termal-turizm>, (Erişim Tarihi: 10.05.2023).
- Bozkurt, E., Parlar, A., Arslan, S. (2019). Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1254

- Bozdemir, E. ve Filiz, M. (2021). “Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Belirlemeye Yönelik Yapılan Çalışmaların Sistemik Derlemesi.” *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27(92), 92–105.
- Bozok, D. (2005). “Türk Hamamı ve Geleneklerinin Turizme Uygulanışı”, *Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Brandão, F., Liberato, D., Teixeira, A. S., Liberato, P. (2021). Motives for thermal tourism: An application to north and central Portugal. *Sustainability*, 13(22), 12- 88.
- Bucak, T. ve Özkaya, E. (2013). “Çanakkale İlinin Termal Turizm Potansiyeli”, *Aksaray Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 2.
- Bulut Arzu ve Şengül Halil (2019). “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*. 3(1),45-62.
- Bükecik, N. ve Adana, F. (2021). Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Konya İli Örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8 (1), 1-13. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cjo/issue/63302/759578>
- Büyüker, S. M., ve Odabaşı, G. (2018). “Assessment of Knowledge and Behaviour of Pharmacy Services Students in Vocational School of Health Services for Rational Drug Use.” *Eastern Journal of Medical Sciences*, 3(3), 28–33.
- Can, Z. (2020). İlaç üreticilerinin ilaç tanıtım faaliyetlerinden kaynaklanan hukuki sorumlulukları. (Master’s thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Cavmak, D. ve Cavmak, S. (2020). Using AHP to prioritize barriers in developing medical tourism: case of Turkey. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 73-79.
- Carrera, P.M. ve Bridges, J., (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. expert review of pharmacoeconomics & outcomes research *Journal*. 6(4), s.447-454. <https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447>.
- Cengiz, Z. (2018). Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Doktora Tezi), Malatya

- Cheng, Y., Fang, S., Yin, J. (2022). "The effects of community safety support on COVID-19 event strength perception, risk perception, and health tourism intention: The moderating role of risk communication." *Managerial and Decision Economics*, 43(2), 496-509.
- Cihangir, İ. S. (2016). Termal Turizm Potansiyelinin Bölgesel Kalkınmada Ekonomik Rolü: Ilgın Termal Tesislerinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Connel, J. (2013) "Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification" *Tourism Management*, ss. 34.
- Coşkun, M. B. (2018). Türk kamu yönetimi perspektifinden e-sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarındaki yeri üzerine bir inceleme. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 16(1), 289-302
- Çam, O. ve Çılgınoğlu, H. (2021). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizmde Öne Çıkan Sağlık Uygulamaları. *Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi MAKÜ*, 3(2),197-216.
- Çakan, V. (2016). Termal Turizm İşletmelerine Yönelik Tüketici Satın Alma Karar Süreci, Balıkesir Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Balıkesir.
- Çakıcı, A.C., Kozak, M.A., Azaltun, M., Sökmen, A., Sarıışık, M. (2002). Otel İşletmeciliği. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Çakmak, V. (2019). Hipertansiyon tedavisi alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Çeken, H. (2016). Turizm Ekonomisi. (İkinci Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Çelik, A. (2009). Sağlık Turizm Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çetin, O. (2022). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Performansının Topsis Yöntemi ile Değerlendirilmesi (2004-2019). *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 12(1), 638-655.
- Çetin, T. (2011). "Termal Turizm Potansiyeli Açısından Kozaklı (Nevşehir) Kaplıcaları". *Turkish Studies-International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 6(1), 899-924.

- Çetin, B., Yılmaz, E., Kaya, N. (2021). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 23(1), 1-12
- Çetinkaya, T. (2010). “Sağlık Turizmi Açısından Bursa İlinin Pazarlanabilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi.
- Çevik, N. K. ve Yüksel, O. (2018). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemi göstergeleri: karşılaştırmalı bir analiz. In *International Congress Of Management Economy And Policy 2018 Spring Proceedings Book* (P. 86).
- Çiçek, Z. (2012). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, Türkiye.
- Çiftçi B ve Aksoy M. (2017). Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3): 191-194.
- Çiftçi, G. (2018). Termal Turizm Girişimciliği Üzerine Bir Araştırma Balıkesir Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Çimen, H. (2018). Türk Dünyasında Sağlık Turizmi. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, (40), 101-110
- Çobanoğlu, A. ve Alkanat, H. Ö. (2019). Hastanede Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 33-40.
- Çontu, M. (2006). “Alternatif Turizm Çeşitleri ve Kızılcahamam Termal Turizm Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Dadhich, A. ve Dixit, K. (2017). Consumer Selection and Buying Behaviour Towards Over the Counter (OTC) Medicine in Jaipur City. *Apeejay-Journal of Management Sciences and Technology*, 4(2).
- Dağlı, M. (2021). Tıp Fakültesi ve Turizm Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Turizmi Hakkındaki Farkındalık Düzeyleri. Alanya: T.C. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Turizmi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 43-76.

- Dalan, C. (2019). Muğla ili sağlık turizmi potansiyelin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Dalkıran, G. B. (2017), ‘‘Bir Sağlık Destinasyonu Olarak Trakya Bölgesi’’, Social Sciences Resarch Journal, Cilt 6, Sayı 4.
- Daştan, İ. (2014). Türkiye'de Sağlık Turizmi: Türkiye ve Özelinde İzmir'de Sağlık Turizminin Mevcut Durum Analizi ve Strateji Önerileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(10), 143-163.
- De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action Programme on Essential Drugs, Geneva, 1994. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Reçete Yazma Rehberi (Türkçe Çeviri: Oktay Ş, Kocabaşoğlu YE, Mollahaliloğlu S, Uğurlu M. Ankara, 2003).
- Dedeoğlu, B.Z. (2021). Sağlık turizmin ekonomik boyutu: Türkiye ve Singapur Karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Tez Merkezi.
- Demir, S., Aktas, E. ve Paksoy, T. (2021), Cold Chain Logistics: The Case of Turkish Airlines Vaccine Distribution. In *Adapting to The Future: How Digitalization Shapes Sustainable Logistics and Resilient Supply Chain Management*, Proceedings of The Hamburg International Conference of Logistics (HICL), 31, s. 771- 798, Berlin: epubli GmbH.
- Demirci, B., Ayhan, F. Ç., Abacıgil, F. (2019). Eczanelerde Çalışan Personelin Akılcı İlaç Uygulamalarındaki Tutumu: Kesitsel Çalışma. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 57(4).
- Demirli, P. (2018). Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne ili Örneği. (Yayımlanmamış YL. Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Dereli, N. ve Temizkan, R. (2019). Bolu'nun Termal Turizm Potansiyeli ve Termal Turist Profili. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 321-347.
- Diaconu, CC, Dragoi, CM, Bratu OG et al (2018). New approaches and perspectives for the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Farmacia*, 66(3), 408-415.
- Dilekçi, E. ve Özkuk, K. (2020). Boyun, bel ve diz ağrısı olan yaşlılarda fizik tedavi ve balneoterapi, retrospektif çalışma. *Bozok Tıp Dergisi*, 10(2), 47-54.

- Dinçer, E. (2018). Bölgesel Kalkınmada Termal Turizm Eskişehir İline Yönelik Bir İnceleme. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Doğan, B. ve Aslan, A. (2019). Türkiye'de Sağlık Turizminin Mevcut Durumu ve Ülke Ekonomisine Katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 390-418. 66
- Doğan, Ş. ve Ünalın, D. (2021). Sosyal Medyada Reçetesiz (OTC) İlaç Pazarlaması: Pharmaton ve Supradyn Reklamlarının Göstergibilimsel Analizi. *The Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 11(1), 247-267.
- Doğukan, M.N. (2008) Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dokumacı, A. (2023). Osmanlı Hamamlarında Sosyalleşme Buluşmaları (Doctoral Dissertation, Genç Akademisyenler Birliği Derneği).
- Duman, İ. (2019). Termal turizm işletmelerinde helal uygulamaları ve müşterilerin tercih öncelikleri üzerinde bir araştırma (Kütahya örneği) (Master's thesis, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Duong, T. V., Chang, P. W., Yang, S. H., Chen, M. C., Huang, C. C., Pelikan, J. M., Wang, J. D. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86
- Dryglas, D. ve Salamaga, M. (2018). Segmentation by push motives in health tourism destinations: A case study of Polish spa resorts. *Journal of Destination Marketing & Management*, 9, 234-246.
- Durna, Z. ve Kuş, E. (2016). Akılcı ilaç kullanımda hemşirenin rolü ve eğitimin önemi. *Sağlık ve Toplum* 26 (2), 3-9.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası; Ankara

- Ehrbeck, Guevara, Mango, (2008), Mapping the market for travel, The McKinsey Quarterly <http://www.healwheel-india.com/white-pappers/McKinsey-Report-Medical-Travel.pdf>.
- Ekenler, Ş. ve Koçoğlu, D, (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3): 44-55.
- Ercan, T. ve Biçer, D.F. (2019). Tüketicilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: Sivas ili örneği. *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 998-1021.
- Erci, B. ve Çiçek, Z. (2017). Reliability and validity of drugs use health belief scale in adult women. *International Archives of Nursing and Health Care*, 3(1), 064.
- Erdoğan, M. (2018). Kamu Sağlık Politikalarında Yeni Bir Açılım Sağlık Turizmi: SDÜ Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erer, S. ve Erdemir, D. A. (2004). “Bursa Karamustafa Kaplıcasının Türk Tıp Tarihindeki Yeri ve Geleneksel Tedaviler Açısından Önemi”, *Türkiye Klinikleri ve Tıp Bilimi Dergisi*, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, ss. 12: 44-50.
- Ergüven, M.H. (2015). Sağlık Turizminde Wellnessin Önemi ve Wellnessin Geleceğine Turizm Bağlamında Bir Bakış içinde Termal Turizm, ed. Mustafa Altındiş, Nobel Yayınları.
- Ergüven, M.H. (2013). Wellness Turizmi. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Eriş, H. (2020). Sağlık Turizmi, Ankara: İksad Yayınevi.
- Ersoy Saat, M. ve Ersoy, A. (2011). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Denetimi. Ankara: İmaj Yayınevi, 19-142.
- Erşahin, G. ve Şerifeken, İ. (2002). Bolu İli Raporu. Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No. DPT :2651
- Evans AY, Anthony E, Gabriel G., (2019). Comprehensive health literacy among undergraduates: A Ghanaian university-based cross-sectional study. *HLRP*. 3(4): 227-37

- Ferrell, OC. ve Hartline, MD. (2011), Marketing Strategy. 5th Edition, Cengag Publishing, Mason OH.
- Gençay, C. (2007). Sağlık Turizmi, (Ed.) M. Bulu ve İ.H. Eraslan, Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü, (ss.172-180). İstanbul: Kazancı Hukuk Yayımevi.
- Gezer, M. Y. (2020). Bir Fabrikada Çalışan İşçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep
- Gökmen, B., Şapcılar, M.C., Büyükşalvarcı, A. (2020). Turizm Fakültesi Akademisyenlerinin Sağlık Turizmine Yönelik Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 1180-1198. doi: 10.26677/TR1010.2020.389.
- Gülen, G. ve Demirci S. (2012). Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü, İstanbul
- Gündüz F.F., Gündüz S., Yavuz H.B. (2018). Türkiye’nin Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı, *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı No: 17.
- Gündüz, H. ve Güler, M. E. (2015). "Termal Turizm İşletmelerinde Çok Ölçütlü Karar Verme Teknikleri Kullanılarak Uygun Tedarikçilerin Seçilmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1), 203-222.
- Gürhan, B. (2016). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri Açısından Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Gürleyen, B. ve Çınar, F. (2021). Türkiye’nin medikal turizm SWOT analizi: Covid19 örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 51-60.
- Güvenç, Z. (2009). ‘Termal Turizm İşletmelerinde Hata ve Hilelerin Önlenmesinde Belge Sisteminin Önemi ve Bir Uygulama.’ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- Halyna, B., Nataliia, G., Volodymyr, S., Hanna, T. (2017). Use of health tourism as a basis for improving physical condition of primary school age children. *Journal of Physical Education and Sport (JPES)*. 17(6), 34-39.
- Han, J. S., Lee, T. J.,Ryu, K. (2018). The promotion of health tourism products for domestic tourists. *International Journal of Tourism Research*, 20(2), 137-146.

- Hines, S., Kynoch, K.,Khalil, H. (2018). Effectiveness of interventions to prevent medication errors. Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16(2), 291–296.
- Hong, K., Hong, Y. D., Cooke, C. E. (2019). Medication errors in community pharmacies: The need for commitment, transparency, and research. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(7), 823-826.
- Ishikawa,H. ve Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*,2008,11,113–122.
- İlban, M. O., Köroğlu, A.,Bozok, D. (2008). Termal turizm amaçlı seyahat eden turistler dedestinasyon imajı: Gönen örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,7(13), 105-129.
- İlhan, M., Aydemir, Ö., Çakır, M., Aycan, S. (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara’da üç ilçe örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(3), 188-200.
- İnce, K. (2018). Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi, Karar, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi; Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,
- JCI. (2020). <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/> Erişim Tarihi: 4 Haziran 2023.
- Jónás-Berki, M., Csapó, J., Pálfi, A., Aubert, A. (2015). A market and spatial perspective of health tourism destinations: The Hungarian experience. *International Journal of Tourism Research*, 17(6), 602-612.
- Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. (2015). Opportunities fornurses to increase parental health literacy: A discussion paper.*Issues Compr Pediatr Nurs*.14;38(4):266-81.
- Kalaça S. (2013). Sağlık Hizmeti Sunanların ve Hizmet Alanların Akılcı İlaç Kullanımındaki Rollerini. *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. İçinde: Akılcı A (Ed.) ss.15-30. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, Ankara
- Kalcık, E. (2017). Turizm sektörünü temsilen, otellerde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün yerleşikliğinin istatistiksel yöntemlerle analizi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

- Karababa, A.G. (2017). “Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü”, Türk Sosyal Bilimler *Araştırmaları Dergisi*, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Cilt: 2, Sayı: 2.
- Karabacak, S. E. ve Güçlü Nergiz, H., (2019). Türkiye’de Turizm Anabilim Dalında Örgütsel Davranış Konulu Lisansüstü Tezler Yönelik Bir Bibliyometrik İnceleme. Uluslararası Marmara Fen ve Sosyal Bilimler Kongresi (Bahar) 2019 (pp.760-768). Kocaeli, Turkey
- Karademir, N., Sandal, E. K., Bilinir, Ş. (2019). Döngele Kaplıcası (Kahramanmaraş)’nın termal turizm potansiyeli ve sosyo-ekonomik katkıları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 640-670.
- Karakuş, M. (2012). Termal turizm ve rekreatif etkinlikler açısından Kozaklı’nın değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Anabilim Dalı, Kayseri.
- Kaya, N., Yılmaz, B., Aydın, M. (2019). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 1-8
- Kayaalp, SO. (2012). Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: SO Kayaalp, 13. Baskı, Pelikan Yayıncılık
- Kement, Ü., Çavuşoğlu, S., Bükey, A., Başar, B. (2019). Otel müşterilerinin algıladığı hizmet kalitesinin servqual analizi ile değerlendirilmesi: termal turizm işletmeleri örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 25-35.
- Kervankıran, İ. ve Bağmancı, M. F. (2019). Türkiye’nin Dış Pasif Turizmi: Değişen Turizm Hareketliliği ve Turist Profili
- Kervankıran, İ. ve Kaya, H. (2013). Türkiye’de turizmde jeotermal kaynakların kullanımı ve sürdürülebilirliği. *Türkiye’de 21. Yüzyıl Başında*, 102.
- Khairunnisa, C. ve Hatta, M. (2017). The development of health tourism industries in Malaysia. *Economics*, 4(1): 1-11.
- Khan, A.A. (2020). ‘Covid-19 Salgınının Turizm Üzerindeki Etkileri: Safranbolu Miras Kenti Örneği’. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 8 sayı: 2: 29.
- Kılıçarslan, M. (2019). Swot Analysis Of Health Tourism In Turkey. *Electronic Journal of Social Sciences*, 18(71): 40-66.
- Kingir S., Ağraş S., Martin Y., Şeyhanlıoğlu, H. Ö. (2019). Termal Turizm İşletmelerinden Hizmet Alan Müşterilerin Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. *Düzce Üniversitesi*

Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (2), 130-143. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dusbed/issue/51286/59453>

- Kole, P. (2005). Pharmabiz.com.Pharmabiz.com:<http://test.pharmabiz.com/special%20features/rational-drug-use-need-of-the-hour-30000> adresinden 30 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır
- Kotan, N. (2020). Alternatif Turizm Ürünü Olarak Termal Turizm: Erzurum İli Örneği. *Avrasya Turizm Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 21-31.
- Kozak, N., Kozak, M. A., Kozak, M. (2021). Genel Turizm İlkeler ve Kavramlar. Detay Yayıncılık.
- Kurt, A. ve Kürüm, D., (2010). Medya Okuryazarlığı ve Eleştirel Düşünme Arasındaki İlişki: Kavramsal Bir Bakış, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010,2,20- 34.
- Küpeli Yağcı B, Kiper E (2016). Hekimler ve ilaç endüstrisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(4), 777- 781.
- Langviniene, N. ve Sekliuckine, J. (2006). "Factors of Influence of Succesfull Development of Lithuanian Resort Wellness&Spa Services". *Social Sciences Journal*, 66(4), 72-81.
- Macit, M., Karaman, M., Parlak, M. (2019). Bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2): 372-387.
- Maleki, S. ve Tavangar, M. (2016). Analyzing health tourism challenges in Mashhad from the perspective of foreign patients. *Journal of Geography and Urban Space Development*, 2(2), 153-165.
- Medsy: digital (2022) Sağlık Turizm Acentesi Nedir? <https://www.medsydigital.com/saglik-turizm-acentesi-nedir/> adresinden erişildi.
- Mete, S. ve Özdil, K. (2023). Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ölçekler. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(3), 424-432.
- Morrison, Andrea, K., Schapira, Marilyn M., Gorelick, Marc H., Hoffmann, Raymond G., Brousseau, David C. (2014). "Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use And Nonurgent Visits", *Academic Pediatrics*, 14 (3), 309–314, 312.

- Mosammam, H. M., Sarrafi, M., Nia, J. T. (2019). Measuring the competitiveness of Iran's health tourism. *International Journal of Tourism Policy*, 9(3), 201-221.
- Mutlu, G. ve Türkmen, MB. (2020). Antikçağ Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Kaynak Sularının Kullanımı ve Günümüz Balneoterapi Uygulamalarına Yansıyan İzleri, *Tarih İncelemeleri Dergisi*, 35(2), 631-654.
- Oduncuoğlu, F. ve Efendi, M. (2020). Engelli Turizmde Turist Rehberliği Uygulamaları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. *Journal of Yasar University*, 15(60), 708-727.
- OECD. (2021). Managing tourism development for sustainable and inclusive recovery. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/b062f603-en>
- Oğuz, Ö. (2007). İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Oktay, S. (2006). Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. *Türk Geriatri Dergisi*, özel sayı, 15-18.
- Okyay, P., Abacıgil, F., Harlak, H. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkiye Uyarlaması (ASOY-TR). İçinde Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Orhaner, E. ve Salgın, E. (2018). Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü: Bitlis İlinde Bir Uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (3), 212-226. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/42056/506083>
- Özata, M., Aslan, Ş., Mete, M. (2008). Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bil. Ens. Dergisi*, 20, 529-542.
- Özata, M. (2010). Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 6, 444-464.
- Özbek, T. (2015). Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizmde Etkin Kullanımı. M. Altındış. (Editörler). *Termal Turizm*. Ankara: Nobel Yayıncılık, 57-78.

- Özcan, E. (2005). “Bolu İlinde Turizmi Etkileyen Faktörler ile Doğal, Tarihi ve Kültürel Turizm Değerleri” *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt: 25, Sayı:1, 2005.
- Özcan, S. (2018). Termal turizm işletmeleri ile diğer konaklama işletmelerinin maliyet yönetimi açısından karşılaştırılması: Çanakkale örneği (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Özçelik, A., Gül, İ., Kızılırmak, İ. (2021). Sağlık Turizmi İşleyiş Sürecinin Seyahat Acentaları Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Uygulama, İstanbul Örneği. *TUCADE-Turizm Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 55-69.
- Özçelikay G., (2011) “Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma”. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 10.
- Özdemir, Hakan, Alper, Züleyha, Uncu, Yeşim ve Bilgel, Nazan, (2010). “Health Literacy Among Adults: a Study from Turkey”, *Health Education Research*, Cilt:25, Sayı:3, 2010, ss.464–477.
- Özdemir, S., Yıldırım, A., Özdemir, M. (2020). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Hemşirelik Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3), 214-221
- Özdemir, S., Yıldırım, A., & Özdemir, M. (2021). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 8(1), 1-8
- Özdemir, O. ve Sevim, B. (2021). Termal Turizm Deneyiminin Müşteri Sadakatine Etkisinde Yaşam Kalitesi ve Müşteri Memnuniyetinin Aracı Rolü: Afyonkarahisar Örneği. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18(41), 3609-3630.
- Özdoğan, S., Kaya, E., Kayar, A.H., Kiralp, M. Z., Erdal, M. (2010). Balneoterapi Gören Yaşlı Hastalarda Cilt Analizi. *J. Clin. Anal. Med*, 1(3), 18-22.
- Özer, Ö. ve Gürbüz, Z. (2018). Golan Destinasyonunun Termal Turizm Olanaklarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Turizme Kaynak Oluşturan Değerler: Trb1 Bölgesi 19.Ulusal Turizm Kongresi, Sağlık Turizmi*, 17-21 Ekim, ss.759- 771, Afyonkarahisar.
- Özer, E. ve Özdemir, L. (2009). Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 42-51.

- Özgen, Ü. (2011). Termal Turizm Açısından Afyonkarahisar İlinin Swot Analizi ile Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Özkan M. (2009). Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü, Edirne.
- Öztekin A. (2015) “Devletin Asli ve Sürekli Görevleri (Temel Kamu Hizmetleri) ve Özellikleri”, Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sa.30, ss.10-19, s.14.
- Perkumienė, Dalia, Milita Vienazindiene, Biruta Svagzdiene (2019). ‘Cooperation perspectives in sustainable medical tourism: The case of Lithuania’. Sustainability (Switzerland) (Sustainability) 11, no. 13: 2-15 <https://doi.org/10.3390/su11133584>.
- Pessot, E., Spoladore, D., Zangiacomi, A., Sacco, M. (2021). Natural Resources in Health Tourism: A Systematic Literature Review. Sustainability 13(5), 1-17.
- Phillips, D.P. ve Bredder, C.C. (2002). Morbidity and mortality from medical errors: an increasingly serious public health problem. Annual Review of Public Health, 23:135-150. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100201.133505
- Pınar, N. (2012). Ülkemizde ilaç harcamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1),59-65.
- Pinos Navarrete, A. ve Shaw, G. (2021). Spa tourism opportunities as strategic sector in aiding recovery from Covid-19: The Spanish model. Tourism and Hospitality Research, 21(2), 245–250.
- Resmi Gazete. (2017). Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28811,saglik-turizmi- yonetmelikpdf.pdf?0>
- Ridderstaat, J. (2022). Measuring hidden demand and price behavior from US outbound health tourism spending. Tourism Economics, 13548166211067925.
- Ridderstaat, J., Singh, D., DeMicco, F. (2019). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. Journal Of Destination Marketing & Management, 11, 270-280.
- Sag, I. ve Zengul, F. D. (2018). Why medical tourists choose Turkey as a medical tourism destination? Journal of Hospitality and Tourism Insights. 2(3), 296-306.

- Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2012). ‘Sağlık Turizmi Türkiye’de En Hızlı Gelişen Hizmet Sektörüdür’, (<http://www.saglikturizmi.gov.tr/uploads/9229096-saglik-turiznimakale-dr-dursun-aydin-agustos.pdf>, E.T.
- Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2022’a). <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi, 14.01.2022)
- Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2022b). Sağlık Turizmi yetki belgesi alan sağlık tesisi ve aracı kuruluşlar listesi. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-86990/yetki-belgesi-listeleri-guncellenmistir.html> (Erişim Tarihi: 11.02.2023)
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021c). Yetki Belgesi Listeleri. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-82263/yetki-belgesi-listeleri-guncellenmistir.html> Erişim tarihi: 18.06.2023
- Sağır, M., Parlakpınar, H. (2014). Akılcı ilaç kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2),32-35.
- Salehi-Esfahani, S., Ridderstaat, J., Ozturk, A. B. (2021). Health tourism in a developed country with a dominant tourism market: the case of the United States’ travellers to Canada. *Current Issues in Tourism*, 24(4), 536-553.
- Sandıkçı, M. (2008). Termal Turizm İşletmelerinde Sağlık Beklentileri ve Müşteri Memnuniyeti. Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Saturk Raporu, (2021) “Saturk Raporu” <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10943/0/01>, Erişim tarihi: 20.03.2022.
- Saygılı, M. ve Özer, Ö. (2020). Sağlık çalışanlarında ekip çalışması tutumlarınınincelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11 (27), 444-454.
- Saygılı, M., Özer, Ö., Uğurluoğlu, Ö. (2015). Bir kamu hastanesinde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 162-70.
- Schmude, J., Pillmayer, M., Witting, M., Corradini, P. (2021). Geography Matters, But... Evolving Success Factors for Nature-Oriented Health Tourism within Selected Alpine Destinations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5389.

- Sezgin, S. (2021). Türkiye’de Sağlık Turizminin Uluslararası Pazarlama Temelinde incelenmesi. *Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi*, 1(1), 31-53.
- Sibbald, B. (2002). “Twenty-Site study to assess adverse events in Canadian hospitals”. *Canadian Medical Association Journal*, (167), 181-187.
- Silvestri Cecilia, Aquilani Barbara, Ruggieri Alessandro (2017). “Service Quality and Ccustomer Satisfaction in Thermal Tourism”. *The TQM Journal*. 29 (1): 55-81
- Siner, G. ve Torun, N. (2020). Sağlık turizminde termal turizm ve Spa-Wellness turizminin yeri ve önemi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (48), 517-533.
- Smith, M. ve Puczko, L. (2009). Historical overview. *Health and Wellness Tourism*; Smith, M., Puczko, L., Eds.
- Somel, A. (2020). Ekonomik kriz ve sağlık turizmi: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi neden kuruldu?
- Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al.(2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
- Stavroula, G. ve Vasiliki, D. (2020). Alternative forms of sustainable development: The case of thermal tourism. *International Journal of Environment and Sustainable Development*, 19(4), 367-377.
- Sügür, A. (2016). Türkiye’nin Medikal Turizm Açısından Son Üç Yılda Mevcut Durumu ve Medikal Turizm Sektöründeki Ekonomik Boyutunun Geliştirilmesine Yönelik Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi. İstanbul.
- Sülkü, S. N. (2017). Sağlık Turizminde Türkiye’nin Dünyadaki Yeri ve Potansiyeli, *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), 99-133.
- Şahin, Ö. U. ve Şahin, M. (2018). Türkiye’de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: Swot Analizi. *Journal Of Awareness*, 3(5), 287-300.
- Şantaş, F. ve Demirgil, B. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 5 (1), 35-48. DOI: 10.22139/jobs.286671
- Şapıcılar, M. C. ve İlyasov, A., Zafer Kavacık, S., Uslu, S., Aras, S., Güleç, F. E. (2021). Kütahya İlinin Termal Turizm Potansiyelinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi,

Turizm Araştırmaları: Alternatif Yaklaşımlar, Necmettin Erbakan Üniversitesi Yayınları, Aralık, Sayfa: 17-49.

Şencan, N. ve Uyar, M. (2014). Hasta Hakları Bağlamında Direkt Tüketiciye İlaç Reklamları Üzerine Kalitatif Bir Çalışma. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 18(3), 164-176

Şengül, C. ve Çora, H. (2020). Healthcare Tourism in Second Decade of 21st Century-A Review of Turkey as the New Global Center for International Patients. *Journal of Health Systems and Policies*, 2(1), 56-86.

Şengül, H. ve Bulut, A. (2019). Sağlık Turizmi Çerçevesinde Türkiye’de Termal Turizm; Bir SWOT Analizi Çalışması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 55-70

T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (2011). Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü. Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili Kılavuz,2011. <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=431> (Erişim tarihi: 04.01. 2022).

T.C. Bakanlar Kurulu, (2002). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. Karar sayısı: Khk/663. Resmi Gazete, 2 Kasım 2011; 28103, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (Erişim tarihi: 10. 02. 2022).

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). Program Koordinatörü Sağlık Bakanlığı.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2022). <https://www.ktb.gov.tr/> Erişim Tarihi:27.11.2022

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, (2021) “KTKGB ve Turizm Merkezleri”, <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-9669/ktkgb-ve-turizm-merkezleri.html>, (Erişim tarihi: 05.03.2022)

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2007). Türkiye Turizm Stratejisi Eylem Planı 2023.

www.kulturturizm.gov.tr. (Erişim tarihi: 04.06.2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-23587/saglik-turizminedir>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Beşerî tıbbi ürünlerin sınıflandırılmasına dair yönetmelik. Resmî Gazete, 17 Şubat 2005;25730. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/12/20211211-5.htm> (Erişim tarihi:14.09.2022).

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalıştayı sonuç raporu (2004-2005), Ankara,
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalıştayı sonuç raporu, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ‘Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı’ Araştırma Serisi 9. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü “Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı” Araştırma Serisi 7. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014- 2017. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1993). Akılcı İlaç Kullanımı'nın Alfabetesi, Nisan.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2011). Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz.Erişim: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=431>. (Erişim tarihi: 30.04.2022).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021'a). Sağlık Turizmi Nedir? <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-23587/saglik-turizmi-nedir.html>. Erişim tarihi: 18.06.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021b). Organizasyon Şeması. https://shgm.saglik.gov.tr/TR_9920/organizasyon-semasi.html. Erişim Tarihi: 18.06.2023.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2012), Sağlık Turizmi El Kitabı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2015). Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni. *Türkiye Kllinikleri Farmakoloji Özel Dergisi*, 2(9).

- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2022). SKRS E-Reçete İlaç ve Diğer Farmasötik Ürünler Listesi. Available at: <https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/43>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Sağlık turizmi El Kitabı” BMS Matbaacılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlıkta Dönüşüm: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/>
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı., (2013). Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. SGK Yayın No: 93.
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2020). Hizmet Ticaretinin Tarihsel Gelişimi. Ticaret Bakanlığı: <https://www.ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti/hizmet-ticaretinin-tarihsel-gelisimi> adresinden alındı
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2021). Uluslararası İlişkiler. 30.06.2022 tarihinde <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/uluslararasi-iliskiler> adresinden alındı
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2022). Destek Mevzuatı. from <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti/destek-mevzuati>. Erişim tarihi: 23.02.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylemplani.pdf> Erişim tarihi:22.02.2021
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 2014, 96.
- Tavşan, S. (2012). Termal Turizm İşletmelerinde Müşteri Şikayetlerinin Analizi Üzerine Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Teleş, M. (2018). Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma (doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

- Temizkan, P., Çiçek, D., Özdemir, C. (2015). Bibliometric profile of articles published on health tourism Sağlık turizmi konusunda yayınlanan makalelerin bibliyometrik profili. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 394-415.
- Temizkan, P. ve Temizkan, R. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Medikal Turizm Kapsamında Plastik ve Estetik Cerrahi Uygulamaların Hizmet Pazarlaması Karması Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Journal of Gastronomy Hospitality and Travel*, 3(2), 284-298.
- Tengilimoğlu, D. (Ed.). (2013). *Sağlık turizmi*. Siyasal Kitabevi, 46-73.
- Tengilimoğlu, D. ve Tosun, N. (2020). *İleri yaş ve engelli turizmi*. *Sağlık turizmi* (pp.121-167), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (2020). *Sağlık Turizmi*, 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Terzioğlu, B. ve Gülpınar, M. A., (2019). Akılcı İlaç Kullanımının Boylamsal Bir Koridor Şeklinde Üç Yıllık Klinik Eğitim Programına Entegrasyonu. *Tıp Eğitimi Dünyası*, vol.18, no.56, 110-122.
- TİTCK (2020). Klinik Araştırmalar. URL: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/klinik-arastirmalar>
- Tokmak, C. (2015). Termal Turizm. Saadet Pınar Temizkan (Ed.), *Sağlık Turizmi* (s. 37-73). Ankara: Detay.
- Tontuş, H. Ö. (2018). Sağlık turizmi tanıtımı ve sağlık hizmetlerinin pazarlanması ilkeleri üzerine değerlendirme. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi*, 3(1), 67-88.
- Tontuş, H. Ö. (2019). Sağlık Turizmi nedir? Retrieved 19.11.2019, 2019, from <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10944/0/02pdf.pdf>
- Tontuş, H.Ö. (2021). Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi. Satürk Yayınlar, <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/06.pdf> adresinden 15 Mayıs 2022 tarihinde edinilmiştir.
- Tosun, N. ve Hoşgör, H. (2021). E-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 82-102.
- Tuna, H. (2019). ‘Bolu İlinin Termal Turizm Açısından Potansiyelinin Değerlendirilmesi’, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15/15, 117-130.

- Tuncer, O., Menekay, M., Savaşan, A. (2020). “Perspectives of Customers Staying in Thermal Tourism Operations for Thermal Tourism Satisfaction”. *International Journal of Early Childhood Special Education (Int-Jecse)*, 29(5), 1370-1381.
- Turancı, E. (2019). The use of Instagram as a public relations tool in health tourism: an analysis on health tourism Turkeyl hashtag. *International Journal of Health Management and Tourism*, 4(1), 44-60.
- Türk Dil Kurumu, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 17.08.2023.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2022). İstatistik Veri Portalı, www.tuik.gov.tr, (Erişim tarihi: 16.01.2023).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2022). Turizm İstatistikleri, [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-İstatistikleri-IV. Çeyrek: -Ekim-Aralık ve Yıllık, 201624590#:~:text=Turizm%20geliri%202016%20y%C4%B1%C4%B1nda%20bir,107%20milyon %20440%20bin%20%24%20oldu](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-İstatistikleri-IV.Çeyrek:-Ekim-AralıkveYıllık,201624590#:~:text=Turizm%20geliri%202016%20y%C4%B1%C4%B1nda%20bir,107%20milyon%20440%20bin%20%24%20oldu), Erişim Tarihi: 20.12.2022.
- Türkiye Turizm Tanıtma Platformu (TUTAP). (2023). Mudurnu Babas Kaplıcası. https://www.tutap.com.tr/detay_tanitim/mudurnu-babas-kaplicasi/1056 Erişim Tarihi: 04 Ağustos 2023.
- Türksoy, A. ve Türksoy, S. S. (2010). “Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi”. *Ege Akademik Bakış Dergisi*. 10 (2): ss. 701 – 726.
- TÜSİAD-Sağlık Çalışma Grubu. (2009). Türkiye için yeni bir fırsat penceresi: tıp turizmi görüş belgesi. Erişim Adresi: <http://www.tusiad.org/FileArchive/2009.06.11TipTurizmiGorusBelgesi.pdf>, Erişim Tarihi: 02.09.2022.
- USHAŞ, (2020). <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi 11.11.2022
- USHAŞ. (2022). <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi: 11.11.2022
- Uslu, E. (2020). Termal Turizm ve SPA Wellness Turizmi, (ed.) Eriş. H. (iç.), *Sağlık Turizmi*, Ankara: İsad Yayınevi, 89-128
- Usta, N. ve Zaman, M. (2015). ‘Kızılcahamam İlçesi Turizminde Termal Kaynakların Önemi.’ *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2), 187-208.
- Uygun, M. (2015). Türkiye Turizm Stratejisi (2023) Vizyonunda Türkiye Sağlık Turizminin Analizi. In Translation: an overview of health tourism within the context of Turkey's

- tourism strategy) (2023) (I. Eurasia international tourism congress: current issues Trends, and Indicators. EITOC) (pp. 236-242). 70
- Uygun, M. ve Ekiz, E. (2018). An overview of health tourism within the context of Turkey's tourism strategy (2023). *Journal of Hospitality and Tourism*, 14(1), 18–26.
- Voigt, C. ve Laing, J. (2013). A Way through the maze: Exploring differences and overlaps between Wellness and Medical tourism providers. In D. Botterill, G. Pennings, & T. Mainil (Eds.), *Medical tourism and transnational healthcare* (pp. 3047). PalgraveMacmillan. https://doi.org/10.1057/9781137338495_3
- World Health Organization [WHO]. (2002). Promoting the rational use of medicines, WHO Policy Perspectives for Medicines.
- World Health Organization [WHO]. (1985). Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, 25 9.
- World Health Organization [WHO]. (1990). The Role of the Pharmacist in the Health Care System. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61679>.
- World Health Organization [WHO]. (2017). Selection and use of essential medicines: WHO Expert Committee report, 2017 (20. WHO Model List of Essential Medicines and 6. Including the Model List of Essential Drugs).
- World Health Organization [WHO]. (2010) World Health Report, Health Systems Financing, The Path to Universal Inclusion, Achieving Better Health Outcomes and Efficiency Gains through the Rational Use of Medicine Technical Short Series
- World Health Organization [WHO]. 2022a. Medicines. Erişim adresi, https://www.who.int/healthtopics/medicines#tab=tab_1. Erişim tarihi 22.04.2022.
- World Health Organization [WHO]. 2022b. Erişim adresi, <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceuticalspending.htm#indicator-chart>. Erişim tarihi 22.04.2022.
- World Health Organization [WHO]. (2019). Safety of Drugs in Polypharmacy: Technical Report (No. WHO/UHC/SDS/2019.11). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf> adresinden erişildi. Erişim tarihi: 21.12.2022.

- World Health Organization [WHO]. (2022). Newsroom, Fact Sheets, Detail: Aging and Health. Accessed from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Erişim tarihi: 26.12.2022.
- World Health Organization [WHO]. (2007). World Health Organization, Global Report on Fall Prevention in Old Age. World Health Report Life in the 21st Century, Vision for All, Geneva, 2007
- World Health Organization [WHO]. (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1977, Geneva: WHO.
- Wong, K. M. ve Hazley, S. A. (2020). The future of health tourism in the industrial revolution 4.0 era. *Journal of Tourism Futures*, 7(2), 267-272
- World Tourism Organization and European Travel Commission (2018), Exploring Health Tourism – Executive Summary, UNWTO, Madrid.
- Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, (2017). Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLoS One* 2017;12: e0180327.
- Yağar, F. ve Soysal, A. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Hastane Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Asistan Hekimler Örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14 (1), 81-96. Doi: 10.17130/İjmeb.2018137575
- Yalçın, P. (2006). Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Yalkın, Yazgan, M. (2020). *Doğu’dan Batı’ya Sağlık Turizmi ve Etik Anlayış*, Ed. Turgay Avcı, Demavend Yayıncılık
- Yavuz, M.C. (2018). Türkiye’de Sağlık Turizmi Hizmetleri Algısının Hasta ve Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi: İç Anadolu Örneği. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazıcı ,T. (2020). Beş yaş altı çocukların annelerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi. (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi).

- Yeniçeri, Ş. (2019). “Çocuk Acil Hastaları Ebeveynlerinin Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı”, Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tokat, 54-56.
- Yeşildağ, A. Y., Ağırbaş, İ., Yılmaz, G. (2022). Determination of the rational drug use awareness of university students. Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy, 42(1), 1-12. doi: 10.52794/hujpharm.1024991
- Yıldırım, A., Özdemir, S., Özdemir, M. (2020). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Üniversite Öğrencilerinde Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 10(60), 1-14
- Yılmaz, M., Yılmaz A., Özyörük, M., Turunç, F., Erkman Gürleyik, N., Kınalıkaya, A., Arslan E. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı: Düzce’de Aile Hekimlerinin Bilgi ve Davranışları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22 (1):20-27
- Yılmaz, Z. D. (2019). Acile Gelen Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Yaklaşımları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Bahçeşehir Üniversitesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Yılmaz, V. ve Aktas, P. (2020). The making of a global medical tourism destination: From state-supported privatisation to state entrepreneurialism in healthcare in Turkey. *Global Social Policy*, 1468018120981423.
- Yılmaz, D. (2020). Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(3), 129-136.
- Yılmaz, H., ve Çıtlı, R. (2022). Üniversite hastanesine başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 31 (3), 161-171
- Yılmaz, H., Özcan, S., Demir, S. (2021). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Eczacılıkta Eğitim Dergisi*, 1(1), 1-9
- Yılmaz, C. (2023). Türkiye'nin Sağlık Turizminde Küresel Marka Olması İçin Sağlık Serbest Bölgesine Olan İhtiyacın ve Etkinin Analizi. *International Journal Of Eurasia Social Sciences/Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(52).
- Yin, H. S., Dreyer, B. P., Foltin G., Schaick, L., Mendelsohn, A. L. (2007). Association of Low Caregiver Health Literacy With Reported Use of Nonstandardized Dosing

Instruments and Lack of Knowledge of Weight-Based Dosing. *Ambulatory Pediatrics* 2007;7: 292–298

Zeybek, M. ve Erdal, E. K. E. (2019). İlaç Politikaları ve Uygulamaları Bağlamında Bireylerin İlaç Kullanma Davranışları Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(4), 1067-1087.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay İzni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu)

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2022-129140



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-129140
Konu : 2022/008 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

Sayın Doç. Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.01.2022 tarihinde yapılan 01 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan XII nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: XII

Protokol No: 2022/008

Sorumlu Yürütücü: Doç. Dr. Filiz ADANA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz ADANA'nın "**Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi: Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma**" başlıklı araştırması 21.01.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde **(kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla)** gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-155230
Konu : 2022/008 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

Sayın Doç. Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.03.2022 tarihinde yapılan 05 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan IV nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: IV

Protokol No: 2022/008

Sorumlu Yürütücü: Doç.Dr. Filiz ADANA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Doç.Dr. Filiz ADANA'nın "Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi" başlıklı araştırması 21.01.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında onay verilmiş olup, 25.03.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında, değişiklik başvurusu sebebiyle başvuru yeniden araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-21347915-050.04.04-472739
Konu : 2022/008 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

03.01.2024

Sayın Prof. Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.12.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: III
Protokol No: 2022/008
Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Filiz ADANA

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca 07.04.2023 tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Filiz ADANA'nın "Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanım Düzeylerinin Geliştirilmesi" konulu araştırmasınının 26.12.2023 tarihli etik kurul toplantısında sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSR8TBLBRJ

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSR8TBLBRJ&eS=472739>

Adres: Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN

Telefon: 0256 214 47 45 Faks: 0256 214 66 87

e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/

Keş Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Duygu YEŞİLİDAN

Unvanı: Raportör



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2. Kurum İzni (1) (Bolu Gazella Resort SPA Otel)

26.04.2022

Sayın Necati BÜKECİK;

26.04.2022 tarihli tarafımıza müracaatınızla yapmakta olduğunuz " Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyinin Geliştirilmesi " konulu doktora teziniz ile ilgili;

Otelimiz Bolu Merkez Karacasu Beldesinde SPA hizmeti vermektedir, bu nedenle tezinize konu olan SPA departmanı personelimize çalışmanızı yürütebilirsiniz.

Gereğini bilgilerinize sunarız.

Grand Kartal Tur ve Tic A.ş.

Gazelle Resort SPA OTEL

Kadir ÖZDEMİR

GRAND KARTAL
TURİZM VE TİC. A.Ş.
FİRMA ADRESİ: KARACASU BİLDİSİ BÖLÜMÜ
Tel: 0374 262 98 00 Faks: 0374 262 90 91
www.gazelleresort.com - info@gazelleresort.com

İlgi için : K. ÖZDEMİR – 530 941 16 88

Fatih Mh. Kökez Sk. No: 23 P.K. 50 14020 Karacasu - BOLU
Tel: 0 374 262 98 00 Faks: 0 374 262 90 91 www.gazelleresort.com - info@gazelleresort.com

Ek 3. Kurum İzni (2) (Sarot Thermal Corperation)

Yanıtla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler Daha Fazla Oku Görüntüle

Tarih tarafından düzenlendi 500 / 1668 me

TEPDAD 16.6.2022 2022 TEPDAD Bilgilendirme

TEPDAD 16.6.2022 Bolu Abant İzzet Baysal Üni

Mehmet Fatih KURNAZ 16.6.2022 SOSYAL TRANSKRİPT İŞLEN

IDRİS TÜREL 15.6.2022 Ders katloğu son hali

Semih GÜL 14.6.2022 Fwd: NECATİ BÜKECİK

TEPDAD 14.6.2022 Bolu Abant İzzet Baysal Üni

Fwd: NECATİ BÜKECİK KURUM İZİNİ TALEP 14 Haziran 2022

Kimden: Semih GÜL

Kime: necati bukecik

SAROT kurum izni talep.docx (14,9 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

ANKET FORMU.docx (40,8 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

Necati etik kurul.pdf (167,3 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

tez öneri onay.pdf (293,9 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

Tüm ekleri indir

Tüm ekleri kaldır

Sn Necati bukecik : kurumumuzda yapacağınız araştırma görevinizi olumlu karşılıyoruz .gerekli müsaitlik için benimle iletişime geçerseniz menun olurum

kolay gelsin iyi çalışmalar

SAROT THERMAL CORPERATION

Semih Gül (işl.Gen.Müd.)

Ek 4. Kurum İzinleri (3) (Narven Termal Kasaba)

Posta İşlemler Daha Fazla Oku Görüntüle

RE: kurum izni 26 Mayıs 2022 15:05

Kimden: İbrahim Yüksel

Kime: NECATI BUKECIK

Kk: Serdar Yıldız elifozdemir@narven.com.tr Gizem Daştan

Necati bey,

Tesisimizde yapmak istediğiniz eğitim uygun bulunmuştur, çalışanlarımıza verilecek eğitim programınızı paylaşmanız halinde ilgili tarihlerde eğitimler verilebilir.

Teşekkürler ,
Kolaylıklar dilerim.

444 6 414

NARVEN
TERMAL KASABA BOLU DENİZİZİSANS

İbrahim YÜKSEL
İşletme Müdürü
0 549 481 55 01
www.narven.com.tr

TERMAL TURİZM ÇALIŞANLARININ SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI DÜZEYLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

“Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi” başlıklı bu çalışma Filiz ADANA ve Necati BÜKECİK tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırmanın amacı termal turizm çalışanlarının sağlık okur yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesidir. Çalışma termal turizm çalışanlarının sağlık okur yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik sekiz haftalık bir eğitimi kapsayacak ve eğitim öncesi (1 kez) ve sonrası (iki kez) anket formlarını doldurmanız beklenecektir. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 67 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 20 dk zamanınızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan Prof. Dr. Filiz ADANA'ya 0505 317 09 94 (filizadana@yahoo.com) , Necati BÜKECİK'e 0506 516 74 52, (necati_bukecik14@hotmail.com) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

Sorular

- 1.Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):
2. Cinsiyetiniz: () 1. E () 2. K
3. Medeni durumunuz: () 1.Evli () 2. Bekar
4. Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz)
() 1. İlkokul mezunu () 2. Ortaokul mezunu () 3.Lise Mezunu
() 4. Meslek Yüksekokulu mezunu () 5. Üniversite/yüksekokulu mezunu
() 6. Yüksek lisans mezunu () 7.Doktora mezunu
5. Mesleğiniz (belirtiniz):
6. Çalışma Yılıınız (belirtiniz):
7. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
8. Ne kadar sık kitap okursunuz?
1. Hiç okumam 2. Ara sıra 3. Sıklıkla
9. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
1. Mükemmel 2. Oldukça iyi 3. İyi 4. Fena değil 5. Kötü
10. Sağlık okuryazarlığı kavramını biliyor musunuz?
1. Hayır 2. Evet (Açıklayınız):.....
11. Düzenli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?
1. Evet 2. Hayır
- 12.(11. soruya cevabınız evet ise) Nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Diyabet 2. Hipertansiyon 3. Kalp Hastalığı 4.Böbrek Hastalığı
5. Astım 6. Diğer (lütfen belirtiniz):.....
13. Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?
- a) Hekime başvururum b) Evdeki ilaçları kullanırım
- c) Daha önce kullandığım ilacı eczaneden alırım
- d) Yakınlarıma tavsiyesine göre ilacı eczaneden alırım
- e) Hastalığının geçmesini beklerim
- 14- Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?
1. Aile sağlığı merkezi (Aile hekimi) 2. Devlet hastanesi
3. Özel hastane 4. Üniversite hastanesi
5. Eğitim araştırma hastanesi 6. Özel muayenehane

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifade de belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/kolay/zor/çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Günelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ilaç kullanımı ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.					
2.	İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.					
3.	İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.					
4.	İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.					
5.	İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.					
6.	İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.					
7.	İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.					
8.	İlaçlarımın oluşturabileceği yan etkileri bilirim.					
9.	İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.					
10.	Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.					
11.	Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını araştırırım.					
12.	Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.					
13.	İlaçlarımı doktorumun bana önerdiği süre kadar kullanırım.					
14.	İlaçlarımı doktorumun önerdiği dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.					
15.	Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.					
16.	İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
17.	Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.					
18.	Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.					
19.	Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar (egzersiz, araç kullanma vb.) olup olmadığına dikkat ederim.					
20.	Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.					
21.	İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşır ve saklarım.					

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(DENEYSEL ARAŞTIRMALARİÇİN)

Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

Araştırmanın adı, amacı, süresi, araştırmayı kimlerin yapacağı, araştırma süresince katılımcılara nasıl bir uygulama yapılacağı, uygulamanın varsa riskleri, risk varsa riske karşı alınan önlemler, katılımcının araştırma için ne kadar zaman ayırması gerektiği gibi konular katılımcının anlayabileceği basitlikte ve açıklıkta detaylandırılmalıdır.

Aşağıda imzası olan ben **“Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi”** başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu çalışmayı yürüten Doç. Dr. Filiz ADANA ve Necati BÜKECİK çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve/veya yazılı bilgi verdi.

“Çalışmanın ilk anket uygulaması yaklaşık 15 dakika sürecektir. Çalışma termal turizm çalışanlarının sağlık okur yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik olup, her görüşme öncesi randevu tarihi oluşturularak görüşmeler yapılacaktır. Araştırmada deney ve kontrol grupları oluşturulacak hem deney hem de kontrol gruplarına anket uygulaması yapılacaktır. Araştırmanın eğitim süreci boyunca kontrol gruplarına herhangi bir uygulama yapılmayacak olup anket uygulamaları, deney grubu ile senkron bir şekilde tamamlanacaktır. Eğitimin sekiz oturumdan (haftada bir- 30’ar dakika) oluşacaktır ve uygulama video-konferans yolu ile olacaktır. Eğitimler sekiz ana başlıktan oluşacak her eğitim için bir oturum planlanacaktır. Katılımcılardan eğitim günlerinde ve saatlerinde eğitimlere tam katılım beklenecektir. İki oturum ya da daha fazla oturuma katılım göstermeyen katılımcılar araştırma dışında bırakılacaklardır. Eğitimlerin 1 Haziran - 30 Temmuz 2023 tarihleri arasında tamamlanması hedeflenmektedir. Eğitimler sürerken hatırlatıcı ve pekiştirici whatsapp mesajları da kullanılacaktır. Mesajlar katılımcılara haftada 3 kez gönderilecektir. Katılımcıların soruları hem eğitimler sırasında yüz yüze yanıtlanacak; hem de pekiştirme sürecinde Whatsapp yolu ile yanıtlanmaya devam edilecektir.

Deney grubu ile paralel şekilde kontrol grubundaki katılımcılara da eğitim öncesi anket formları uygulanacaktır. (Anket uygulamaları için haftanın iki günü otellere gidilecek (Cumartesi ve Pazar) anket uygulamaları tamamlanana kadar ziyaretler sürecektir. Deney grubunun eğitimi süresince kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Deney grubunun eğitim uygulaması tamamlandıktan sonra yine katılımcılar çalışma alanlarında ziyaret edilecek ve ölçekler tekrarlanacaktır. Araştırma katılımcılar açısından herhangi riskli bir durum oluşturmamaktadır.

Araştırmacılar Doç. Dr. Filiz ADANA ve Necati BÜKECİK'e çalışmayla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım. Araştırmacılar Doç. Dr. Filiz ADANA ve Necati BÜKECİK in bilgilerimin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacılar Doç. Dr. Filiz ADANA ve Necati BÜKECİK'in kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon No:

İmza:

Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Necati BÜKECİK

Tarih:20.12.2021

Telefon Numarası: 0506 516 74 52

Adres: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Morfoloji Binası Dekanlık Katı

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Doç. Dr. Filiz ADANA

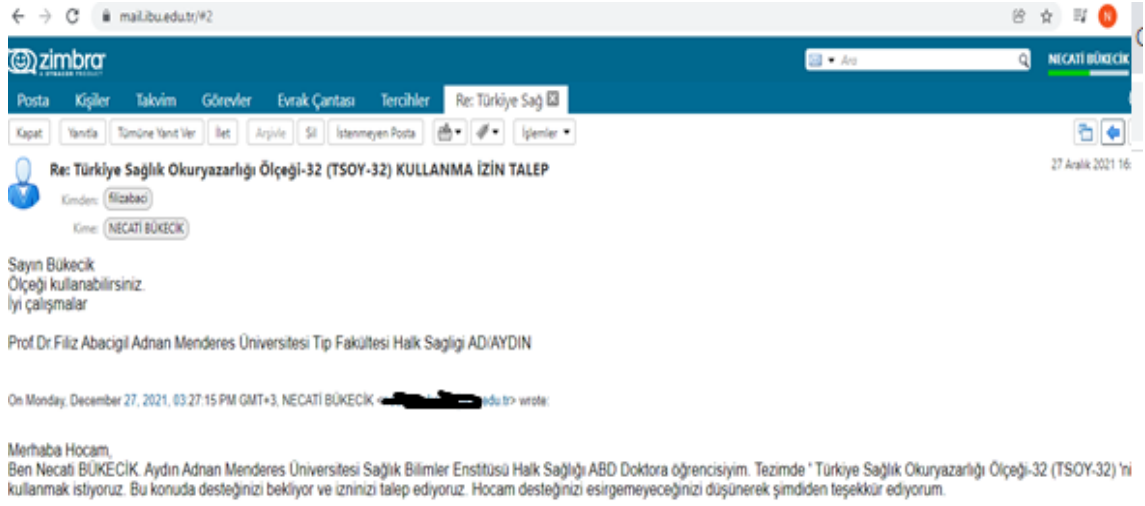
Tarih: 20.12.2021

Telefon Numarası: 0505 317 09 94

Adres: Adnan Menderes Üniv. Hemşirelik Fak.

İmza:

Ek 7. Ölçek Kullanım İzni



mailibu.edu.tr/#2

zimbra

Posta Kişiler Takvim Görevler Evrak Çantası Tercihler Re: Türkiye Sağ

Kapat Yanıtla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler

Re: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) KULLANMA İZİN TALEP

Kimden: Necati BÜKECİK

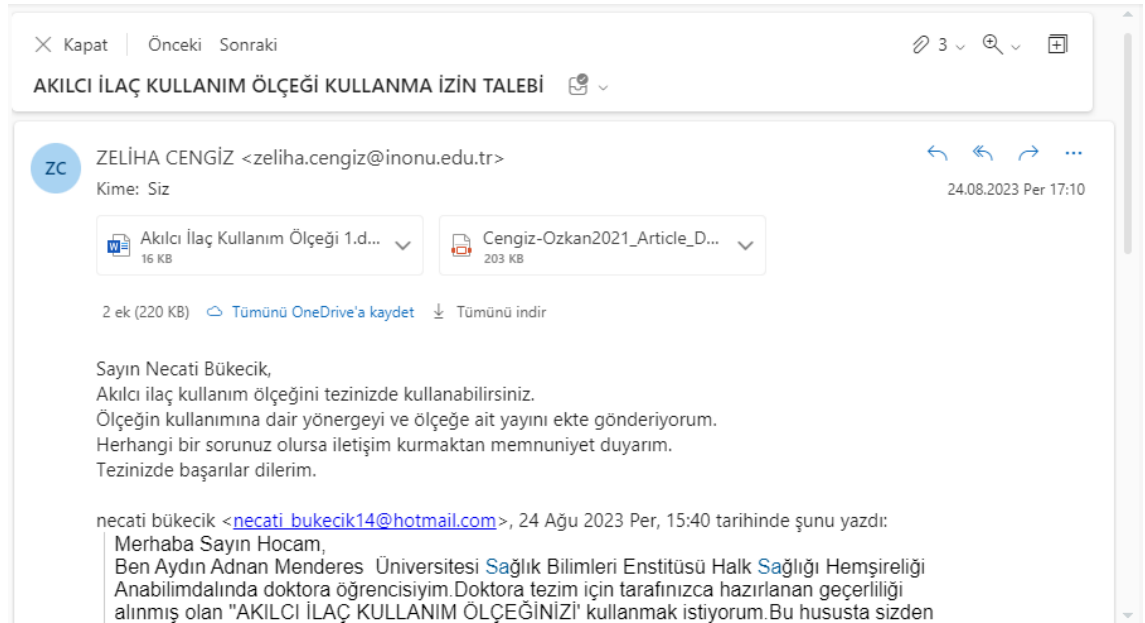
Kime: NECATI BÜKECİK

Sayın Bukecik
Ölçeği kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Prof.Dr.Filiz Abacıgil Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ADI/AYDIN

On Monday, December 27, 2021, 03:27:15 PM GMT+3, NECATI BÜKECİK <[redacted]@edu.tr> wrote:

Merhaba Hocam,
Ben Necati BÜKECİK, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı ABD Doktora öğrencisiyim. Tezimde "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)"'ni kullanmak istiyorum. Bu konuda desteğinizi bekliyorum ve izninizi talep ediyoruz. Hocam desteğinizi esirgemeyeceğinizi düşünerek şimdiden teşekkür ediyorum.



Kapat Önceki Sonraki 3

AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN TALEBİ

ZELİHA CENGİZ <zeliha.cengiz@inonu.edu.tr>

Kime: Siz 24.08.2023 Per 17:10

Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği 1.d... 16 KB

Cengiz-Ozkan2021_Article_D... 203 KB

2 ek (220 KB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Sayın Necati Bukecik,
Akılcı ilaç kullanım ölçeğini tezinizde kullanabilirsiniz.
Ölçeğin kullanımına dair yönergeyi ve ölçeğe ait yayını ekte gönderiyorum.
Herhangi bir sorunuz olursa iletişim kurmaktan memnuniyet duyarım.
Tezinizde başarılar dilerim.

necati bukecik <necati_bukecik14@hotmail.com>, 24 Ağu 2023 Per, 15:40 tarihinde şunu yazdı:
Merhaba Sayın Hocam,
Ben Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Doktora tezim için tarafınızca hazırlanan geçerliliği alınmış olan "AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİNİZİ" kullanmak istiyorum. Bu hususta sizden

Ek 8. Eğitim İçeriği

Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi Programı

I. OTURUM

SAĞLIK, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK TURİZM VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI KAVRAMLARI

Amaç: Termal Turizm sektöründe çalışan personellerin sağlık ve sağlık turizmi ile akılcı ilaç kavramları ile ilgili bilgi düzeylerinin geliştirilmesi

Hedefler: Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı tanımını bilmek, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı ait kavramları anlamak,

Oturum İçeriği:

1. Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığının tanımı
2. Sağlık Turizm öğeleri
3. Akılcı İlaç Kullanımı kavramı

II. OTURUM

HASTALIKLARDAN KORUNMA YOLLARI

Amaç: Çalışanların hastalık, hastalığa neden olan etkenler, hastalıkların bulaşma yolları, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkları ve gerektiğinde hastalıklardan nasıl korunabilecekleri ile ilgili bilgi düzeylerinin geliştirilmesi

Hedefler: Hastalıkların bulaşma yollarını bilmek, Bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklar arasındaki farkı anlamak,

Oturum İçeriği:

1. Hastalık terimi ve Hastalık Çeşitleri
2. Hastalığa Sebep olan Nedenler
3. Hastalıklardan Korunma Yolları

III. OTURUM

HASTALIK SÜREÇLERİNİ YÖNETME

Amaç: Çalışanların hastalıklarla başetme ve hastalık süreçlerini nasıl yönetecekleri ile ilgili bilgi düzeylerinin geliştirilmesi,

Hedefler: Çalışanların kendi sağlıklarını korumayı ve bunu sürdürebilecek düzeyde bilgilere sahip olması, Yeterli bilgi birikimine sahip olduktan sonra da çalışanların kendi üzerlerine düşen sorumlulukları yapma ve kendi kendine bakım verebilecek seviyeye gelmelerinin sağlanması.

Oturum İçeriği:

1. Hastalık yönetiminde kullanılan yöntemler
2. Kendi kendine Özbakım Yeteneğini geliştirme
3. Hastalıkla sürecini yönetmenin yararları

IV. OTURUM

SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Amaç: Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili genel tanımları öğrenerek, sağlığın geliştirilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazandırmak.

Hedefler: Sağlık ve sağlıkla ilgili kavramları bilmek, Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarını anlamak ve sağlığı etkileyen faktörleri bilmek. Çalışanlara olumlu sağlık davranışı kazanması ve önemini kavraması.

Oturum İçeriği:

1. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları ve davranışları
2. Sağlığı koruma ve geliştirmede ilişkili kavramlar
3. Sağlığı koruma ve geliştirmede kültürün yeri, çevrenin önemi, medyanın etkisi ve erken tanının önemi
4. Sağlık okuryazarlığının sağlığı koruma geliştirmedeki etkileri
5. Stresin sağlığı koruma ve geliştirme üzerine etkisi, egzersizin, beslenmenin ve uykunun önemi

V. OTURUM

SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR

Amaç: Çalışanların sağlığa zararı alışkanlıklar hakkında genel bilgi vermek, İlaç ve madde bağımlılığı konusunda bilgi vermek

Hedefler: Sağlığa zararlı alışkanlıkları bilmek, İlaç ve madde bağımlılığının türlerini bilmek, Zararlı alışkanlığı olanların yaşadıkları sorunlardan ve bu konuda verilen sosyal hizmetlerden haberdar olmalarını sağlamak.

Oturum İçeriği:

1. Sağlığa zararlı alışkanlıklar nedir?
2. Bağımlılık ve bağımlı kişinin özellikleri nedir?
3. Sağlığa Zararlı alışkanlıklara başlama nedenleri nelerdir?
4. Bağımlılık yapan maddelerin sağlığa zararları nelerdir?

VI. OTURUM

MEDYA ve SAĞLIK

Amaç: Sağlık iletişimi ve medyadaki temel kavramlar hakkında genel bilgi sahibi olmasını sağlamak, Sağlık sektörü ile medya arasındaki uygulama ve analizlerinde sıklıkla kullanılan yöntemleri öğrenmesi ve stratejilerini kullanabilme becerisi kazandırmak bilgi vermek

Hedefler: Sağlık iletişimi kavramını ve önemini kavramak, sağlık okuryazarlığı ve medyaya yansımaları hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak, sağlık iletişimlerinde kampanya planlama sürecini hakkında bilgi sahibi olur, süreçteki yöntem ve stratejileri analiz eder.

Oturum İçeriği:

1. Sağlık İletişimi tanımı ve önemi,
2. Sağlık İletişiminde Yararlanılan İletişim Araçları ve Modeller
3. Sağlık okuryazarlığı ve medyadaki yansımaları, halkın sağlık okuryazarlık seviyesinin nasıl artırılacağı

VII. OTURUM

STRESLE BAŞETME YÖNTEMLERİ

Amaç: Çalışanlara stresin tanımını, stresin sağlık üzerindeki etkileri ve stresle baş etme yöntemleriyle ilgili farkındalık kazandırarak ve çalışma hayatlarında bu yöntemleri kullanmalarını sağlamak amaçlanmaktadır.

Hedefler: Stresin kavranımı açıklayabilmek, Stresi etkileyen faktörleri ayırt edebilmeleri, Stres ve kişilerarası ilişkilerini nasıl etkileyeceğini bilmeleri, Stresi artıran faktörleri bilmeleri ve Stresle baş etme yöntemlerini uygulayabilmeleri.

Oturum İçeriği:

1. Stres Kavramı ve Stresin Sağlığa Etkileri
2. Duygu ve Düşüncelerin Stresle İlişkisi
3. Stresle Başetme Yöntemleri
4. Stresle Başetme Tekniklerini Uygulama

VIII. OTURUM

SAĞLIKLI BESLENME VE SPOR

Amaç: Sağlıklı yaşam ve spor aktiviteleri ile ilgili temel düzeyde bilgi sahibi olmalarını sağlamak. Sağlıklı yaşam davranışları kazanma konusunda da temel düzeyde bilgi sahibi olması, egzersiz, fiziksel aktivite, beslenme, kilo kontrolü ve sıvı tüketim davranışları konularında bilgi ve beceri kazanmış olmalarını amaçlamaktadır.

Hedefler: Sağlık, spor ve beslenme gibi temel kavramları kazandırmak, Yeterli ve dengeli beslenmeyi ifade edebilmek, beslenmesinin yeterli ve dengeli olup olmadığını bilmesini sağlamak, fiziksel aktivitenin yararlarını kavramak.

Oturum İçeriği:

1. Beslenme nedir? – Besin nedir?
2. Spor, sağlık ve beslenme ilişkisi
3. Yetersiz, dengesiz ve sağlıksız beslenmeden kaynaklı sağlık sorunları

4. Fiziksel aktivite, egzersiz ve spor kavramları: fiziksel aktivite nedir, amacı nedir, fiziksel aktivite çeşitleri nelerdir.

T.C.

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Termal Turizm Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Düzeylerinin Geliştirilmesi “ başlıklı Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Necati BÜKECİK

16/01/2024