

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK TURİZMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HEKİMLERİN MEDİKAL TURİZME BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: KUŞADASI ÖRNEĞİ

FEYZA DUYGU ÖRSÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. FUNDA ODUNCUOĞLU

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
..... proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2024

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez öğrenciliğim boyunca, araştırma, öğrenme ve sunum süreçlerimde ilgi, yardım ve hoşgörüsünün yanında deneyimleriyle bana farklı bir bakış açısı kazandıran, aynı zamanda bir rehber olarak varlığıyla tez çalışmamı zenginleştiren saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda ODUNCUOĞLU' na,

Yüksek Lisans çalışmalarına başladığımdan beri kıymetli desteklerini her daim üzerimde hissettiğim, tezimin tamamlanmasında büyük paya sahip Doç. Dr. Aziz BOSTAN hocama, tez jürime değerli katkılarını sunan Sayın Doç. Dr. Davut UYSAL hocama ve Sağlık Turizmi Anabilim Dalına katkı sunan hocalarıma,

Yüksek lisans sürecimde beni motive eden ve tezimin tamamlanmasında büyük emeği olan arkadaşım Yaşar GÖKBAYRAK'a,

Verdiğim kararlara saygı duyarak her daim destekleyen değerli annem Sıdıka KIZILTAŞ'a ve özellikle tez sürecimde moral ve motivasyonumu yüksek tutmak için çaba harcayan değerli teyzem Zeynep KIZILTAŞ DRAMALI'ya ve biricik kızı Nil DRAMALI'ya,

Teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
RESİMLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Turizmi	3
2.1.1. Sağlık.....	5
2.1.2. Turizm	6
2.1.3. Turistin Sağlığı	7
2.1.4. Sağlık Turizmi Türleri.....	8
2.1.4.1. Termal Sağlık Turizmi	9
2.1.4.2. Engelli Turizmi.....	10
2.1.4.3. Üçüncü Yaş Turizmi.....	10
2.1.4.4. Medikal Turizm	11
2.2. Medikal Turizm	13
2.2.1. Medikal Turizmin Tarihsel Gelişimi	14
2.2.2. Medikal Turizm Özellikleri ve Türleri	16
2.2.3. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler.....	17
2.2.4. Dünyada Medikal Turizm.....	19
2.2.5. Türkiye’de Medikal Turizm	22
2.3. Hekimler ve Medikal Turizm İlişkisi	28
2.3.1. Hasta Hekim Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Faktörler	34
2.3.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Türleri.....	34
2.3.2.1. Parsons İlişki Modeli	35

2.3.2.2. Szasz ve Hollender İlişki Modeli	35
2.3.2.3. Freidson İlişki Modeli	35
2.3.2.4. David Hayes-Bautista İlişki Modeli	35
2.3.2.5. Emmanuel ve Emmanuel İletişim Modeli	36
2.3.2.6. Paternalist Model (Ebeveyn ya da Papaz Model).....	36
2.3.2.7. Bilgilendirici Model (İkinci Model Mühendislik veya Tüketici Model)	36
2.3.2.8. Yorumlayıcı Model	37
2.3.2.9. Müzakere Modeli.....	37
3. GEREÇ YÖNTEM	38
3.1. Çalışmanın Amacı	38
3.2. Çalışmanın Yöntemi	39
2.3. Araştırma Örneklemine Özellikleri	40
2.4. Veri Analiz Süreci	41
3.5. Çalışmanın Etik Konuları	42
3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları	42
3.7. Hipotezler	42
4. BULGULAR	44
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	44
4.2. Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	45
4.3. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test.....	46
4.4. İletişimsel ve Yönetimsel Sorunlar ve Faktörlerine İlişkin Güvenilirlik Analizi.....	47
4.5. Faktör Analizi Sonuçları.....	48
4.6. İletişimsel ve Yönetimsel Önerme Grupları ve Faktörleri Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Katsayısı ve Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı ile Yorumlanması	51
4.7. İletişimsel Sorunlar ve Faktörleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	52
4.8. Yönetimsel Sorunlar ve Faktörleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	52
4.9. Faktör Toplam Puanlarına İlişkin Bulgu ve Değerlendirmeler	53
4.10. İletişimsel ve Yönetimsel Önerme Grupları ve Faktör Toplam Puanlarına İlişkin Normallik Testleri	55
4.11. İletişimsel ve Yönetimsel Sorunlar Faktörleri Toplam Puanlarının Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Analizi.....	56
4.12. Hekimlerin cinsiyetlerine göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	59

4.13. Hekimlerin eğitim durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	60
4.14. Hekimlerin mesleki tecrübelerine göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	62
4.15. Hekimlerin medeni durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	63
4.16. Hekimlerin aylık ortalama gelirlerine göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	64
4.17. Hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	68
4.18. Hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları	69
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	81
EKLER	90
Ek 1 Araştırma İzni	90
Ek 2 Etik Kurul Onayı	91
Ek 3. Anket Kullanım İzni	92
Ek 4 Anket Formu	93
BİLİMSEL ETİK BEYANI	96
ÖZ GEÇMİŞ	97

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASSOCHAM	: The Associated Chambers of Commerce & Industry of India
BMDTÖ	: Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
DHA	: Dubai Sağlık Otoritesi
IDC	: International Dent Care
ISAPS	: International Society Aesthetic Plastic Surgery
JCI	: Joint Commission International
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
SPA	: Salude Par Aqua
THY	: Türk Hava Yolları
TURSAB	: Türkiye Seyahat Acenteleri Derneği
Vb.	: Ve benzeri
YY:	: Yüz yıl

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Dünyada medikal turizm ile uğraşan ülkeler haritası	19
Resim 2. Türkiye’de sağlık turizmi haritası	24



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Turizm gelirleri ve sağlık amaçlı turist harcamaları ve artış oranları.....	5
Tablo 2. Medikal turizm tıbbî tedavi fiyat karşılaştırılması	13
Tablo 3. Yıllar içerisinde ülkemizde sağlık hizmeti alan kişi sayısı ve sağlık hizmetlerinden elde edilen gelir.....	23
Tablo 4. Medikal turizm illere göre kamu-özel hastaneleri dağılımı	25
Tablo 5. Medikal turizmde hastaların en fazla başvurdukları ilk on üniversite hastanesi	26
Tablo 6. Demografik özelliklerin dağılımı	45
Tablo 7. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test.....	47
Tablo 8. İletişimsel ve yönetsel sorunlar ve faktörlerinin cronbach's alpha değerleri	47
Tablo 9. Açıklanan toplam varyans	48
Tablo 10. Döndürülmüş bileşen matrisi.....	49
Tablo 11. Faktör Analizi (Faktör- Açıklanan Varyans).....	50
Tablo 12. İletişimsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları	52
Tablo 13. Yönetsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları	53
Tablo 14. İletişimsel ve yönetsel önerme grupları ve faktör toplam puanlarına ilişkin özet istatistikler.....	54
Tablo 15. İletişimsel ve yönetsel önerme grupları ve faktör toplam puanlarına ilişkin normallik testleri.....	56
Tablo 16. Hekimlerin yaşlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	57
Tablo 17. Hekimlerin cinsiyetlerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	60
Tablo 18. Hekimlerin eğitim durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	61
Tablo 19. Hekimlerin mesleki tecrübelerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	62
Tablo 20. Hekimlerin medeni durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	63
Tablo 21. Hekimlerin aylık ortalama gelirlerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	65
Tablo 22. Hekimlerin yabancı dil bilgisi seviyelerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	67

Tablo 23. Hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.....	68
Tablo 24. Hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar	70



ÖZET

HEKİMLERİN MEDİKAL TURİZME BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KUŞADASI ÖRNEĞİ

Örşçelik F.D., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Turizmi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle dünyada tüm sektörlerde olduğu gibi turizm sektöründe de gelişme kaçınılmaz olmuştur. Dolayısıyla bu konularda çalışma ve araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. (Akdoğan Kozak ve Şahin, 2022). Ağırlıklı olarak çalışmalar medikal turizm pazarlaması ve medikal turizm ekonomisi üstüne yoğunlaşırken, medikal turizmin en önemli unsurlarından birini oluşturan hekimler için sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık turizmi sektöründe önemli sağlık ve turizm paydaşları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda medikal turizmde majör rol oynayan paydaşlardan birisi hastalar iken diğer önemli paydaş ise hekimlerdir. Bu noktadan hareketle bu tez çalışmasında medikal turizme hizmet veren hekimlerin bu turizm türüne ilişkin görüşlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Medikal turizme hizmet veren hekimlerin demografik özellik değişkenine göre iletişim ve yönetsel sorunlar ile medikal turizme bakış açılarındaki farklılıkların detaylı biçimde araştırılması hedeflenmiştir. Anket yöntemi kullanarak gerçekleştirilen bu çalışmanın, medikal turizmin gelişimi için hekimlerin görüşünü belirlemek suretiyle akademiye ve sektöre fikir vermek ve başta Aydın ili Kuşadası ilçesi olmak üzere, ülkemizde medikal turizmin gelişimine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Çalışma Aydın ili Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgesi olan hastanelerle yapılmıştır. Turizm konusunda ülkemizin önemli destinasyonlarından biri olan ve aynı zamanda ülkemizde dental sağlık turizm sektörünün ilk kamu kuruluşu olan Adnan Menderes Üniversitesi International Dent Care (IDC) Diş Kliniğinin bulunduğu Kuşadası'nda literatürde daha önce medikal turizm konusunda yapılmış bilimsel bir çalışmanın olmaması çalışmamızı özgün kılmaktadır.

Gereç Yöntem: Çalışmada ilk olarak kavramsal çerçeveyi çizebilmek adına literatür araştırması yapılmıştır. Buradan hareketle; sağlık turizmi ve hekimlerle ilgili yapılan

akademik çalışmalar taranmıştır. Veri toplama aşamasında ise, Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgesi bulunan hastanelerdeki hekimlerle anket tekniğinden faydalanılarak veriler toplanmıştır.

Araştırmada nicel veri araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket tekniğinden faydalanılmıştır. Veri toplama sürecinde COVID 19 pandemisi sebebiyle nitel veri toplamak zor olduğu için nicel araştırma yöntemleri tercih edilmiştir. Nicel araştırma yöntemleri nitel araştırma yöntemleri ile kıyaslandığında analizleri daha kolay ve daha objektif veriler sunmaktadır.

Katılımcılara yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket sorularına açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Hekimlerin sosyodemografik özelliklerine ait frekans dağılımları elde edilmiştir. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri analiz edebilmek adına çapraz tablo analizlerinden faydalanılmıştır. Kurulan hipotezlerin test edilmesi amacıyla varsayımların sağlanma durumuna göre parametrik ya da parametrik olmayan istatistiksel analiz testlerinden faydalanılmıştır. Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgesine sahip hastanelerde görev yapmakta olan tüm hekimlerin medikal turizme bakış açıları üzerine yapılan araştırmada kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Ankette 27 adet soru bulunmaktadır. Anket soruları 9 demografik, 7 iletişimsel sorunlar, 11 yönetimsel sorunlar önerme başlıklarından oluşmaktadır.

Anket tekniği ile toplanan veriler doğrultusunda analiz amacıyla frekans dağılımları, aritmetik ortalama, standart sapma yöntemleri uygulanmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 29 paket programında yapılmıştır.

İletişimsel ve Yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanlarının demografik özelliklere bağlı zet istatistikleri verilmiştir. Ayrıca; iletişimsel ve yönetimsel sorunlar önerme soru grupları normal dağılım varsayımını sağladığı için, “iki bağımsız örneklem t-testi” ve “tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” ile gruplar arası farklılıklar ve “Tukey post-hoc testi” ile de farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı test edilmiştir. Faktörlerin toplam puanları normal dağılım varsayımını sağlamadığı için, “Mann-Whitney U testi” ve “Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi (K-W ANOVA)” testleri ile gruplar arası farklılıklar ve “Dunn Bonferroni” testi ile de farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı test edilmiştir. Analizler %95 güven düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgeli olan kurumlarda görev yapan hekimlerin sağlık turizmine bakış açılarının demografik verilerle hipotez bulguları incelendiğinde “yaş”, “cinsiyet”, “medeni durum”, “aylık gelir durumu”, “yabancı dil bilgisi” değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. “Eğitim durumu”, “mesleki tecrübe”, “yurt dışı eğitimi alma durumu” “kurum içi eğitim” değişkenlerine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sonuç: Bu kapsam doğrultusunda medikal turizmin gelişiminde hekimlerin rolü ve önemi ortaya konmuştur.

Anahtar kelimeler: Medikal Turizm, Sağlık Turizmi Hekim, Sağlık Turizmi.



ABSTRACT

EVALUATION OF DOCTORS' PERSPECTIVES ON MEDICAL TOURISM: THE CASE OF KUŞADASI

Örsçelik F, D. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Health Tourism Program, Master Thesis, Aydın, 2024.

Objective: With the advancements in science and technology, development in the tourism sector has become inevitable, just like the development in other sectors around the world. For this reason, new studies and research have been conducted in these areas (Akdoğan Kozak and Şahin, 2022). While studies generally focus on medical tourism marketing and medical tourism economy, there are still a limited number of studies related to physicians, who constitute one of the most important elements of the medical tourism. There are important health and tourism elements in the health tourism sector. In the performed research studies, one of the elements that play a major role in medical tourism is patients, while the other important element is physicians. Based on this fact, this thesis aims to determine the opinions on medical tourism by the physicians who provide medical tourism services.

By considering demographic characteristics, it was aimed to investigate in detail the differences in communication and managerial problems and perspectives on medical tourism of physicians, who take part in the medical tourism sector. In this study, which was carried out by using a survey method, the aim was to present new ideas to academics and sector individuals by finding out the opinions of physicians on the development of medical tourism. Also, we aim to contribute to the development of medical tourism in Turkey, with the main focus on Kuşadası.

The study was conducted in the hospitals located in the Kuşadası town of Aydın, Turkey that had a Health Tourism Authorization Certificate. What sets this study apart from the rest is that there were no previous studies on medical tourism covering Kuşadası, or on the opinions of the physicians that provide medical tourism in the area. In addition, the Aydın Adnan Menderes University IDC Dental Clinic is the first public institution to start health tourism services in Turkey.

Material and Method: In the study, literature review was conducted first in order to understand the conceptual framework. In relation, the academic studies regarding health tourism and the physicians were reviewed accordingly. During the data collection phase, the data was collected by surveying the physicians in hospitals with a Health Tourism Authorization Certificate in the Kuşadası area.

The participants enrolled in the data collection phase were surveyed face-to-face. Exploratory factor analysis was applied to the survey questions. Frequency distributions of physicians' sociodemographic characteristics were obtained. Cross-tabular analyses were used to analyse the relationships between the sociodemographic characteristics of physicians. In order to test the established hypotheses, parametric or non-parametric statistical analysis tests were used, as depending on whether the assumptions were met or not. A cross-sectional study was conducted in the research on the perspectives of all physicians, who are working in hospitals with health tourism authorization certificate in Kuşadası area. The survey had 27 questions. The survey questions include 9 demographic, 7 communicative problems-based, and 11 managerial problems-based propositions.

Quantitative data research method was used in the thesis study. The survey method was used as a data collection tool. During the data collection phase, quantitative research methods were favored because of the difficulty of collecting qualitative data during the COVID-19 pandemic. Quantitative research methods provide data, which is easier to analyze and more objective, when compared to qualitative research methods.

Based on the data collected with the survey, frequency distributions, arithmetic mean and standard deviation methods were applied to the analyses. Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests were applied. Data analysis was done using the IBM SPSS Statistics 29 application.

Summary statistics related to Communicative and Administrative problems and factor total scores based on demographic characteristics were provided accordingly. Additionally, since the proposition question groups targeting communicative and managerial problems provided the assumption of normal distribution, the differences among the groups were determined by “Two independent sample t-test” and “one-way analysis of variance (ANOVA)”. Also, the groups from which the differences originate were determined by using the “Tukey post-hoc test”. Since the total scores of the factors did not meet the assumption of normal distribution, differences between the groups were tested by using “Mann-Whitney U test” and “Kruskal-Wallis one-way analysis of variance (K-W ANOVA)” tests. At this point, the determination

of the groups causing the differences were found by using the “Dunn Bonferroni” test. Analyzes were performed with a 95% confidence level.

Findings: When the demographic data and the hypothesis findings of the physicians working in institutions with health tourism authorization certificate in Kuşadası area were examined, significant differences were found in the variables of “age”, “gender”, “marital status”, “monthly income” and “foreign language knowledge”. No statistically significant difference was detected in the variables: “educational background”, “professional experience”, “receiving training abroad” and “in-institution training”.

Conclusion: In line with this scope, the role and importance of physicians in medical tourism has emerged.

Keywords: Health Tourism Physician, Health Tourism, Medical Tourism.

1. GİRİŞ

Sağlık, evrensel bir tanım ve doğuştan kazanılmış bir haktır. Hayatın vazgeçilemez bir unsuru olan sağlık üzerinde, devletler önemli politikalar planlayarak bu konuyu iktisadi bir yapıya dönüşüm çabası içerisinde. Böylelikle sağlık konusu, kamu sağlığından ziyade sağlık işletmesine doğru dönüşmektedir. Temel konuları önemseyerek, kaliteli sağlık hizmetleri sunma ve bunu uluslararası pazara ulaştırmak için ülkeler hem politik hem de yapısal anlamda dönüşüm sürecindedir. Bu değişim ve gelişimler, ülkelerin sağlık konusundaki özelliklerini kültürel konulardaki farklılıklarıyla rekabet edebilir duruma getirmiştir (Erdoğan, 2018).

Gelişen dünyada, ulaşımın ucuz olması, bireylerin kazançlarının artması, seyahat özgürlüğünün ve kaliteli sağlık hizmetinin birçok ülkede artması, aynı zamanda kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımın daha pahalı olması sağlık turizmine olan ihtiyacı hissettirmiştir.

20.yüzyıl şartlarında iletişimin ve ulaşım kolaylığının artması ve gelirlerin de artışıyla birlikte bireyler yaşamlarını boş zamanlar planlayarak düzenlemektedirler. Boş zamanlar için ise, yeni geziler planlamaya, deneyimler edinmeye ve daha sağlıklı olmaya dönük faaliyetler yapmaktadırlar. Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (BMDTÖ)'ne göre 1950'de 25 milyon turist seyahat etmekte iken 2019 ilk yarısında da bu sayı 671 milyonu bulmuştur (Kara, 2020). BMDTÖ (2023)'e göre, 2023 yılı ocak-temmuz ayları arasında seyahat eden turist sayısının Covid 19 öncesindeki seviyelere ulaşarak %84 civarında olduğunu ve aynı dönemde uluslararası turist sayısı 700 milyon iken, 2022 yılının aynı dönemine oranla %43'lük bir artış olduğu vurgulanmaktadır.

Dünya Turizm Örgütü ve Avrupa Seyahat Komisyonu (2018), 2015 yılında sağlık sebebiyle ülke dışına yapılan seyahatlerden en fazla gelir elde eden ve sağlıkla ilgili uluslararası seyahatlere en fazla harcama yapan ülkeler sıralamasında ilk sırada 3598 milyon gelir elde eden ABD olmuştur. Türkiye en yüksek gelir sıralamasında ikinci sırada yer alırken, onu sırasıyla Ürdün, Fransa, Macaristan, Kore Cumhuriyeti, Tayland, Kosta Rika, Belçika, Meksika, Çek Cumhuriyeti ve Hindistan takip etmiştir. Harcama açısından ise Amerika'da 1.828 milyon ABD doları, Kuveyt 1 milyar 569 milyon dolar harcayarak ikinci sırada gelmektedir. Kuveyt'i sırasıyla Almanya, Nijerya, Belçika, Kanada, Umman ve Fransa takip etmektedir. Türkiye'nin en fazla harcama yapan 25 ülke arasında yer almaması, en yüksek

gelire sahip ülkeler sıralamasında ise ikinci sırada yer alması dikkat çekmektedir. Listenin son sırasında 32 milyon dolar gelirle Brezilya yer alırken, harcamalarda ise 35 milyon dolarla Kazakistan son sırada yer almaktadır (Ceti ve Unluonen, 2020).

Kişilerin sağığını iyiye götürmek adına ana hizmet sunan sağık sektörü gibi görünürken turizm sektörünün de gelen sağık turistlerine, kalite ve konfor sağılamak açısından rolü unutulmamalıdır. Tüm bunların yanında, dünyada ve ülkemizde sağık politikalarının gelişiminde ve sağık hizmetleri sunumunda da hekimler son derece önemli bir konuma sahiptir. Hekimlik eğıtimi, teorik olarak eğıtimlerin yanında pratik olarak mesleki uygulamayı da içeren oldukça güç bir süreçtir. Bu ve bunun gibi birçok konuda kıymetli olan hekimler, sağık turizminin uygulanabilirliğı konusunda da ba rol konumundadır (Demir ve Sağık, 2020).

Bir sağık turizmi çeşidi olan medikal turizmde hekimler ön planda yer almaktadırlar. (Edinsel ve Adıgüzel, 2014). Bristow ve diğ rleri (2011) yaptığı çalışmada sağık turistlerinin tercih motivasyonlarında en önemli faktörün fiyat olduğına, ardından ise hekimlerin alanındaki eğıtimi, sağık hizmeti kalitesi, operasyon sonrası bakım ve akreditasyona vurgu yapmıştır.

Ülkemiz; son derece deneyimli ve güncel gelişmeleri takip eden hekimleri, ileri düzey imkanlara sahip hastaneleri, hemen her bölgesinde bulunan termal kaynakları ve iklim koşulları ile medikal turizm yapma konusunda oldukça avantajlı konumdadır. Medikal turizmin ülke turizmine ve ekonomisine büyük bir katkı yaptığı ve yaşanan gelişmelerle birlikte daha büyük katkılar yapacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi son zamanlarda gündemde olan ve gelişme kaydeden bir kavramdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artan pazar payı ile dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin ikamet edilen ülkede yüksek fiyatlı olması, uzun bekleme süreleri olmadan kaliteli tedavi olma isteği, bazı ülkelerde tedavilerin otoritelerce onaylanmaması, tedavi olmanın yanında aynı zamanda tatil yapma talebi, dünyada engelli ve yaşlı nüfusunda artış gibi sebepler sağlık turizmine ilgiyi arttırmaktadır (Acar ve Turan, 2016).

Turizmin bir çeşidi olan Sağlık Turizmi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Medikal Turizm Değerlendirme Raporu (2013) 'de (*“Normalde ikamet edilen yer dışında seyahat edilerek, sağlığın korunması, rehabilite edilmesi ve rahatsızlıkların tedavisi amacıyla gidilen ülkede en az 24 saat konaklayarak sağlık ihtiyaçlarının giderilmesiyle birlikte turizm imkanlarından faydalanması”*) olarak tanımlanmıştır. Bu gibi sebeplerle seyahat halinde olan kişiye ise “sağlık turisti” adı verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı (2017) tarafından resmî gazetede yayınlanan, “Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik”, Uluslararası sağlık turizmini, (*“Sağlık amaçlı yurtdışından ülkemize geçici bir süreliğine gelen, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan veya Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmakla birlikte yurtdışında ikamet eden gerçek kişilerin aldıkları her türlü sağlık hizmeti ile bunlarla ilgili destek hizmetlerini ifade eder”*) şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık turizmi, bireylerin kaybolan sağlıklarını iyileştirmek ya da korumak ihtiyacıyla ikamet ettikleri ülkelerden farklı ülkeye tıbbi tedavi hizmeti almak için yolculuk etmesi olarak tanımlanmaktadır (Birdir ve Buzcu, 2014).

Sağlık turizminin, vatandaşların devamlı ikamet etmekte olduğu ülke dışına seyahat etme amacıyla tedavi olmayı hedeflemeleri ile ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Aynı zamanda sağlık turizmin ortaya çıkmasının en önemli sebeplerinden biri de ikamet etmekte olduğu yerin imkanlarıyla şifa bulamayan ya da geç iyileşecek hastalıklara sahip insanların şifayı

başka yerde aramasıdır. Sağlık turizminin hedefleri arasında hasta ve yakınlarının rahatlığını sağlamak da bulunmaktadır (Bulut ve Şengül, 2019).

Sağlık turizmi, bireylerin kendi ikamet ettikleri ülkeden farklı bir ülkeye sağlık hizmeti almak üzere seyahat ederek en az 24 saat konaklamış oldukları ülkeden sağlık hizmeti alması olarak tanımlanabilir. Medikal turizm, termal turizm, engelli turizmi ve yaşlı turizmi olarak türleri incelenmiştir.

Sağlık turizmi kavramı, gelişmekte olan ülkelerinde girişimleriyle dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de hızla büyümekte olan bir sektördür. Dünya genelinde de birçok destinasyonla rekabet içerisinde olduğu görülmektedir. Türkiye, dış tedavilerinde birçok ülkeye göre Türk Lirası ile uygun fiyat avantajı sunması sebebiyle yabancı hastaları çekmektedir. Yabancı sigorta şirketlerinin, Türkiye’de dış tedavilerini desteklemesi ve kaliteli hizmet sunumu sebebiyle tekrarlayacak olan sorunları en aza indirmektedir. Bu durum ise sigorta giderlerini azalttığından sigorta şirketleri tarafından Türkiye, tercih edilen bir ülke haline gelmiştir (Işık, 2019).

Sağlık turizmi dört ana başlık altında incelenmektedir. Sağlık turizmi medikal, termal, ileri yaş ve engelli turizmi olarak sınıflandırılabilir (Acar ve Turan, 2016). Bunlardan biri tıp turizmi yani diğer adıyla medikal turizmdir. Bu turizm türü, kişilerin kendi ülkelerindeki yüksek tedavi masraflarını karşılayamaması ve uzun bekleme süreleri gibi nedenlerden dolayı uzak ve yabancı ülkelere uygun fiyatlı tedavi maliyetleri sebebiyle giderek tedavilerini ya da operasyonlarını gittikleri ülkelerde gerçekleştirmeleri medikal turizm şeklinde tanımlanmıştır (Birdir ve Buzcu, 2014).

Hindistan, Singapur, Kosta Rika, Macaristan gibi ülkeler, çeşitli teşvik ve imkanlar geliştirerek, ülkelerarası sağlık turisti çekmeyi hedeflemektedirler. Özellikle medikal turizm içerisinde olan dış tedavileri bazı ülkelerin tedavilerinde ekstra bir hizmet olarak yer almakta, sigortalar hastaların sadece ilk muayene işlemini gerçekleştirmektedirler. Yapılacak olan sonraki tedaviler için hastalar yüksek maliyetlerle karşılaştıkları ve hekim bekleme süreleri uzun olduğu için yeni destinasyon aramaları kaçınılmaz olmuştur (Işık, 2019).

Türkiye, kısa bekleme süreleri, uygun fiyat, kaliteli hizmet sunumu sebebiyle tercih edilen bir destinasyon olmayı her geçen yıl arttırmaktadır (Demir ve Sağlık, 2020).

Tablo 1. Turizm gelirleri ve sağlık amaçlı turist harcamaları ve artış oranları (Turkish Statistical Institute [TURKSTAT], 2018).

Yıllar	Turizm Geliri (Bin \$)	Sağlık Amaçlı Harcamalar		Yıllar	Gelir Artış Yüzdesi	Sağlık Harcamalarındaki Artış Yüzdesi
		Miktar (Bin \$)	Yüzde			
2002	12.420.519	147.844	1.19			
2003	13.854.868	203.703	1.47	2003/2002	11.55	37.78
2004	17.076.609	283.789	1.66	2004/2003	23.25	39.32
2005	20.322.110	343.181	1.69	2005/2004	19.01	20.93
2006	18.593.950	382.412	2.06	2006/2005	-8.50	11.43
2007	20.942.500	441.677	2.11	2007/2006	12.63	15.50
2008	25.415.067	486.342	1.91	2008/2007	21.37	10.11
2009	25.064.481	447.296	1.78	2009/2008	-1.39	-8.03
2010	24.930.996	433.398	1.74	2010/2009	- 0.53	-3.11
2011	28.115.693	488.443	1.74	2011/2010	12.77	12.70
2012	29.007.003	627.862	2.16	2012/2011	3.17	28.54
2013	32.308.991	772.901	2.39	2013/2012	11.38	23.10
2014	34.305.904	837.796	2.44	2014/2013	6.18	8.40
2015	31.464.777	638.622	2.03	2015/2014	-8.28	-23.77
2016	22.107.440	715.438	3.24	2016/2015	-29.74	12.03
2017	26.283.656	827.331	3.15	2017/2016	18.89	15.64
2018	29.512.926	863.307	2.93	2018/2017	12.29	4.35

Tablo 1 incelendiğinde, Türkiye'nin 2018 yılında 29 milyar 512 milyon dolar turizm geliri elde ettiği görölmektedir. Bu gelirin 863 milyonu sağlık amacıyla ülkeyi ziyaret eden turistlerden elde edilmiştir. Sağlık amacıyla gelen turistlerin turizm gelirleri ve harcamalarının bu yıllarda genel olarak artış eğiliminde olduğu söylenebilir. Yıllar itibarıyla incelendiğinde turizm gelirlerinin en yüksek olduğu yılın 2014 olduğu görölmüştür. Gelen turist sayısı açısından ise 2018 yılı en fazla turist geldiği yıl olmuştur. 2014 yılında gelen turist sayısının 2018 yılına göre 4 milyon 213 bin 603 kişi daha az olduğu, gelirin ise 4 milyar 792 milyon daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ceti ve Unluonen, 2020).

2.1.1. Sağlık

Sağlık kavramı, psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik yönlerden tam bir iyilik halinin olması halidir. Bu sebeple bireylerde psikolojik, sosyolojik ya da fizyolojik herhangi bir sorun unsurunun bulunması tam iyilik halinin bozulmasına sebep olmaktadır. Sağlıkta meydana gelen bu bozulma ise farklı şekillerde belirti vermeye başlayabilmektedir. Fizyolojik olarak

sağlıklı bir insan kendisini psikolojik olarak iyi hissetmeyebilir ve bu sorun için çözüm yolları aramaya başlayabilir (Yirik ve diğerleri, 2015).

Temizkan (2015) ise sağlığın tanımını (*“Hasta olmayan insan sağlıklıdır”*) şeklinde aktarmıştır. Sağlık hakkı doğuştan kazanılmış ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (2024), 25. maddesinde de aktarıldığı gibi *“Birey, kendisi, aile sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına sahiptir; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar”* ile teminat altına alınmış bir haktır.

Sağlıklı yaşam ise; kişinin, herhangi bir hastalığının olmadığı, sağlığıyla ilgili tutumlarını düzenleyebildiği, kendisini sağlık durumuna uygun şekilde planlayabildiği yaşam şeklidir. Günlük fiziksel aktivitelerin yapıldığı, beslenme düzeninin oturtulduğu, sağlığa zararlı davranışları terk ederek, psikolojik ve duygusal anlamda kendisini iyi hissetmesi halidir. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları olarak, yeterli ve düzenli olarak aktivite yapmak, dengeli beslenmek, zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, stres yönetimi ve genel-kişisel hijyen kurallarına uymak olarak sayılabilir (Temizkan, 2015).

2.1.2. Turizm

Tatil, dinlenme, eğlence, kültür vb. ihtiyaçların giderilmesi için devamlı ikamet edilen ülke ya da ilin dışında, tüketici olarak yapılan seyahat ve geçici konaklama hareketlerine verilen addır (Özkan Demirer, 2010). Bir anlamda kişilerin boş vakitlerini değerlendirmek için ikamet ettikleri yer dışında başka bir yere seyahat ederek konaklamalarıdır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (2024)’ün 24. maddesinde (*“Herkesin, iş dışında dinlenmeye, boş zamana ihtiyacı ve hakkı vardır; bu, iş saatlerinin makul ölçüde sınırlandırılması ve belirli aralıklarla ücretli tatil yapma hakkını da kapsar”*) ifadesi dikkat çekmektedir. Bu ifade turizmin bir ihtiyaç olduğuna ve çalışma saatlerinin tatil yapılabilmesi amaçlı sınırlandırılması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Turizm, birey sağlığı için fizyolojik olduğu kadar psikolojik açıdan da temel bir ihtiyaçtır. Kentleşmenin ve artan nüfusun etkisiyle gürültü, trafik, hava kalitesinin düşmesi gibi sebeplerle kısa boş vakitler dahi değerlendirilmek istenmektedir. Bireylerin turizm

eğilimleri trafik kazaları, afetler, terör olayları, turizm sektöründeki kalite gibi sağlık durumlarını etkileyebilecek tüm konulardan etkilenebilmektedir (Balkaner ve Ayman, 2023).

Gülmez (2012)'e göre herhangi bir gezinin ya da konaklama faaliyetinin turizm olarak görülebilmesi için bazı önemli etkenlere ihtiyaç duyulmaktadır Bunlar; bireyin gezisinin, normalde ikamet ettiği, görev yaptığı yahut gündelik ihtiyaçlarını karşıladığı konum dışında olması, geçici bir süre ile konaklama yapılması ve konaklama süresince turizm sektörüne ait ürün ve hizmetleri talep etmesidir. Ülkemizde yapılan bazı turizm çeşitleri; Dağ ve Kış Turizmi, Sosyal Turizm/Kitle Turizmi, Gençlik Turizmi, İnanç Turizmi, Üçüncü Yaş Turizmi, Bavul Turizmi, Yat Turizmi, Sağlık Turizmi olarak ayrılmaktadır. Birçok turizm çeşidi olmakla birlikte her biri kendi dalında önem arz etmektedir.

Tüm dünya ihracatında, ilk iki sırada petrol ve kimya kaynakları yer alırken turizm ise onları üçüncü sırada takip eder durumdadır. Her açıdan ülkeler için turizm önemli ve gelişmekte olan bir sektördür. Ülkemiz son zamanlarda en sık kullanılan 6. destinasyon olmakla birlikte dünya turizm gelirlerinin %50 ye yakın gelire sahip 10 ülke içerisinde yer alamamıştır (The World Tourism Organization [UNWTO], 2023).

Ülkemizin doğal güzellikleri, ılıman iklimi, Avrupa'ya yakın coğrafi konumu ile birçok turizm çeşidine ev sahipliği yapabilir uygun özelliklere sahiptir. Bu özelliklerinden faydalanarak turizmden daha fazla pay alması sağlanabilir.

2.1.3. Turistin Sağlığı

Turistin sağlığı ve sağlık turisti farklı kavramlardır. Sağlık turistinde seyahat motivasyonunun tedavi olma ya da sağlık durumlarını sürdürmek amacıyla gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Turistin sağlığı kavramında ise, turistlerin seyahatini sağlık problemi kaynaklı yapmaması, bununla birlikte seyahat esnasında meydana gelen sağlık sorunu sebebiyle hekime ihtiyaç duyması beklenmektedir. Bireyler, seyahatleri esnasında kaza, yaralanma, gıda intoksikasyonları, madde kullanımları, terör, şiddet gibi sorunlarla karşılaşabilmekle birlikte bu olaylara karşı savunmasızdırlar. Turistlerin en sık hastane yatışı sebepleri güneş yanıkları, düşme, kayma, ishal, trafik kazası, motor kazası, scuba diving gibi

spor kazaları, sıtma, terörizm, cinayet, doğal ölüm ve küçük yaralanmalar olabilmektedir (Balkaner ve Aymankuy, 2023).

Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmeliğe göre Turistin Sağlığı tanımı, (*“Herhangi bir nedenle geçici süreli olarak farklı bir ülkede bulunan yabancıların, ülkede bulundukları sırada ani gelişen hastalıklar ve acil durumlarda sağlık hizmeti alması”*) şeklinde yapılmıştır. Bir anlamda yurtdışından turistlerin ülkede turizm faaliyeti için bulunduğu sırada acil bir durum gelişmesi ile plansız bir şekilde sağlık hizmeti alınmasıdır (Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmeliği 2017).

Bireyler kendilerini tatil süresince güvende hissetmek isterler ve bu süreçte hiçbir sağlık sorunu ile karşılaşmak istemezler. Turistlerin bu süreçte talepleri bu sağlıklı ortamı onlara sağlayarak sağlıklarının koruma altına alınması ve kendilerine sağlık hizmetinin güven temelinde inşa edilmesidir (Balkaner ve Aymankuy, 2023).

2.1.4. Sağlık Turizmi Türleri

Sağlık Turizmi; Termal Sağlık Turizmi, Engelli Turizmi, Yaşlı Turizmi (3rd Age Tourism, 3. Yaş Turizmi) (Third-age tourism), Medikal Turizm kavramlarını barındırmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı, 2022). Gelişimini tamamlamış olan ülkelerde, bireyler sağlıklı yaşam sürebilme amacını güderek, sağlıklarını koruyabilmek, iş gücüne katılan çalışanlar verimliliklerini arttırabilmek için, şifa kaynağı olan termal sulardan, iklim ve doğa olanaklarından ve farklı turizm türlerinden faydalanmaktadırlar. Ülkemizde çoğunlukla SPA(Salude Par Aqua) yani diğer adıyla termal turizmden fayda sağlanmaktadır. Ancak dünya ülkeleri termal turizmi ülkemize göre daha çok tercih etmektedir. Bireylerin tıbbi tedavi ya da medikal estetik gibi ihtiyaçlarına karşılık gelen medikal turizm ise, her geçen gün büyüyerek sağlık kurumlarına başvuruları arttırmaktadır (Çetinkaya, 2010).

Sağlık turizmi türlerinden biri olan tıp turizmi diğer adıyla medikal turizm olarak adlandırılmaktadır. Medikal turizm, kişilerin kendi ülkelerindeki yüksek tedavi masraflarını karşılayamaması ve uzun bekleme süreleri gibi nedenlerden dolayı uzak ve yabancı ülkelere giderek tıbbi tedavilerini ya da operasyonlarını gittikleri bu ülkelerde gerçekleştirmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (Birdir ve Buzcu, 2014).

Bunun yanında engelli turizmi de dünyada yaşanmakta olan demografik değişimler ve 3. yaşı turizmi de bireylerdeki davranış deęiőiklięiyle birlikte hız kazanmıőtır. 55 yaşı ve üzerinde yaşılardaki bireyler emeklilikle birlikte boş vakitlerini çeşitli tatillere ayırmak istemektedirler. (Cengiz, 2012). Engelli turizmi; engeli olan kişilerin, engel sebeplerini ortadan kaldırmak ve toplum içerisinde var oldukları farkındalığının arttırılmasıyla, onları korumak, iyileştirmek ve rehabilite etmek için uygulanan sağlık hizmetini kapsayan turizm çeőididir (Bozça ve diğerleri, 2017).

Türkiye tüm sağlık turizmi dallarında hizmet vermeye son derece elverişli kaynak ve coğrafyaya sahiptir. Kısa bekleme süresi, ucuz fiyat, kaliteli hizmet sunumu sebebiyle tercih edilen bir destinasyon olmayı her geçen yıl arttırmaktadır. Bu bağlamda her bir sağlık turizmi türü kendi dalında önem arz etmektedir.

2.1.4.1. Termal Sağlık Turizmi

Termal Turizm ve Spa Wellness uygulamaları, sağlıklarını korumak isteyen ya da iyileőtirmeye çalışan insanların ikamet ettikleri ülke dışında bir tesise giderek, tesisin imkanları ölçüsünde çamur banyosu, solunum yoluyla tedavi, fizik tedavi, őıfalı sulardan içme, diyetisyen desteği, egzersiz, alternatif tıp uygulamaları gibi tedavilerin uygulandığı bir sağlık turizmi türüdür (Bozça ve diğerleri, 2017).

Ülkemizde Troya, Frigya ve Afrodisya bölgelerinin kültür ve termal destinasyon olarak geliştirilmesi ve diğer turizm eőitleri ile bütünleőtirilmesi planlanarak bu bölgelerin turist kapasitelerinin arttırılmasıyla çevrelerinde yer alan diğer tarihi, kültürel ve doğal imkanları kullanarak tanıtımları yapılmış olacaktır. Ülkemizde baőlıca termal turizm uygulamalarını, kr, kaplıca tedavisi, balneoterapi, inhalasyon uygulamaları, içme krleri, peloidterapi, klimaterapi, talassoterapi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, medikal tedaviler ve diyet, aktivite düzenlemesi gibi çeşitli destek uygulamalar őu şekilde sınıflandırabiliriz (etinkaya, 2010).

2.1.4.2. Engelli Turizmi

Devamlı veya kısmi zamanlı olarak, doğuştan eksik olan veya yaş alınması sebebiyle ruhsal ve beden olarak bütünlüğünde gerileme görülen, yaşadığı ortam şartlarına ayak uyduramayan kişiye “engelli” denilmektedir (Bozça ve diğerleri, 2017).

Dünyada engelli altı yüz milyondan fazla insan yaşamaktadır. Oldukça yüksek bir sayı olması sebebiyle dikkat çekicidir ve bu bireylerin seyahat istekleri görmezden gelinmemelidir. Aynı zamanda bu sayı, sağlık turizmi başlığı altında engelli turizmine dikkat çekmek adına anlamlandırılabilir. Ülkemizde engelli turizmi mevzusunda, engellilerin, ulaşım araçlarını engelsizce kullanabilmesi, seyahat etmekte olan engelliler için hastane, banka gibi kurumların kolay erişilebilir olması, otel odalarının kolaylıkla kullanabileceği şekilde düzenlenmesi, yol ve kaldırımlarda engelsizce gezebilmeleri hedeflenmelidir. Engellilerin turizmde yaşam kolaylığının sağlanması için engelli hizmetleri veren kurum ve kuruluşlara teşvikler verilmesi, engelli pazarına yönelik özel ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi, ilgili bakanlıkça mevzuat düzenlemelerinin yapılması gerekmektedir (Terzi, 2019).

Türkiye’nin toplam nüfusun engelli birey nüfusuna oranı %12,29’dur. İncelediğimizde ülkemizde 8.5-9 milyon civarlarında engelli birey olduğu görülmektedir. Bu durum ise ülkemizin engelli turizmine ihtiyacı olduğunu açıkça göstermektedir (Bozça ve diğerleri, 2017).

2.1.4.3. Üçüncü Yaş Turizmi

Engelli ya da belli bir yaş üstü kişilerin gezi seyahatleri ile meşgul olma terapilerini, aynı şekilde yaşlı bakımına ya da genel bakıma ihtiyaç duyan bireylerin klinik hizmetler içeren otellerde bakım hizmeti olarak konaklamalarını içermektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2020).

“Yaşı ilerlemiş, çok yaşamış” anlamında kullanılan yaşlı kelimesi üretmekten çok tüketen birey olarak tarihlenmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda, bireyin fizyolojik ve biyolojik olarak yaşamındaki son evreleri olarak tanımlamaktadır (Cengiz, 2012).

Gelişmiş ülkelerde 65 yaşı geçmiş bireyler nüfusa oranla %20 civarındadır. Bu oranın 2050’li yıllara gelindiğinde %50’leri göreceği tahmin edilmektedir. Yaşlı bakım hizmetlerinin sınır ötesinde belli düzey hizmet kalitesinde olan ülkelerde verilmesi gerektiği bir zorunluluk haline gelecektir. Ve bu sağlık turizmi açısından önemli bir pazar olarak düşünülmektedir (Tontuş, 2022).

Yerel yönetimler kavramı, üçüncü yaş turizm dalının gelişmesinde son derece önemlidir ve gelişimi için ülkemizde “Yaşlı Dostu Şehir” kavramından faydalanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Yaşlı Dostu Şehir kavramı ile ilgili bazı özellikler belirlenmiş bulunmaktadır. Varış noktasına ait bu özellikler, dış mekân ve binalar, konut, ulaşım, sosyal katılım, yaşlının toplumsal yaşama dâhil olması ve toplumun yaşlıya saygısı, vatandaşlık görevini yerine getirme ve işgücüne katılım, bilgi edinme ve iletişim şeklinde sekiz başlık altında toplanmıştır. DSÖ’ne bağlı olarak yürütülen program içerisinde ülkemizde Yaşlı Dostu Şehir sertifikasını alan belediyeler Muratpaşa/Antalya, Kadıköy/İstanbul ve Mersin Büyükşehir Belediyeleridir (Akoğlan Kozak ve diğerleri, 2019). Bu programların ülkemizde önem kazanmaya başlaması üçüncü yaş turizmi adına umut vaat etmektedir.

Türkiye, üçüncü yaş noktasında Avrupa’ya coğrafi açıdan yakın olması kaynaklı önemli bir varış noktası olmakla birlikte oldukça da avantajlı konumdadır. Ülkemizin özellikle Akdeniz ve Ege bölgelerinde ilkbahar ve sonbaharda iklim koşulları üçüncü yaş turistler için elverişli özelliklere sahiptir. Bu gibi sebeplerden üçüncü yaş turizmine yönelik güçlü bir tanıtım ve pazarlama faaliyetleriyle bu mevsimlerde fayda sağlanabilir (Özkan, 2014).

2.1.4.4. Medikal Turizm

Turizm kelimesi ilk duyulduğu anda akla geziler planlayıp yeni yerler deneyimlemek, denizde vakit geçirmek fikrini getirse de günümüzde hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyon hizmetleri de turizm faaliyetleri içinde yer almaktadır. Hastaların sağlığına kavuşmak amacıyla yaptığı ülkeler arası bu seyahatlere medikal turizm denilmektedir ve sağlık turizminin en önemli bölümünü oluşturmaktadır (Sayın ve diğerleri, 2017).

İçöz (2009)'a göre medikal turizm, insanların ikamet ettiği ülkedeki yüksek maliyetli tedavi harcamaları sebebiyle, ülkeleri dışına seyahat edip, tıbbi ve cerrahi işlemlerini yaptırarak sağlık turizmi faaliyetine katılmalarıdır.

Yirik ve diğerleri (2015)'e göre medikal turizm; Turizm endüstrisiyle iş birliği içerisinde cerrahi ve uzmanlık gerektiren müdahaleleri kapsayan, sağlık durumunu iyileştirmek ve tedavi hizmetleri için en az 24 saatlik süre konaklayarak ülkeler arası seyahat edilmesidir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı (2022)'ye göre medikal turizm; cerrahi, kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi gibi ileri tedavilerini, organ nakillerini, tüp bebek ve kısırlık tedavilerini, estetik müdahaleleri, diş, göz ve diyaliz gibi tedavileri kapsamaktadır. Bireylerin sağlığını iyiye götürmek olarak ifade edilen medikal turizm sağlık turizmi sektöründe oldukça ön planda yer almaktadır.

Medikal Estetik ve Dental Sağlık gibi medikal turizm uygulamaları da sağlık turizminin önemli bileşenlerinden birisidir. Medikal Estetik ve Dental Sağlık alanında bakıldığında, bulundukları ülkenin imkânları, nüfus yoğunluğu, sunulan hizmetlerin farklılığı görülmektedir. Özellikle medikal turizm içerisinde olan diş tedavileri bazı ülkelerin tedavilerinde ekstra bir hizmet olarak yer almakta, sigortalar hastaların sadece ilk muayene işlemini gerçekleştirmektedirler. Bireyler, yapılacak olan sonraki tedavilerde yüksek maliyetlerle karşılaştıkları ve ülkelerinde hekim bekleme süreleri uzun olduğu için yeni destinasyon aramaya başlamışlardır (Işık, 2019). Medikal turizm, ülkeler arası sağlık turizmi için seyahat eden hasta bireylerin, sağlığına kavuşması için uygulanan tıbbi işlem, operasyon ve uygulamaları kapsamaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti, bekleme sürelerinin kısa olması, cihazların üst düzey teknolojiye sahip olması, hekimlerin iyi eğitime sahip olması, hastasına kaliteli hizmet sunması ve dil bilgisinde iyi bir durumda olması hasta memnuniyeti açısından önemli unsurlardır.

Tablo 2. Medikal turizm tıbbî tedavi fiyat karşılaştırılması (ABD \$) (Zengingönül ve diğerleri, 2012).

	Koroner Arter Bypass Opr.	Kalp Kapağı Değişimi	Kalça Protezi Ameliyatı	Diz Replasmanı	Omurga Füzyonu	Yağ Aldırma İşlemi
ABD	129.750	58.250	45.000	40.000	62.000	9.000
Türkiye	15.000	16.950	10.750	11.200	7.125	3.333
Almanya	17.335	-	11.644	11.781	13.500	4.376
Tayvan	18.900	27.500	7.500	8.000	5.900	4.000
Singapur	30.000	12.500	10.725	9.350	9.000	3.000
İngiltere	27.770	25.000	15.840	20.600	32.400	4.950
Hindistan	8.666	11.750	7.000	7.833	12.000	2.500
Tayland	11.000	10.000	11.000	10.500	7.000	1.200

Tablo 2’değerlendirildiğinde ülkemizin rekabetçi ve düşük maliyetli operasyon sunumuyla avantajlı konumda olduğu görülmektedir. Türkiye’de 15.000 \$ olan Koroner Arter By Pass operasyonu, ABD de 129.750 \$ yapılmakta, Türkiye’de 16.950 \$ olan kalp kapak değişimi operasyonu, ABD’de 58.250 \$, Tayvan’da 27.500 \$, İngiltere’de ise 25.000 \$ gibi meblağlara yapılmaktadır. Türkiye’de 7.125\$ yapılan omurga füzyonu işlemi ABD’de 62.000 \$ yapıldığı görülmektedir.

2.2. Medikal Turizm

Medikal turizm, sağlık alanında bakım alabilmek amaçlı yapılan seyahat etme eylemi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda medikal turistler iki kategoride değerlendirilmektedir. İlk kategori yüksek fiyatlara sahip tedaviler ya da kendi ülkelerinde sağlık hizmeti kapsamında sayılmayan sağlık sorunlarının tedavileri için gelişmiş-az gelişmiş ülkelere tedavi amaçlı seyahat eden bireylerden oluşmakta iken, ikinci kategori ise ikamet ettikleri ülkelerde olmayan kaliteli sağlık hizmetine ulaşmak için gelişmekte olan veya daha gelişmiş ülkelere seyahat eden bireylerden oluşmaktadır. Bu sektör gelişen sağlık teknolojisi, azalan ulaşım maliyetleri ve yenilikçi bilgi teknolojileri sayesinde büyümekte olan bir endüstridir. Gelişmiş ülkelerde artan sağlık masrafları, uzun randevu süreleri, sigorta kapsamında sayılmayan medikal uygulamalar sağlık turizmi sektörünün büyümesine katkı sunan faktörlerdir. Gelişmekte olan ülkelerdeki düşük ücretler, agresif pazarlama stratejileri, rekabetçi sağlık pazarı, düşük maliyet, hızlı ulaşım olanakları, operasyonun ülkede yasalara uygun olmaması, verilmekte olan tedavinin kalitesine olan güven eksikliği, teknolojiye erişim, genel olarak yabancı ülkelerin sağlık hizmetinde, eğitimli hekimlere ve yüksek teknik

donanımına sahip oluşu, markalaşmış hastanelerden hizmet alma isteği medikal turizm motivasyonlarından (Ekiyor ve Gök, 2022).

2.2.1. Medikal Turizmin Tarihsel Gelişimi

M.Ö. 4000’li yıllarda Sümerlerde sağlık tesisleri sıcak su kaynağına yakın kurularak bugünkü adıyla su ile gelen sağlık kavramı Salude Par Aqua (SPA) doğmuştur. Dönemin inanışına göre kendilerine şifa verdiği inandıkları kutsal mekân ve kişilere ziyaret gerçekleştirilmesiyle sağlık turizmi başlamıştır (Aydın ve Aydın, 2015). İnsanlığın varoluşundan itibaren Antik çağ, Orta çağ ve Rönesans dönemi ve birçok medeniyette yeraltı sıcak sularından temizlik dışında da faydalanılmış, beden ve ruhun şifalanma ve sağlıklı yaşam sürmek amacıyla doğal kaynaklar kullanılmıştır (Ertürk, 2019).

Tunç devrinde M.Ö. 2000’li yıllarda, St. Moritz tepe kabileleri, İsviçre’de zengin demir minerali bulunan su kaynaklarında yıkanmanın ve aynı zamanda suyu içerek tüketmenin sağlıklarına iyi geldiklerini fark etmişlerdir. Medeniyetler arasında bir şifa seyahatinin olmuş olabileceğini göstermesi bakımından, yine o dönemde kullanılan tunç su kaplarının aynalarına Fransa ve Almanya’da rastlanması en önemli göstergelerden sayılabilir (Bulut ve Şengül, 2019). Tarihe baktığımızda uzun yıllar boyunca insanlar sağlıkla ilgili sorunlarına deva aramak adına uzun yollar aşp, çeşitli suların kendilerine şifa verdiği inanmışlardır.

Antik Yunanda, Romalıların sağlık evleri ya da tapınakları adı verilen Asklepionlar dünyada ilk sağlık merkezi olarak yapılmıştır. Burada yer alan sularda yıkanan hastaların şifalanacağı ve bu sayede sağlık tanrısına saygının arttığına inanılmıştır. Burada hekimlik ve eczacılık görevini birlikte yürüten rahip ve hekimlere Asklepiades adı verilmektedir. Hipokrat bu dönemin en ünlü hekimidir. Roma dönemi kazılarında çift tarafı olan cerrahi aletlere rastlanması bu aletlerin birden fazla işlevselliği olduğunu düşündürmektedir. Aynı dönemde hekimlerin katarakt ameliyatları yaptığı ve çürük olan dişleri çekip diş operasyonları yaptıkları da bilinmektedir (Işık, 2019).

Hindistan, 500 yıl öncesinde sağlıklarına kavuşmak isteyenler için yoga ve ayurveda gibi alternatif tıp uygulamalarında cazibe merkezi haline gelmiştir. Japonya, Orta Çağ’da onsen denilen ılıcalarla adını duyurmuştur. 16. yy.’da Roma hamamları yeniden keşfedilerek

İngiltere’de SPA kültürü artmıştır. 18. ve 19. yy.’da Avrupalılar Kırım ve Macaristan’da yer alan kaplıcalara ilgi göstermişlerdir. 1900’lerde Avrupa ve Amerika sağlık anlamında merkez haline gelmiştir ancak verilen sağlık hizmetlerinin maliyetli olması nedeniyle bu hizmetlerden varlıklı kişiler faydalanabilmektedir (Işık, 2019).

İkinci Dünya Savaşından sonra turizm seyahatlerinin yükselişe geçmesiyle Türkiye, sağlık turizminin bir alt kolu olan medikal turizmi ilk kalkınma planına dahil ederek 1960 yıllarında devlet politikası haline getirmiştir. 1980 yılında alınan kararlarla sağlıkta özel sektör teşvik edilmiş olup, ardından bu karar 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile perçinlenmiştir. Bu gelişmelerle birlikte Türkiye, sağlık sisteminde son halini alarak bu yıllardan itibaren özel sektöre ciddi yatırımlar planlamış ve uygulamaya geçirmiş, Avrupa standartlarında kurum ve kuruluşların medikal turizme yönelmesiyle hızlı bir gelişim kaydetmiştir (Bahar ve Akyürek, 2022).

Sağlık turizminin bir alt kolu olan medikal turizm, tıbbi tedavi ihtiyacı olan kişilerin sağlık hizmeti almak için yaptıkları ülkelerarası seyahatleri içermektedir. İlk zamanlar için geliri yüksek kişilerin tıbbi ihtiyaçlarını kaliteli koşullarda alması amacıyla başlamış olsa da sonrasında durum değişiklik göstermeye başlamıştır. Gelişim düzeyi yüksek olan ülkelerde, uzun bekleme süreleri ve yapılacak olan tedavinin yüksek maliyetli olması gibi sebepler kişileri gelişmekte olan ülkelere doğru arayışa geçirmiştir. Küresel anlamda gelişmelerin hızlanması ile gelişmiş ülkelerde bulunan imkân ve teknolojilerin diğer ülkelere de ulaşması bu ülkelerde de sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmış ve ülke ekonomilerine ciddi katkılar sunmaya başlamıştır (Bahar ve Akyürek, 2022). Medikal turizm, 4,0 milyar ABD dolarını aşan piyasa değeriyle hızla büyüyen bir sektördür. Covid 19, medikal turizm başta olmak üzere tüm turizm sektörünü olumsuz etkilemiştir ancak, kısıtlamaların kalkması ve ekonominin normale dönmesiyle sektörde hareketlilik başlamıştır (George ve diğerleri, 2023).

2019–2023 yıllarını kapsayan Türkiye’nin refah seviyesini ve ülkemizin verimliliklerini artırmak adına önemli bir yol haritası niteliğinde olan On Birinci Kalkınma Planında sağlık turizmi ile ilgili önemli konular yer almaktadır. Sağlık turizminde ülkenin tanınır ve tercih edilebilirliği, sağlık hizmetlerinde uygun fiyat ve kalite konusunda bilgiye erişimin kolaylaşması ile hizmet pazarının nicelik ve nitelik yönünden gelişmesi beklenmektedir. Ülkemizin sağlık turizmi pazarındaki potansiyelini ön plana çıkaran faktörler ise; ülkelerin nüfusunun yaş almasıyla birlikte kronik hastalıkların ve bununla birlikte bu hastalıklara ayrılacak mali bütçelerin artması, teknolojik gelişmelerden faydalanılması ve

hizmet sunum kalitesinin arttırılmasıdır. Aynı zamanda sağlık turizminde vizyonu sarsacak ya da hukuki anlamda sorun yaşatacak olan hukuki dñzenleme eksikliklerinin giderilmesi, denetim ve akreditasyon uygulamalarının gñçlendirilmesi planlamalar arasındadır. Sağlık turizmi pazarına yñnelik reklam ve tanıtımlar dñzenlenmesi, ayrıca medikal turizmin yaşlı ve termal turizm ile birleştirilmesi sağlanacaktır (Tñrkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bñtçe Başkanlığı, 2019).

2.2.2. Medikal Turizm zellikleri ve Tñrleri

Medikal turizmde turistler, tatil, eğence, dinlenme aktiviteleri gibi klasik tatil aktiviteleri dışında var olan rahatsızlıkları için de sağlık kurumlarında sunulmakta olan tıbbi ve cerrahi bakım hizmetlerinin tñmñne ulaşmak istemektedirler. Bu alanda en önemli konu, sağlık turistlerinin ikamet ettikleri yerden uzaklaşarak farklı ve rahat olabilecekleri bir ortamda sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleridir (Haşimoğlu, 2019).

Hastaların tercih ettikleri ÷lkeye gñre tedavi maliyetleri %80'e kadar karlı olabilmektedirler. Bu ÷lkeler hastalara dñřk maliyetli tedaviler sunmanın yanında tıp teknolojilerinin gelişimi, dñřk seyahat maliyetleri ve internet ÷zerinden pazarlama konusunda verdiği önemle birlikte medikal turizmin gelişimine katkı sunmaktadırlar. Medikal turizm gerek tıbbi tedavi gerekse cerrahi operasyonlar sebebiyle denizaşırı ulaşımda artış olmasıyla birlikte dñnyada ciddi bir yayılma gñstererek özellikli nitelikli bir pazar haline gelmiştir (İçöz, 2009).

Kñresel sağlık hizmeti sunmakta olan bir şirkette Kıdemli İcra Kurulu Başkanı olan Jai Verma, sağlık hizmetlerinde hızlı artış yaşanıyor olmasının sebebi olarak batı ÷lkelerinde artan sağlık harcamalarını ve sigorta kapsamına girmeyen sağlık hizmetlerini gñstermektedir. Verma'ya gñre kişilerin medikal turizm motivasyonları, ikamet etmekte oldukları ÷lkede bulunmayan ya da ÷lkelerinde uygulanmakta olan ancak fiyatları yüksek olan tıbbi, kozmetik ve cerrahi işlemlere diğer ÷lkelerde erişimin kolay olmasıdır. Sağlık sigorta şirketlerinin kaliteli ve uygun fiyatlı tıp merkezleriyle yaptığı anlaşmaların yanı sıra ÷lkelerin coğrafi konumları da medikal turist çekmede etkili faktörler arasında yer almaktadırlar. Medikal turizm alanında hizmet sağlayan ÷lke sayısının artması sebebiyle hizmet sunumu farklılaştırarak ya da niř alanlara odaklanarak yüksek karlılık elde etmek mümkün olabilmektedir. Dubai Sağlık Otoritesi (DHA) Sağlık Dñzenleme Sektörü CEO'su Dr.

Marwan Al Mulla, medikal turizm alanında koşulları iyileştirmek için sunulan bakımın ve hizmetlerin kalitesinin önemli olduğuna vurgu yaparak, bunun için turistlerin yolculuklarını sorunsuz ve konforlu bir hale getirmek için kendilerine rehberlik hizmeti sağlandığını belirtmektedir. Ayrıca Dubai Emirliğinde bulunan hastanelerin %96'sının uluslararası akreditasyona sahip olduğunu, alanında uzmanlaşmış hekimler ve sağlık profesyonelleri çalıştırdıklarını ve birinci sınıf kişiselleşmiş sağlık hizmeti sunulduğunu aktarmaktadır. (Ekiyor ve Gök, 2022).

2.2.3. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler

Aydın ve Yılmaz (2020)'nin aktarımına göre medikal turizmde en sık yapılan seyahat nedenleri incelendiğinde kozmetik cerrahinin ikinci sırada geldiği görülmektedir. Bu alanda yapılan sık işlemlerin ise göğüs estetiği, yağ aldırma ve göz kapağı estetikleri olduğu görülmüştür. Ülkemiz, dünyada medikal turizm alanında en çok tercih edilen ilk on ülke arasında yerini alarak sekizinci sırada yer almaktadır.

(“Türkiye’de kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, iç hastalıkları, göz ameliyatı ve estetik cerrahi alanlarında hasta çekmektedir. Estetik cerrahide özellikle saç ekiminin öncü olduğu ve diğer ülkelere göre üstün bir konumda yer aldığı görülmektedir. Sağlık Turizmi Endeksi’nin küresel destinasyon merkezi sıralamasına göre Türkiye medikal turizmde 46 destinasyon merkezi arasında 30. sıradadır. Atriyal septal defekt kapatma (ASD), koroner anjiyografi, koroner anjiyoplasti, koroner arter bypass grefti (CABG), çift valf değişimi Türkiye’de öne çıkan ilk beş tedavidir. Meme büyütme ve küçültme, göz kapağı germe, liposuction, karın germe, kaş kaldırma, saç dökülmesi ve saç ekimi gibi estetik ve kozmetik cerrahi hizmetleri de öne çıkan tedaviler arasındadır. Ayrıca Amerikan Plastik Cerrahlar Derneği’ne üye cerrahlar tarafından gerçekleştirilen işlemlerin yer aldığı istatistik raporuna göre 2020 yılında yapılan kozmetik cerrahi işlemlerine bakıldığında burun şekillendirme (rinoplasti), göz kapağı ameliyatı (blefaroplasti), yüz germe (ritidektomi), liposuction ve meme büyütme ilk beşte yer alırken, saç ekimi de bu liste içerisinde 21. sıradadır”) (Güder ve Yılmaz, 2023).

Genel sağlık taramaları, diş operasyonları, kardiyak operasyonlar, tümör tedavisi, beyin cerrahi, organ nakli ve özellikli operasyonlardan oluşmaktadır. Yani medikal turizm,

hasta kişilerin plan dahilinde ikinci ve üçüncü basamak düzeyinde sağlık kurumlarındaki hekimlerce yapılan tıbbi tedavilerdir. Ülkemiz, 1200 yüz cerrahi uzmanı hekimi sayısı ile dünyada 9. sırada bulunmaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2020). Ülkemizde sağlık hizmeti maliyeti, rakip ülkelerin ortalama %20'si kadar, dünya ortalamasının ise 1/8'i kadar uygun fiyatlara denk gelmektedir. Ülkemizde, tüp bebek tedavisinde ortalama maliyet 20 bin \$ civarında iken, Amerika'da 200 bin \$ civarındadır. Diş implantı işlemleri de ülkemizde ABD'den 1/5 oranında uygun fiyatlara yapılabilmektedir (Büyük, 2023). Hindistan'ı tercih eden sağlık turistleri yapılacak olan tıbbi tedaviyi ülkelere oranla %80'e kadar uygun fiyatlara mal edebilmektedirler (Shinde, 2021).

Gülmez (2012)'ye göre, hastane şartlarında verilmekte olan tıbbi tedavileri alma nedeniyle yapılan uluslararası tedavi amaçlı yapılan yolculuklara sağlık turizmi adı verilmektedir. Sağlık turizminin birçok tanımı olmakla birlikte genellikle medikal turizm ile aynı anlamda kullanımına sıklıkla rastlanmaktadır. Detaylı haliyle medikal turizmde öne çıkan tedaviler;

Karmaşık tedavi gerektiren hastalıklar; Kanser, Kalp Damar Tedavisi, Nörolojik Tedaviler, Beyin Cerrahisi Operasyonları, Tüp Bebek Tedavileri, İleri Tanı ve Tedavi Yöntemleri (pet bt, gamma knife, cyber knife, üst düzey radyoterapi yöntemleri), Transplantasyon, Ortopedi Ameliyatları, Nükleer Tıp, Diyaliz İşlemleri, Romatizma, Ağrı Yönetimi, Rehabilitasyon,

Estetik tıp hizmetleri; Plastik Cerrahi Operasyonları, Dermatolojik Hastalıklar ve Tedavisi, Check-up hizmeti, Kilo Kontrolü, Diyetisyen hizmeti, Masaj ve SPA,

Diş tedavileri; İmplant İşlemi, Diş Estetikleri, Diş Hekimliği, Gülüş Tasarımı, Lazer Tedavileri, Diş Beyazlatma, Seramik Dolgu, Porselen Kaplama, Kron ve Köprü, Diş Eti Hastalıkları ve Çocuk ve Bebekler için Diş Bakımı,

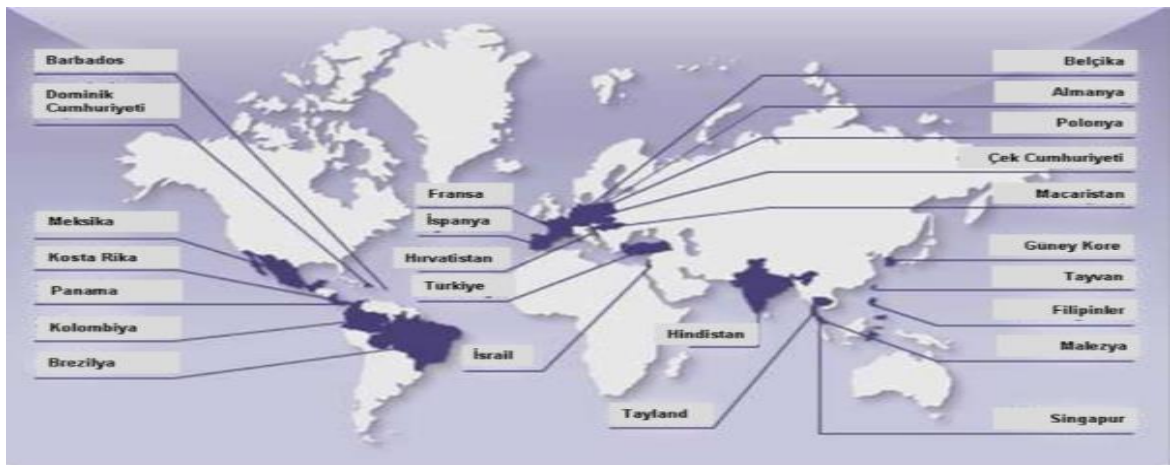
Görme bozuklukları; Lasik ameliyatları ve diğer göz operasyonları Şeklinde sıralanabilmektedirler.

Ülkemizde uygun fiyatlarla kaliteli sağlık hizmetinin verildiği ve saç ekimi işleminde medikal hastalar için fiyat avantajı bulunduğu belirtilmiştir. Plastik estetik cerrahi operasyonları, göz sorunu düzeltme operasyonları, diş tedavisi, açık kalp ameliyatları, kanser ve tüp bebek tedavisi gibi uygulamalarda sıklıkla yapılan tedavilerdendir (Gülmez, 2012).

2.2.4. Dünyada Medikal Turizm

Dünyada gelişmiş olan ülkelerde yaşam refahının ve eğitim seviyesinin yüksek olması sebebiyle sağlıkta çalışanların iş gücü maliyetleri yüksektir. Bu ve bunun gibi birçok sebebe bağlı olarak sağlık hizmetleri yüksek maliyetli olarak gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde nüfus giderek yaşlanmakta ve nüfus yaşlandıkça sağlık giderleri artmaktadır. Bununla birlikte artan maliyetlerle sosyal güvenlik kurumları da zorluklar yaşamaktadır. Bu tarz sorunlarla başa çıkabilmek için sosyal güvenlik kurumları ve özel sigortalar, kaliteli sağlık hizmeti veren ülkelerle paket anlaşmalar yapıp tedavileri uygun maliyetli hale getirmektedirler (Bulut ve Şengül, 2019).

Sağlık turistini en fazla gönderen ülkeler incelendiğinde, gelişmemiş olan Sudan, Somali, Afganistan gibi ülkeler olduğu görülmüştür. Libya, Pakistan, Irak, Suriye gibi Asya ülkelerinde kişilerin sağlık turisti olarak seyahat etmelerini sağlayan en önemli motivasyon, sağlık hizmetlerinde yetersizlik ve personel sayısındaki azlıktır. Amerika ve Avrupa'da ise, sağlık hizmetlerinden yüksek maliyetle faydalanma ve tedavi bekleme sürelerinin uzunluğu göze çarpmaktadır. Yaşlı nüfusu fazla olan ülkelerde ise, tedavi giderlerinin çok maliyetli olması ile personelin yetersiz sayıda oluşu en önemli sebep olarak görülmektedir. Doğu Avrupa ülkeleri ucuz personel ücretleri ve Avrupa Birliği üyesi olmanın faydasını da kullanarak sağlık turizminden önemli ölçüde payını almaya başlamışlardır. Macaristan özellikle dental turizm ile elde etmiş olduğu 2 milyon dolarlık gelir ile önemli bir sağlık turizmi destinasyonu olmayı başarmıştır. Batı Avrupa ülkesi olan Belçika'da ise obezite ve estetik cerrahi çok ciddi gelir elde etmiş durumdadır (Barca ve diğerleri, 2013),



Resim 1. Dünyada medikal turizm ile uğraşan ülkeler haritası (Gülmez, 2012).

Resim incelendiğinde Avrupa, Asya, Amerika ve Afrika kıtalarında medikal turistlerin tercih ettikleri ülkeler görülmektedir.

Dünyadaki medikal turizm uygulamaları incelendiğinde, Hindistan'da kalp operasyonu, Tayland'da böbrek nakilleri, Macaristan'da ve Polonya'da Dental turizm, Tunus ve Fas'ta göz tedavileri ön plana çıkmış uygulamalardır. Dünya Turizm Örgütü'nün net olmayan verilerine göre yılda yüz elli bin civarında medikal turistin Hindistan'ı tercih ettiği belirtilmektedir. McKinsey şirketinin verisine göre, Hindistan'da sağlık turizminin ülke ekonomisine 2003'te üç yüz otuz üç milyon kazandırdığı, 2012 yılında ise iki milyardan fazla girdi beklentisi bulunmaktadır (Çetinkaya, 2010). Hindistan, bu sektörü canlandırmak için son zamanlarda yapay zekâ destekli teletıp uygulamalarını tartışmaktadır. Hükümetin de aktif olarak sektöre katkıda bulunmaya çalıştığı bilinmektedir. Diğer eyaletlerle birlikte Kerala, modern ve geleneksel tıp uygulamaları için yabancı eğitimli sağlık personeli, eğlence mekanları gibi imkanlarla rekabet etmektedirler. Medikal turist eğilimleri incelendiğinde toplam yabancı turist sayısının 182.945'ini tıbbi nedenlerle gelen turistlerin oluşturduğu görülmektedir (George ve diğerleri, 2023).

Hindistan, dünya ülkeleri içinde sağlık turizmi ile ilgili en büyük pasta payına sahip olan ülkelerin başında gelmektedir. Ciddi bir sağlık turizmi popülaritesi kazanmış olmalarının en önemli sebebi potansiyeli erken fark etmeleri, uygun tedavi ücretleri belirlemeleri ve hiç şüphesiz iyi bir reklam tanıtım çalışması yapmış olmalarıdır (Barca ve diğerleri). Sağlık turizmine oldukça erken başlayan ülkelerden biri olmakla beraber dünyada son derece popüler olan bir sağlık turizmi destinasyonudur. Sektörde her yıl %30'luk bir büyüme göstererek yılda 150 bin civarı medikal turiste hizmet vermektedir. Eskiden Hindistan'ın İngiltere sömürgesinde olması İngilizlerin Hindistan'ı tercih etmelerindeki en önemli etkenlerden biridir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde yer alan yüksek kalite, akreditasyon alt yapısının olması, hekim ve sağlık personelinin nitelikli ve Avrupa eğitimi almış olması nedeniyle Afrika ve Asya'dan da sağlık turistlerine hizmet vermektedirler (Doğan, 2019). Hindistan, kaliteli sağlık hizmetine ve İngilizceye hâkim tıbbi personel ve çok sayıda iyi eğitimli hekimlere sahiptir. Diğer ülkelerden gelen hastaların kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamak ve aynı zamanda tedavilerini kolaylaştırmak için hastanede dil çevirmenleri bulunmaktadır. Hindistan'da bir diğer avantaj da verilen ameliyat sonrası bakımdır. Ayurveda, Unani, yoga, homeopati gibi ameliyatlara veya ameliyat sonrası tedavi için alternatif olarak sunulan daha birçok tıbbi tedavi vardır (Shinde, 2021). Hindistan, 1983 yılında bu sektöre 150 yataklı bir hastane açarak adım atmıştır. Medikal turizm alanında düşük fiyat politikalarının da etkisiyle

Hindistan özellikle önemli bir yer edinmişken, genel anlamda Asya ülkeleri bu pazara hâkim bulunmaktadır. Birçok ülke ise bu pazardan payını almak adına sektöre giriş yapmaya çalışmaktadır (İçöz. 2009).

Medikal turizmin önümüzdeki on yılda dünya çapında önemli ölçüde büyümesi beklenmekte ve araştırmalar şimdiden Hindistan'ın Asya'daki ilk 3 medikal turizm destinasyonu arasında yer aldığını göstermektedir. The Associated Chambers of Commerce & Industry of India (ASSOCHAM)'ın raporuna göre, bu sektörün 2015 yılında Hindistan'a ekonomik katkısı yıllık %30 büyüme ile 2 milyar \$'a ulaşmayı beklenmektedir. Sağlık uzmanları, fırsatın gerçekleştirilebileceğine ve Hindistan'ın bundan 10 yıl sonra medikal turizmden %2'lik bir GSYİH payı hedefleyebileceğine inanmaktadır. Dolayısıyla medikal turizmde Hindistan'ın geleceği umut verici görünmektedir (Shinde, 2021).

Tayland ise; Siyam ikizlerini ayırma ameliyatı 500.000 USD maliyetle ilk kez Tayland'da başarıyla gerçekleştirilmiştir (Çetinkaya, 2010). Özellikle 1970'li yıllarda cinsiyet değiştirme ameliyatları ile dikkat çeken ülkelere biri olmuştur. Sonrasında estetik cerrahi, kalp operasyonları, ateşli rahatsızlıkların tedavisi, göz, ağız ve diş operasyonları, SPA, fizik tedavi gibi alanlarda öne çıkmış durumdadır. Yapılan sağlık turizmi etkinlikleri devlet desteği ile ilerlemektedir. Sağlık turizmi çalışanlarının özellikle Amerika ve İngiltere'de eğitim almaları ve bu sebepten İngilizce diline hâkim olmaları gibi konular ülkeyi avantajlı kılmaktadır (Doğan, 2019). Yapılan çalışmaya göre ülkemizde fiyatlar ortalamasının altındayken, Hindistan'ın ciddi fiyat avantajı ile tercih edilebilirliği yüksektir. En yüksek gelire sahip ülkelere biri Tayland iken Türkiye ise en düşük gelire sahip ülkelere biridir (Akbolat ve Deniz, 2017).

Asya'da sağlık turizmi konusunda lider olan ülkelere biri olan Singapur, son derece güçlü bir sağlık altyapısına sahiptir ve gittikçe sağlık turisti sayılarını arttırmaktadırlar. Devlet politikası haline getirmiş oldukları sağlık turizmindeki hizmetlerindeki kaliteyi ve hijyeni son derece önemsiyor olmalarından dolayı Amerika, Çin, Malezya, Ortadoğu ülkeleri, Endonezya, İngiltere ve Güney Asya ülkelerinde tercih edilmektedir. Singapur'da Joint Commission International (JCI) ile akredite 13 hastane bulunmaktadır. 2006 yılında 410.000 sağlık turistini misafir etmiştir (Çetinkaya, 2010).

Amerika'da sağlık sisteminde yüksek kalite ve üst düzey teknoloji kullanıldığından, sunulan sağlık hizmetleri de son derece pahalıdır. Bundan dolayı ülke vatandaşları sağlık turizmi seyahatleri için genellikle Singapur ve Hindistan'ı tercih etmektedir. Amerika'yı

tercih eden sağlık turistleri genellikle Ortadoğu'dan gelmektedir. Medikal turizm konusundaki ekonomik katkıyı daha çok önemsemeye başlamışlardır (Doğan, 2019). Amerika'da ve diğer ölkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti hızla artarken, birçok sigorta şirketi ve işveren de bu maliyetleri azaltmak için medikal turizmi incelemeye başlamıştır. Çoğu öлке bu pazardan kaynaklanan ekonomik avantajları görmeye başlayarak bu nedenle düşük fiyata kaliteli tıbbi hizmetler sağlamaya çalışmaktadırlar. Medikal turizme katılma kararında yer alan önemli bir husus, çeşitli tedavi türleri ve bunların mevcudiyetidir. Medikal turizmin popölaritesindeki muazzam artış araştırmacıların, politika yapıcılarının ve medyanın dikkatini çekmiştir. Hastalar tarafından kullanılan yaygın tedavi türlerinden bazıları elektif diş hekimliği, kalp cerrahisi, kozmetik cerrahi kürtağ prosedürleri ve organ naklidir. Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda gibi tıbbi tedavinin hükümet kontrolü altında olduğu ölkelerde, yabancı uyruklular Hindistan'a tedavi için seyahat etmektedirler (Shinde, 2021).

1970 yılında kurulan ve estetik ve kozmetik cerrahi alanında lider olan ve dünya çapında otorite olarak kabul edilen International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2019) raporuna göre ölkemizde sağlık turizminde global estetik operasyonlar gerçekleştiren ölkeler arasında yer almaktadır. Dünyada ilk sırada %15'lik pay ile Amerika yer alırken, onu çok yakından takip eden ikinci öлке olarak Brezilya gelmektedir. Bu ölkeleri Çin, Japonya, Güney Kore, Hindistan, Meksika, Rusya ve Türkiye takip etmektedir. Küresel ölçekteki bu kapsamlı raporda Türkiye'nin tüm kategorilerde ilk 10'da yer aldığı göze çarpmaktadır.

2.2.5. Türkiye'de Medikal Turizm

Turizm sektörü öлке ekonomisine en fazla katkı sağlayan ve bacasız bir sektör olarak değerlendirilen alanların başında gelmektedir. Türkiye'de turizm sektörü 80'li yıllarda keşfedilmiş, 90'lı yıllarda büyük yatırım alanı çekmiş, 2000'li yıllarda yaşanan krizler ve sosyal olaylardan etkilenmiş, bu yatırımlar karşılığını alamayınca turist sayısı bazen azalmış bazen artış göstermiştir. Son yıllarda hayatımıza giren ve hayatın her alanını değiştiren Covid 19 salgını turizm sektörünü de oldukça olumsuz etkilemiş bulunmaktadır. Seyahat kısıtlamaları veya turistlerin güvenli öлке algısının değişmesi gibi kısa vadeli sonuçların yanı sıra gelir kaybı ve turizmin lüks tüketim olarak algılanması gibi uzun vadeli makroekonomik etkilerinde Türkiye'yi ekonomik olarak zorlaması beklenmektedir. Bu zorlanmalar turizm sektörünü daha fazla mücadeleye ve değişime yönlendirmiş bulunmaktadır. Turistlerin kendi

lkelerinden başka bir ülkeyi ziyaret etmelerinin çeşitli nedenleri vardır. Turizm paydasında ele alındığında tatil, eğence, kültür-sanat, tarih, spor, eğitim, kongre, sağlık, inanç, tarım, özel bir ilgiye dayalı seyahat etme isteği gibi pek çok neden bulunmaktadır. Sağlık turizmi ile uğraşan turistlerin de kendine özgü ihtiyaçları vardır. Bazı turistler ülkelerindeki sağlık hizmetlerini yeterli görmedikleri veya yüksek bütçeleri nedeniyle tercih etmedikleri için medikal turizmden faydalanırken, bir kısmı da güvendikleri bir ülkeye estetik cerrahi için seyahat etmektedir (İlda, 2022).

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TURSAB, 2014) Sağlık Turizmi Raporuna göre, potansiyel kaynakları, kaliteli hizmet sunumu, uzun hekim bekleme sürelerinin olmaması, coğrafi olarak Avrupa ülkelerine yakın mesafede olması, termal kaplıca sayısı, iklim gibi avantajlarının olması sebebiyle Türkiye rekabet edilebilirliğini artıracaktır. 2014 yılında 400.000 olan hasta sayısı her yıl giderek artmakla birlikte 2018 yılında iki katına çıkarak 800.000 kişiye ulaşmıştır. Türkiye, dünyada sağlık alanında lider ülkeler arasında olması, inanç, kültür, kaplıca, deniz, doğa gibi birçok turizm çeşidinin bir arada bulunması, hizmet sektöründe genel anlamda iyi bir durumda olması, hizmet sektörünün sağlık turizmine etkisinin oldukça yüksek olması gibi avantajları elinde bulundurmaktadır. Bu gibi özelliklerinin yanında sağlık turizmi alanında hizmet sunmaya balayan ilk ülkeler arasında yer alarak ileri bir deneyim kazanmış olması, gelimi ülkelere göre sağlık hizmeti fiyatlarının uygun olması, sağlık turizmi alanının devlet desteği alması ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılmış olması gibi açılardan ülke olarak avantajlı konumunu sürdürmektedir.

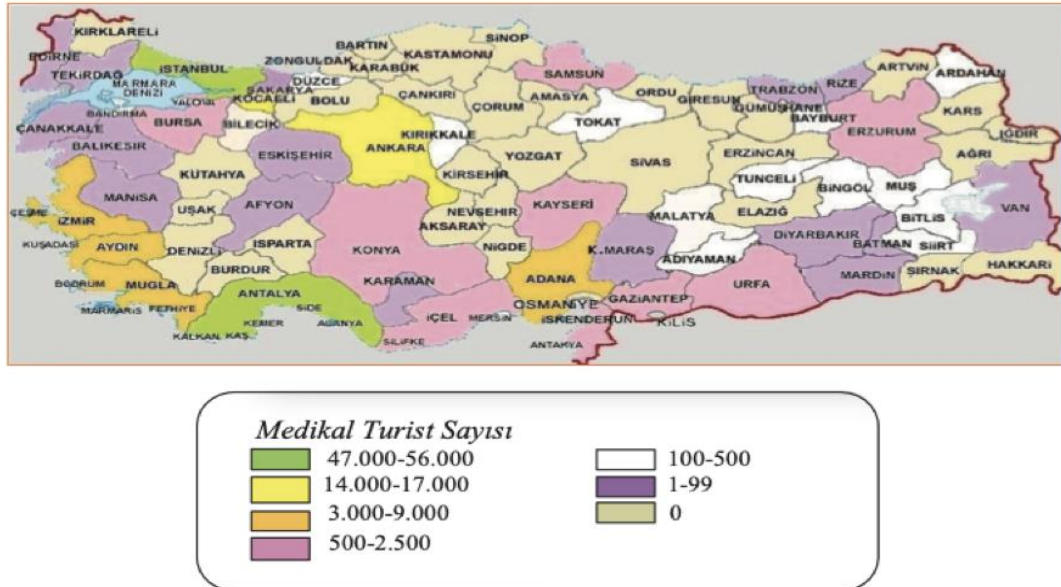
Ülkemizde son derece teçhizatlı kurum kuruluşların varlığı, ülkenin coğrafi olarak konumu ve turizm konusundaki gelimeleriyle yurtdışı pazarlarda gerekli tanıtım faaliyetlerinin yapılması sağlık turistlerinin tedavi için ziyaretlerini arttırmak adına son derece elzemdir (Bulut ve Œengl, 2019).

Tablo 3. Yıllar içerisinde ülkemizde sağlık hizmeti alan kişi sayısı ve sağlık hizmetlerinden elde edilen gelir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024).

Yıllar	Hasta Sayısı	Elde edilen gelir (\$)
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	1 398 504	2 307 130

Tablo 3 incelendiğinde, 2020 yılında Covid 19 salgını sebebiyle hasta sayısı ve elde edilen gelirden azalma meydana gelerek 407.423 hastaya sağlık hizmeti sunulmuş, 1.164.779 \$ gelir elde edilmiştir. Yurtdışından gelen kişilerin sağlık turizmi harcaması 2023 yılı sonunda ise elde edilen gelirin 2.307.130 \$ olduğu görülmüştür.

Ülkemiz medikal turizm kapsamında değerlendirildiğinde diğer ülkelerde bekleme sürelerinin uzunluğu, daha uygun fiyat ve uzman kadro ile sağlığına kavuşma talebi, yaşla birlikte kronik hastalıkların artış göstermesi, seyahat ve ulaşım şartlarının rahatlaması, ülkelerin birbirleri ile iş birliği içinde çalışması gibi sebeplerden dolayı ilk akla gelen önemli destinasyonlardan biri haline gelmiştir (Denizli, 2022). Türkiye, medikal turizmde tercih edilebilirlik açısından, uygun fiyatlı olması, akredite kuruluş sayısının fazla olması, Avrupa, Kuzey Afrika ve Ortadoğu coğrafyasına yakın konumda olması, turizm çeşitliliğinin çok olması, özel sektörde güçlü olması, ulaşım konusunda özellikle Türk Hava Yolları (THY) kaynaklı avantajlı olması, insan gücünün düşük maliyetli ve nitelikli olması ve devlet desteği konusunda güçlü konumdadır (Yiğit ve Demirbaş, 2020). Aynı zamanda Türkiye'nin kültür turizmi konusunda zengin çeşitliliği ve ılıman iklimi de avantajlı olduğu konular arasındadır. Bu verilerle Türkiye'nin bu avantajlarının üzerine yatırımlar yapması halinde çok daha hızlıca gelişim kaydederek ülke ekonomisine adeta sanayi gibi katkı sunacağını söyleyebiliriz.



Resim 2. Türkiye’de sağlık turizmi haritası (Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2013).

Türkiye’de medikal turistlerinin en çok tercih ettiği illeri incelediğimizde İstanbul ve Antalya’nın en sık tercih edildiği iller olduğu görülmektedir. 47000’den fazla hastanın geldiği İstanbul, başta saç ekimi ve çeşitli cerrahi işlemler gibi uygulamalarda ön plana çıkmıştır. Antalya ise özellikle organ nakillerinde öne çıkmış illerimizdendir. İstanbul’un tercih edilme sebebi olarak sıklıkla yapılan medikal uygulamalarla adını duyurmuş olan bir metropol olması düşünülürken, Antalya’nın uğrak bir medikal turizm destinasyonu olma sebebinin ise turistik bir bölge ve ılıman iklime sahip olması düşünülmektedir. İzmir, Aydın, Muğla ve Adana’nın da ülkemizde sık tercih edilmekte olan destinasyonlar olduğu görülmektedir. Aydın ili ise gerek ılıman iklimi gerek turizm kenti olması kaynaklı çok sayıda sağlık turistine ev sahipliği yapmaktadır. Bu tercihlerde coğrafi olarak jeopolitik konumunun önemli olduğu düşünülmektedir. Sakarya ilimizde çok sayıda mülteci olması kaynaklı yüksek vaka sayısı ile karşılaşılmaktadır.

Sayın ve diğerleri (2017)’nin çalışmasında medikal turizmde hastaların en fazla başvurdukları ilk on üniversite hastanesi ile uluslararası hastaların destinasyon olarak tercih ettikleri ilk on il aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 4. Medikal turizm illere göre kamu-özel hastaneleri dağılımı (Barca ve diğerleri, 2013).

İller	Kamu	Özel
İstanbul	1675	23398
Kocaeli	40	10907
Ankara	2836	4872
Antalya	0	6579
Muğla	61	1880
Samsun	63	1875
Adana	27	1021
Aksaray	0	573
İzmir	9	299
Nevşehir	0	181

Tabloda 4’te yer alan Medikal Turizm illere göre Kamu-Özel Hastaneleri dağılımında sağlık turistlerinin çoğunlukla özel hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir. İstanbul’da sağlık turistleri %93 oranında özel hastaneleri tercih etmişlerdir. Antalya, Aksaray ve Nevşehir’de ise hiçbir turist Kamu Hastanesini tercih etmemiştir. Antalya’da 6579, Aksaray’da 573 ve Nevşehir’de 181 turist özel hastaneden yana tercih kullanmışlardır.

Tablo 5. Medikal turizmde hastaların en fazla başvurdukları ilk on üniversite hastanesi (Sayın ve diğerleri, 2017).

1	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Hastanesi
2	Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
3	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Üniversitesi
4	Konya Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi
5	Antalya Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi
6	Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi
7	İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
8	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
10	İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
11	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Gaziantep Üniversitesi'nin 1. sırada tercih edildiği Tablo 5'te görülmektedir. Gaziantep Üniversitesine başvuran hasta sayısının yüksek oluşunun sebebi, Suriye sınırında olması kaynaklı ülkeler arası üst düzey göç alıyor olması düşünülmektedir. İlimizde ise Aydın Adnan Menderes Üniversitesi tek üniversite hastanesidir ve yoğunlukla sağlık turistlerine tedavi hizmeti sunmaktadır.

USHAŞ (2024)'e göre, kliniklere göre uluslararası hastaların dağılımları sırayla; Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Dahiliye, Göz, Tıbbi Biyokimya, Genel Cerrahi, Diş Tedavileri, Ortopedi, Enfeksiyon ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları olmuştur.

Türkiye'ye yurtdışından medikal turizm hizmeti almak için gelen turist sayısı her geçen yıl artmaktadır. Ülkemizde özellikle göz, tüp bebek, estetik cerrahileri gibi alanlarla medikal turizm tedavileri başarı ile yapılmaktadır. Sağlık turistleri sağlık hizmeti almanın yanında ülkemizin turizm hizmetlerinden faydalanarak tatillerini yapmaktadırlar. Ülkemizde medikal turizm ile kamu kurumları, üniversite hastaneleri, özel hastane ve tıp merkezleri hizmet vermektedirler. Özellikle üniversite hastaneleri gücü ve donanımıyla önemli bir potansiyel barındırmak ile birlikte ülke ekonomisine ciddi katkılar yapabilecek konumdadırlar (Sayın ve diğerleri, 2017).

Yurtdışında bazı ülkelerde, çalışma yaşamını sonlandırdıktan sonra maddi anlamda hayatlarını sürdürmede güçlük çeken potansiyel hastalar için farklı ülkelerin döviz kur değişiklikleri diğer destinasyonlara avantaj olarak dönmektedir. Türkiye, dış tedavilerinde birçok ülkeye göre Türk lirası ile uygun fiyat avantajı sunması sebebiyle yabancı hastaları

çekmektedir (Işık C, 2019). Yabancı sigorta şirketleri, Türkiye’de dış tedavilerini destekliyor durumdadır. Türkiye’de kaliteli hizmet sunumu, daha sonra tekrarlayacak olan sorunları en aza indirmekte olup sigorta şirketlerine ait giderleri azaltmaktadır, bu da ülke adına bir avantaja dönüşmüştür.

Türkiye, Tayland, Brezilya, Güney Kore, Malezya, Hindistan, Kosta Rika, Singapur gibi ülkelerle birlikte JCI akredite olan ülkeler olması ve uygun fiyatlarıyla sağlık turistlerine çekici gelen ülkelerdendir (Bahar ve Akyürek, 2022).

Sağlık turistlerine Türkiye’nin medikal turizmde avantajlı olduğu konular sorulduğunda, %57 oranla tedavilerin düşük maliyetli olduğu, %51 coğrafi yakınlığın önemli olduğu, %30 sağlık hizmetlerinin kaliteli olduğu iletilmiştir. Hekim ve sağlık personellerine güvenin, konaklamanın düşük maliyetli olmasının ve JCI akreditasyonuna sahip sağlık kuruluşu olmasının bir avantaj olduğu da görülmektedir. Yapılan çalışmada yabancı sağlık turistlerinin Türk sağlık turistlerine görece daha pozitif değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir (Kılınç, 2017).

En yaygın tercih edilen akreditasyon sistemi, 1951’de kurulmuş olan JCI’dır. Kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan JCI sertifikasına, ülkemizde Nisan 2023 tarihinde 34 sağlık kuruluşu sahip olmuştur (Çetinkaya ve Bostan, 2023). JCI tarafından akreditasyonu tamamlanmış kurum ve kuruluş sayısı ve diğer olumlu özellikleri sayesinde her yıl çok sayıda hasta, Ortadoğu, Karadeniz Ekonomik İş birliği Konsey Ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri ve tüm Avrupa’dan ülkemizde misafir edilmektedir (Aydın ve Aydın, 2015).

Bristow ve diğerleri (2011) Medikal turizm sektöründe hastanelerde akreditasyon hastaların tercih motivasyonlarında çok önemli bir etkidir. Yiğit, (2016’nın aktarımına göre, ülkemizde sağlık turistlerinin %27, 4’ü JCI akreditasyonu olan hastanelere başvuru yaparken %72, 6’sı bu belgeye sahip olmayan hastanelere başvurmuştur. Bu belgeye sahip olan hastaneler diğerlerine oranla on kat fazla medikal turizm hastası çekmiştir. Ülkemizde üç medikal turistten birinin grup hastaneleri tercih ettiği de görülmektedir. Bu hastanelerin sağlık turizmine yönelik tanıtımlar yapmaları ve marka haline gelmiş olmaları ise tercih edilmelerindeki unsurlardan olduğu düşünülmektedir.

2.3. Hekimler ve Medikal Turizm İlişkisi

Gülcemal ve Keklik (2016) tarafından yapılan çalışmada medikal turizmde, hasta ve hekim arasında interaktif bir iletişim dilinin sağlanması, hastanın hekimine duyduğu güvenin artmasıyla birlikte tedaviye uyumuna katkı sunmaktadır. Hekimine güven duyan hastalar hastalıklarına ait semptomları daha kolay ifade edebilmektedir. Dolayısıyla bu olumlu atmosfer sonucunda tedavi çok daha verimli sonuçlanmakta ve süreçte de karşılaşılabilecek sorunlara engel olmaktadır. Hekim kalitesi, hastaların hastane tercihinde oldukça önemli bir konudur (Çetinkaya, 2010). Hekimlerin eğitim seviyeleri ve donanımları, konaklama esnasındaki hizmetlerin kalitesi, yabancı dil bilgisinin iyi düzeyde olması, iletişimin kolay olması gibi hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini etkileyen birçok sosyal, beşerî ve fiziki etken bulunmaktadır. Bu konular ve en az bunlar kadar önemli olan turizm paydaşlarında da profesyonel hizmet sunumu müşteri memnuniyetini arttırmaktadır (Kılınç, 2017).

İnsanlığın ilk zamanlarından bugüne gelene kadarki dönemler içinde hasta tutumlarını değerlendirdiğimizde; ilk çağlarda hekiminin kendisine vermiş olduğu tavsiye ve tedavilerini hekimine duyduğu güven kaynaklı yerine getirmek için uğraşan bir hasta tutumunun hâkim olduğu görülmektedir. Son zamanlarda hasta tutumu, araştırmacı, sorular soran ve hastalığı ile ilgili yapmış olduğu araştırmalarla bilgi edinerek tedavi konusunda rehberlik edilmesini isteyen bir yöne doğru değişmiştir. Hastalar, mevzuatsal çalışmalar, hasta hakları ve haklarını almaları konusunda bilinçlenmiştir. Son zamanlarda gerek basın yayın organlarında gerekse sosyal medyada çıkan hekim ihmali, teşhisin yanlış olması sonucu yapılan yanlış tedaviler ve reçete edilen ilaçlar gibi haberler hasta ve hekim arasındaki güven ilişkisini zedelemektedir (Gülcemal ve Keklik, 2016). Yardımcı olma düsturu, insanlığın ilk günlerinden beri var olan tıbbın her daim öncelediği en önemli konu olmuştur. Zamanla insanlarda, hastalıklarına ve bununla birlikte tedaviye bakış açılarında da değişiklikler olduğu görülmektedir. Antik Yunan'ın Kos Okulu, Hipokrat anlayışı ile hastanın, hastalık ya da herhangi bir uzvuna odaklanmadan hastaya bütüncül bakış açısı ile muayene ve tedavi uygulamaktadır. Knidos Okulu ise hastadan çok hastalığa odaklanıp semptomlarla tanı ve tedaviye gitmektedirler. Günümüzde de Knidos Okulunun mantığı ile ilerlediği söylenebilir (Bulut ve Civaner, 2016). Değişen ve çağdaşlaşan toplum hareketleri ile sağlık hizmetleri eskiden olduğu gibi geleneksel düzeni bitirerek, hekim ya da sağlık personelinin egemenliğinden çıkmıştır. Araştıran hasta ya da yakını, sağlık sorunu ile daha çok bilgilenmiş ve yapılacak uygulamalar ile ilgili kararlarda daha çok söz sahibi olmuştur (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007).

Atıcı (2007)'ye göre; hasta ve hekim arasındaki iletişimin dört önemli noktası bulunmaktadır. Bunlar, hasta ve hekim iletişiminin amacı, hekimin sorumluluğu, hastanın değerleri ve hastanın haklarından biri olan özerklidir. Bu dört nokta, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin temeli olmaktadır ve bu iletişime bağlı olarak tedavi başarı oranı da etkilenmektedir. Hastanın tedavi edilerek sağlığını geri kazanması, yaşam niteliğinin artması, fizyolojik, psikolojik, davranış ve sosyolojik açıdan tam bir iyilik halinin oluşması hem hastanın hem de hekimin ortak amacını oluşturmaktadır. Yani hekim ve hasta aynı hedefe ulaşmak için çalışan aynı ekibin iki taraf üyesidir. Böyle olduğu için de hekim kadar hasta da konulan teşhis ve tedavi sürecinin ortak alınan kararlardan, bu kararların yürütülmesi ve uygulanmasından sorumludur. Hastaya üst düzey fayda sağlamaya çalışırken hasta değerlerinin uygun analizi ve özerkliğe saygı maddesi de önemsenmektedir. Hasta-hekim arasındaki iletişimin unsurları, hasta hekim arasında kurulan ilişki modeli, iletişim, bütüncül yaklaşım (hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi), güven, hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri, hekimden kaynaklanan durumlar, hastadan kaynaklanan durumlar, hastalıktan kaynaklanan durumlar, sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar, bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji, tıp etiği eğitimi şeklinde sıralanabilir.

Hasta ve hekim arasındaki iletişim sağlık hizmeti tedavilerinin temelini oluşturmaktadır. Tedavi sonucu büyük ölçüde aradaki iletişimin kalitesine dayanmaktadır.

İlk çağlarda hekim hasta ilişkisine bakıldığında hekimin 'üstün kişi' olarak hasta karşısında yer aldığı ve din adamı olduğu görülür. Hasta hekim arasında karşılıklı katılımı temel alan iletişim stili 19. yy. sonlarına doğru psikiyatrinin bir tıp dalı benimsenmeye başlamasıyla gelişmiştir (Atıcı, 2007). İlk zamanlarda hasta hekim ilişkisinde hastanın rolü hep edilgen olmak üzerine kurulu iken hekim ise hep etkin rol oynamaktadır. Hekim günümüze kadar bu iletişimde hasta faydasına dayanarak baba figürünü yansıtmaktadır. Fakat 20. yy. da hekimlikte meydana gelen farklılıklar, sağlık, hastalık gibi kavramlardaki değişiklikler, tıptaki teknolojik gelişmelerinin fazlaca kullanılıyor oluşuyla birlikte 'sağlık hakkı' kavramının doğuşu, hastanın sağlığı, tedavi konusunda karar veriş mekanizması, özerklik kavramı, kendi değerleri ve hekim değerleri arasında karşıtlığa sebep olmuştur (Örs, 1975). Bilimsel çalışmalardan da hareketle iyi bir iletişim kurulan hekim hasta ilişkilerinde, hastaların tedavi sonuçları ve hekiminden mesleki olarak memnuniyetlerinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Tıp eğitimi, hekimlik mesleğine dair bilgilenme, beceri ve tutum geliştirme gibi kazanımları kapsayan bir süreçtir. Hekimlerin öğrenciliklerinde iletişim becerilerini gözlemleyerek öğreneceği düşünülmekteyken bu yöntemle iyi bir iletişim

becerisi kazanılamadığı ve bu konuda temel eğitime ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. 1970 yıllarındaki çalışmalar iletişim becerisi dersi alan öğrencilerle almayanlar arasında ciddi bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dersi alan öğrencilerin hastaları ile daha kaliteli iletişim içinde oldukları, hasta anamnezlerini daha iyi aldıkları, hastaya açıklama yaparken daha açıklayıcı konuştukları görülmüştür (Miral,2001).

Biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tam anlamıyla iyi olma haline sağlık adı verilmektedir. Sağlıklı bir kişide üç sistem birbirleriyle sürekli hem değişim hem de etkileşim halindedir. Kişinin sağlıklı olarak kabul edilebilmesi için bu üç sisteminde dengede olması şarttır. Hekim, hastasının, sağlıklı ya da hasta olması durumunda, sosyal, kültürel, psikolojik ve doğal ortamıyla uyumunu tam anlamıyla analiz edip tanımaya çalışmalıdır. Hekim hasta ilişkisi bu temelde iyi kurulduğu ve birbirlerini anladıkları süreç içerisinde hastanın tanı tedavi sürecinin başarısı artacaktır (Atıcı, 2007).

Hekimden kaynaklanan durumlar, karşılıklı iletişimde hastaya söz, beden dili ve davranışların önemi büyüktür. Bununla birlikte hekimin hasta ile ilgili düşüncesi, karamsarlığı, duyguları beden dilinden kendisini ele verebilir. Dolayısıyla kendisine, görüntüsüne, ifade stiline özenmeyen bir hekim hastasında olumlu bir etki bırakmayacaktır. Hastası ile diyalog kurmayan, onu dinlemeyen ya da yüzeysel dinleyen, hastasını bir insan olarak değil vaka ya da hastalık olarak gören, hastaya durumu ile ilgili bilgilendirmeler yapmayan, güven vermeyen, mecburen maddi olarak bu işi yapması gerektiği mesajını veren hekimin hastası ile iyi bir etkileşim içinde olduğu söylenemez. Hastayla iletişimde bir diğer konuda hastaya zarar vermeme yani hastaya en üst düzey faydayı sağlama ilkesidir. Hekimler idareci, araştırmacı ve tedavi sağlama gibi rolleri olan rollere sahiplerdir. Araştırmacı titresi olan hekim denegi konumunda olan hastanın ya da idareci rolü olan hekimin hastasının güvenini zedeleyecek davranışlardan uzak durmalıdır (Atıcı, 2007).

Hekimlerin günlük çalışma süreleri, görevdeki deneyimleri, yaşı, medeni durumu, üzerindeki iş yükünün fazla olması, işindeki tatmini ve beklentileri hastasıyla iletişimini yönlendirmektedir. Bilimsel çalışmalarda, çalışma zamanlarının uzaması, üzerindeki iş sorumluluğunun fazlalığı, mesleki deneyimin azlığı, kendine ayırdığı zamanın az olması gibi durumlar tükenmişlik sendromunu arttırdığı gibi yaşam kalitesinin de düştüğünü göstermiştir (Atıcı, 2007).

Hastadan Kaynaklanan Durumlar, hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal, psikolojik ve kültürel özellikleri hekimle ilişkisinde önemlidir. Dolayısıyla aynı tür hastalıkta

olan farklı özelliklere sahip olan bireylerin hastalığa ait yorum, davranış ve tedavi seçeneklerini araştırma türleri tamamen farklılık gösterebilir (Atıcı, 2007).

Hastalıklar fiziksel olarak bireyleri zorlamakla birlikte genellikle belirsizlik duygusuna ve bununla birlikte korkuya sebep olurlar. Bu duygu durumundaki değişiklikler yetersizlik duygusunun yoğun yaşanıyor olmasından kaynaklı depresyona kadar ilerleyebilmektedir. Hastalık döneminde hastadaki bilgi ihtiyacının karşılanması, olumlu düşünceye sevk edilme, sosyal anlamda desteklenme ve maddi anlamda yeterli olunması gibi durumlar hastalıkla baş etmeye olumlu olarak yansımaktadır (Atıcı, 2007).

Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar, söz konusu bireyin yaşam hakkı olduğunda sınıf, zümre, grup ayrımı olmadan hizmete ulaşmak ana hedeftir. Sağlık konusunda yapılan bir hatanın geri dönüşü olmadığından hizmete adalet ve eşitlik ilkesinin gözetilmesi beklenmektedir. Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenceleriyle ilaçlara ulaşım ve alınacak olan tedavilerde farklılıklar bulunmaktadır. Sosyal güvencenin olmadığı durumlarda hasta tedaviden mahrum kalabilmektedir. Bu sorunlar şüphesiz hekim ve hastanın dışında kalan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardır ancak aradaki iletişimi maalesef olumsuz etkilemektedirler (Atıcı, 2007).

Bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji, sağlık sisteminde teknolojinin gelişmesiyle hastaya değil hastalığa odaklanmasına hekim hasta arasında mesafeye sebep olmaktadır. Hekim, teknolojiye güvenip, hastaya uygun tanının konulmasının ardından uygun tedavinin verilmesiyle görevini yaptığını düşünebilmektedir. Oysa hastanın hekimiyle iletişimde beklediği, hastalığı ile ilgili sorularına cevap bulmak ve endişelerinden kurtulmaktır. Birey psikolojik, sosyal ve biyolojik açıdan değerlendirilmelidir ve teknoloji bunlardan sadece biyolojik alana katkı sağlamaktadır. Hasta ile karşılıklı iletişim halinde kalarak teknolojinin aradaki iletişimi mekanikleştirmesine izin verilmemelidir (Atıcı, 2007).

Tıp Etiği Eğitimi, Herhangi bir alanda çalışan kişilerin dikkatli olması için belirlenen ve sadece o alana ait uyulması gereken kural ve uygulanması gereken davranışları esas alan bir kavramdır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007). Hekim hasta iletişimi içerisinde etik ilkesinin varlığını koruması gerektiği, hastayla ilgili değer kavramını anlamaya özen gösterilmelidir (Atıcı, 2007). Erbay (2012)'nin çalışmasında da aktardığı üzere, Etik konusu ile ilgili olarak Beauchamp ve Childress'in dört ana biyomedikal etik ilke model tespiti bulunmaktadır.

Zarar Vermeme, Yarar Sağlama, Özerklik ve Özerkliğe Saygı Adalet.

Etik değerlerin her biri son derece önemlidir. Hekim, sağlık personeli ya da bakım veren tüm personelin hastaya etik değerlerine saygı duyarak titizlikle yaklaşmalıdır.

İlk ağlardan beri insan hayatına dair son derece önemli bilgilere sahip olan hekimlik mesleği insan anatomisiyle ilgilenirken, hayati kıymete sahip birtakım uygulamaları da içermektedir. Uzun bir tıp eğitiminin ardından hekimler, çok az kişinin sahip olduğu bilgiye ve toplumdaki bireyler tarafından çok ihtiyaç duyulan bir mesleğe sahip olmaktadır. Bu özelliklere sahip olan hekim, otoritesini görev yapmakta olduğu birimlerde rahatlıkla hissettirebilmektedir. Otoritesini aradaki asimetrik bilgi kaynaklı hastada kullanıp ve ona g uygulayabilmektedir. Karşı tarafta bulunan hasta birey ise bu gibi tavırlar karşısında sağlığına kavuşabilmek adına genellikle hızlı ve kolay olan hekim otoritesini kabullenme yolunu tercih etmektedir. Hasta ile iletişim bu durumda hekimin düşündüğü, bildiği ve isteklerini kabul eden bir ilişki haline gelmektedir. Toplumun sosyal ve ekonomik seviyesinin yükselmesi, yaşam niteliğini artıran tıbbi teknolojilerin gelişmesi, hasta haklarının ön plana çıkması ve bu konuda hastaların bilgilenmesi ile yasal arayış mantığının gelişmesi, insan hakları normunun gelişmesinin iki taraflı olumlu tesir etmesi, kalitenin sağlık alanında uygulanmaya başlanması, sağlık alanında okuryazarlığın artması, kamuda çalışanların çeşitli iletişim mekanizmalarını kullanarak şikayetlerde bulunabilmeleri ile hekim ve hasta arasındaki ilişki uzlaşmacı modele doğru kaymıştır. Ve uzlaşmacı modelde hekim ve hasta iletişimindeki kalitenin arttırdığı söylenebilir (ngren, 2017).

Yapılacak tüm tedavi ve uygulamaların en temel dayanağı olan hasta hekim ilişkisinde son derece önemlidir. Bu iletişim karşılıklı olarak saygı, güven ve desteğe dayalı devam etmeyi gerektirmektedir. Aynı zamanda bu ilişki tarafların kültür, ekonomi, psikoloji, toplumsal, etik vb. etkenlerden etkilenmektedir. Hekim böyle farklı etkenlere bağlı farklı bir iletişim ortamında görev yaptığından sorumlulukları artmaktadır. Her hastayla farklı bir iletişim kuracağı gibi mutlaka hasta faydasına dayalı bir iletişim yöntemi belirleyerek ona göre hareket etmelidir (Atıcı, 2007).

Gezergün ve diğerleri (2006)'a göre ise hekim ve hasta arasındaki iletişim, teşhis ve tedavi konusunda verilecek olan kararlarda önemli bir yere sahipken, bu ilişki, hastanın tedavisi ve tıbbi uygulamalarının yapıldığı sürecin verimliliğinde de en temel etkidir. Hasta ve hekimin karşılıklı bilgi alışverişinde bulunabildiği, hekimin hastaya ait öykü ve özelliklere hâkim olduğu bir ortamın kurulabilmesi teşhisi de kolaylaştırmaktadır.

Tokaç (2019)'nin aktardığına göre, yapılan bilimsel çalışmaların sonucuna göre, hekim hasta ilişkisinde hasta memnuniyetine etki eden faktörler;

Hekimin, hastaya çıkan sonuçlarını ve gereksinimlerini bilgi düzeyine uygun şekilde açıklaması, kendisi ile yeterince bilgi alışverişinde bulunması ve karar aşamasında hastaya daha çok şans verilmesi, hekimin hasta ile sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven veren bir iletişim kurması, hekimin, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde cesaretlendirici ve empatik bir üslupla sorgulaması, görüşmede hastaların psikolojik ve sosyolojik sorunları üzerinde tartışılması ve endişelerinin sonlandırılması hedeflenmelidir.

Hekim ile hasta arasındaki iletişimin kalitesi, hekimin başarısına işaret etmektedir. Hasta ve hekim arasındaki ilişki, teşhis, tedavi ve sonrasındaki kontroller gibi uzun bir süreci de içine almaktadır. Hekim hasta iletişimini etkileyen birçok etken bulunmaktadır ve bu iletişim yalnızca ilgili iki kişiyi yani hasta ve hekimi ilgilendirmemektedir. Geniş bir çerçeveden bakıldığında toplumdaki tüm insanları alakadar eden bir durumdur. Bu gibi sebeplerden dolayı hasta hekim iletişiminin iyi olması, sadece bilgi alışverişi sürecini ve tedavinin devam ettiği zaman dilimini değil, aynı zamanda hekimin iş motivasyonunu, hastanın memnuniyetini, hastaneye maddi anlamda getirisini ve toplumun tüm sağlığını yakından etkilemektedir. Dolayısıyla hekim hasta ilişkisinin, tıbbi bakımın ana içeriği olduğunu söyleyebiliriz. Hekim hastasıyla yeterli düzeyde aktif bir iletişim kuramaz ise hem hastanın hekimine olan güveni zedelenecek hem de hastanın teşhisine dair sorduğu sorular ve aldığı cevaplar eksik kalacaktır. Bu durum sonrasında da hastanın memnuniyetsiz olmasına ve hekimin mesleki açıdan liyakatsiz olarak değerlendirilmesine sebep olacaktır. Aynı zamanda hekim hasta ilişkisinde hekimin terminolojik terimlerle konuşmasının iletişimi olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmaların olması da dikkat çekicidir (Atilla ve diğerleri,2012).

Hastanın sağlığına kavuşması, kazanılan sağlığın korunur olması, hekim hasta iletişiminin güçlendirilmesi ve kaliteli bir şekilde sürmesinin sağlanması, sağlıkta iletişimin en önemli konusudur (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.1. Hasta Hekim Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Faktörler

Örs, (1975) Hasta hekim arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri, (“ilişkinin gerçekleştiği uzmanlık dalı, belli bir toplumda, belli zaman diliminde ilişki içinde bulunan hekimin ve hastanın benimsediği “hastalık ” kavramı, hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği belirli koşullar (zaman, coğrafya vb.) içinde söz konusu olan tıbbın yapısı ve tedavi biçimleri, hekimin ve hastanın eğitiminin onlarda meydana getirdiği bilgi, inanç ve tutumlar, hekimin ve hastanın ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri, tarafların iletişim becerileri, hekimle hasta arasındaki parasal ilişki, hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel mekân, hekim başına düşen hasta sayısı, toplumun hekim-hasta ilişkisine bakışı”) şeklinde sıralamıştır.

Hekimler, hekim başına düşen hasta sayısının fazla olması, nöbet saatlerinin sık ve fazla olması, hekim sayısının azalması kaynaklı muayenelerin beş dakikada bir yapılmak zorunda kalınması, Covid 19 salgınının yükü gibi sebeplerden yakınmaktadırlar. (Alkan ve diğerleri, 2023). Bu gibi sebeplerle de hekim ve hasta arasındaki iletişim sekteye uğrayabilmektedir. Hasta ve hekim arasındaki iletişimin kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Hasta ya da hekim kaynaklı iletişim kalitesi etkilenebilmektedir. İki taraf arasında asimetrik bilgi bulunması da iletişimin kalitesine etkileyen unsurlardandır.

2.3.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Türleri

Bilimsel çalışmalar sağlıkta iletişimin, hekim ve hasta arasında çeşitli modeller çerçevesinde gerçekleştiğini açıklamaktadır. Bu iletişim modelleri içerisinde en dikkat çekenleri ise Parsons(1951), Szasz ve Hollender(1955), Freidson(1970), Hayes-Bautista(1976), Emmanuel ve Emmanuel(1992)'dir. Hekim hasta ilişkisi içinde yer alan iletişim modelleri arasında genellikle hekimin otoritesini öne çıkaran modellerin benimsendiği söylenebilir. Sözünü ettiğimiz modeller içerisinde bulunan Emmanuel ve Emmanuel modelinin ise iletişim sürecinde hastanın da hekim kadar iletişime aktif katkı sunması sebebiyle diğerleri ile mukayese edildiğinde daha çok ilgi gördüğü saptanmıştır (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.1. Parsons İlişki Modeli

Hekim hasta ilişkisini evlat ve ebeveyn iletişimine benzeten, hastanın sağlığına kavuşabilmek adına hekim otoritesini ve önerilerini kabul etmek durumunda olduğu iletişim modelidir. Hasta ile hekim arasındaki bilgi asimetrisi kaynaklı hekimin hasta üzerinde otoritesinin yoğun hissedildiği iletişim modelidir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.2. Szasz ve Hollender İlişki Modeli

Geliştirilen bu iletişim modelinde hekim hasta ilişkisinde hekimin ve hastanın iletişim kapasiteleri önemslenmektedir. İletişimin kalitesi, nasıl bir yerde gerçekleştirildiği, hekimin teknik anlamda becerisi ve hastanın tıbbi durumuna göre değerlendirilmektedir. Bu modelde psikolojik durum, hastanın ve hekimin içinde bulunduğu sosyal ortam önemli rol oynamakla birlikte hekimin tıbbi konuda bilgisi de iletişimde önemlidir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.3. Freidson İlişki Modeli

Hasta ve hekim arasında güçler eşit olmadığına dikkat çekilmektedir. İlişkinin temeli çatışmaya dayanmakta ve ilişki uyumsuz ilerlemektedir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.4. David Hayes-Bautista İlişki Modeli

1976 yılında ortaya çıkan David Hayes- Bautista modelinde, hekim kadar hasta da iletişimde aktif rol oynamaktadır. Hekim tavsiyesine ve otoritesine koşulsuz itaat söz konusu değildir. Her iki tarafında karşılıklı fikir alışverişi yaparak kararların alındığı bir iletişim modelidir. Ancak ne kadar hastanın da aktif katılımlı olduğu bir iletişim modeli olduğu düşünülse de karşılıklı sınıf ve sosyal alan ayrımından etkilendiği iletilmektedir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.5. Emmanuel ve Emmanuel İletişim Modeli

Hasta hekim ilişkisi bu modelde, paternalistik, bilgilendirici, yorumlayıcı ve müzakereci olmak üzere dört sınıf içerisinde değerlendirilmiştir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.6. Paternalist Model (Ebeveyn ya da Papaz Model)

Bu modelde hekim hastanın koruyucusu rolünde ve hastanın iyiliğini hastadan iyi bilen konumundadır. Bu durum hastaya yararlı olma ilkesi ile özdeşleşmektedir. Hekim tedaviyi kendi doğrularına göre planlamakta, hastayı o şekilde karar vermeye zorlamakta, hastadan tıbbi durumunu saklamakta ya da gerekli bilgiyi vermemektedir. Bu yaklaşımın hasta yeterli değilse, onam veremiyorsa ya da tedaviyi kabul edeceği varsayıldığı durumda geçerli olabileceği kabul edilmiştir. Hastanın onamı olmadan hastaya özerkliğe müdahale şeklinde de yorumlanabilir (Atıcı, 2007).

Bu iletişim modelinde amaç, hekimlerin becerilerini kullanarak, hastaların sağlıklarını ve yaşam kalitelerini kazanmak adına uygun tıbbi test, tetkik ve tedavilerini yapıp sağlıklarına kavuşturmadır. Hasta yararına olacak şekilde hekim, konu ile ilgili kısıtlı bilgiye sahip olan hastaya uygun olduğuna karar verdiği tedaviyi açıklar ve iki tarafında ortak faydasına olan bu tedaviye onam vermesini ister. Bu modelde hastanın iletişime katılımı sınırlıdır (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.7. Bilgilendirici Model (İkinci Model Mühendislik veya Tüketici Model)

İkinci model mühendislik, tüketici model olarak da adlandırılan bu iletişim modeli teknik bilgi odağında ilerlemektedir. Hekimin ya da hastanın kendi değerlerine olan anlayış ya da yargısı bu iletişim modelinde yer almamaktadır (Atıcı, 2007)

Bu iletişim modelinde amaç, hekimin hastaya tedavisiyle ilgili tüm bilgileri eksiksiz ve tarafsız şekilde verdikten sonra hastanın kendisine yapılacak olan tedavi ve müdahalelere karar vermesidir. Hekim, hastaya hastalığın detayları, yapılan tedavinin olumlu ve olumsuz etkileri ile ilgili tüm konularda bilgilendirme yaparak hastasının beklentilerini

karşılacaktır. Böylelikle hastanın kendisine en uygun tedavi yöntemine karar vermesini incelemektedir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.8. Yorumlayıcı Model

Bilgilendirici modelde olduğu gibi bu modelde de amaç hekimin hastasına yapılacak olan tedavinin faydası, olası riskleri, hastalığının durumu gibi bilgilendirmeleri yaparak hastanın en uygun tıbbi tedavi ve müdahalelere yorumunu katarak karar vermesine yardımcı olmaktır. Hasta beklentisi her zaman aynı olmayacağı gibi hasta da bu değerlerin bilincinde olmayabilir. Bu gibi durumlar göz önüne alınarak hekim hastanın beklentilerine hâkim olmalı ve yapılacak olan tıbbi müdahaleyi hastaya uygun hale getirmelidir (Güven ve Taşkiran, 2019).

2.3.2.9. Müzakere Modeli

Bu iletişim modelinde amaç, hastanın kendisine yapılacak olan müdahalelerde bilgi sahibi olup sağlığıyla ilgili en doğru kararı vermesine katkı sağlamaktır. Hastalığın durumu, yapılacak tedavi seçenekleri ilgili karşılıklı bilgi paylaşımı yapılmaktadır. Hastası için en iyi tedaviyi hedefleyen hekim bu modelde zorlayarak ikna çabası içerisinde olmaktan ziyade, hastasına etik yaklaşarak öğretmen veya arkadaş gibi davranmaktadır. Hastalığı ile yeterince bilgi sahibi olan hastasının yapılacak tıbbi müdahaleler açısından uygun olanı seçmesini beklemektedir (Güven ve Taşkiran, 2019).

Bu bilgiler ışığında hasta hekim ilişkisine en olumlu yansıyacak olan iletişim stiline Emmanuel ve Emmanuel İletişim Modeli başlığı altında yer alan müzakereci modelin hastalar tarafından daha çok tercih ettiği görülmüştür (%88,3). Bunun ardından sırasıyla yorumlayıcı model (%41, 3) ve bilgilendirici modelin (%15) tercih edildiği görülmektedir. Paternalist modelin ise %13,3 oranla en az tercih edilen model olduğu dikkat çekmektedir. Hekimlerin de bu çalışmada %56'lık bir oranla en çok tercih ettikleri modelin müzakereci model olduğu görülmüştür. Ardından müzakereci modelin (%30) oranla geldiği ve onu bilgilendirici modelin (%16) takip edildiği dikkat çekmektedir. Hekimlerin de hastalar gibi paternalistik modeli (%3) en az tercih ettiği görülmüştür.

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle dünyada tüm sektörlerde olduğu gibi turizm sektöründe de gelişme kaçınılmaz olmuştur. Dolayısıyla bu konularda çalışma ve araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Akdoğan Kozak ve Şahin, 2022). Ağırlıklı olarak çalışmalar medikal turizm pazarlaması ve medikal turizm ekonomisi üstüne yoğunlaşırken medikal turizmin en önemli unsurlarından birini oluşturan hekimler noktasında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık turizmi sektöründe önemli sağlık ve turizm paydaşları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda medikal turizmde majör rol oynayan paydaşlardan birisi hastalar iken diğer önemli paydaş ise hekimlerdir. Bu noktadan hareketle bu tez çalışmasında medikal turizme hizmet veren hekimlerin bu turizm türüne ilişkin görüşlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Medikal turizme hizmet veren hekimlerin demografik özellik değişkenine göre iletişim ve yönetsel sorunlar ile medikal turizme bakış açılarındaki farklılıkların detaylı biçimde araştırılması hedeflenmiştir. Anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada medikal turizmin gelişimi adına hekimlerin görüşünü belirlemek suretiyle akademiye ve sektöre fikir vermek ve başta Kuşadası ilçesi olmak üzere ülkemizde medikal turizmin gelişimine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Çalışma Aydın ili Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgesi olan hastanelerle yapılmıştır. Turizm konusunda ülkemizin önemli destinasyonlarından biri olan ve aynı zamanda ülkemizde dental sağlık turizm sektörünün ilk kamu kuruluşu olan Adnan Menderes Üniversitesi IDC Diş Kliniğinin bulunduğu Kuşadası'nda literatürde daha önce medikal turizm konusunda yapılmış bilimsel bir çalışmanın olmaması çalışmamızı özgün kılmaktadır.

3.2. Çalışmanın Yöntemi

Araştırmada nicel veri araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket tekniğinden faydalanılmıştır. Veri toplama sürecinde COVID 19 pandemisi sebebiyle nitel veri toplamak zor olduğu için nicel araştırma yöntemleri tercih edilmiştir. Nicel araştırma yöntemleri nitel araştırma yöntemleri ile kıyaslandığında analizleri daha kolay ve daha objektif veriler sunmaktadır.

Çalışmada ilk olarak kavramsal çerçeveyi çizebilmek adına literatür araştırması yapılmıştır. Buradan hareketle; sağlık turizmi ve hekimlerle ilgili yapılan çalışmalar taranmıştır. Araştırmada kullanılan anket ve ölçekler, Aba ve diğerleri (2019) çalışmasından alınarak kullanılmıştır (Onay alınarak ekte sunulmuştur). Bu ölçeklerin dışında 9 demografik soru bulunmaktadır. Anketin içeriğinde 7 iletişimsel sorunlar, 11 yönetsel sorunlardan oluşmakla birlikte toplam 27 önerme yer almaktadır.

Anketin ilk bölümünde, medikal turizme hizmet veren hekimlerin demografik özellikleri, “Yaş”, “Cinsiyet”, “Eğitim durumu”, “Mesleki tecrübe”, “Medeni durum”, “Gelir durumu”, “Yabancı dil bilgisi”, “Yurt dışı eğitimi alma durumu” “Kurum içi eğitim” durumlarına göre iletişim ve yönetsel sorunlar ile medikal turizme bakış açılarındaki farklılıkların araştırılması hedeflenmiştir.

İkinci bölümde iletişimsel sorunlara yönelik önermeler sunulmuştur. Bu önermelerde çalışmaya katılan hekimlerin “hastalarla iletişim”, “hasta yakınları ile iletişim” ve “aracı kuruluşlarla iletişim”, “hastaların kültürel alışkanlıkları”, “hastane yemekleri”, “hastanede kurallarına uyum” ve “fatura ödemeleri gibi” konularda sorun yaşayıp yaşamadığı saptanmaya çalışılmıştır. Önermelerde çoktan seçmeli ve beşli likert ölçeğinden faydalanılmıştır.

Üçüncü ve son bölümde ise yönetsel sorunlara yönelik önermeler sunulmuştur. “tedavi maliyetinin kendi ülkesine göre düşük olması”, “yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi”, “coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması”, “Türkiye’nin ucuz ülke olması”, “sağlık hizmeti yanında ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması”, “hijyene önem vermesi”, “hizmet verme süresinin kısa olması”, “hastanenin teknik donanımı”, “hastanenin hekim kadrosu”, “hastanenin uluslararası standartları”, “aracı kuruluşların yönlendirmesi” gibi önermeler yöneltilerek hekimlerin, hastaların kurumu tercih etme motivasyonları

üzerindeki farkındalıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Önermelerde çoktan seçmeli ve beşli likert ölçeğinden faydalanılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerden 10-16. Sorular arasındaki iletişimsel sorunlara (1) Hemen her zaman sorun yaşadım, (2) Sıkça sorun yaşadım, (3) Bazen sorun yaşadım, (4) Çok az sorun yaşadım, (5) Hiç sorun yaşamadım, seçeneklerinden birini işaretleyerek değerlendirme yapmalarını; 17. ve 27. sorular arasındaki yönetimsel sorunlara ise (1) Hiç etken değil, (2) Çok az etken, (3) Ne etken ne etken değil, (4) Oldukça büyük etken, (5) Son derece önemli etken, seçeneklerinden işaretleyerek değerlendirme yapmaları istenmiştir. Ankette yer alan en küçük değer (1) olurken en yüksek değeri ise (5) ifade etmektedir.

İletişimsel sorunlar ile ilgili 7 önerme vardır dolayısıyla önerme grubundan en az 7 en fazla 35 toplam puan elde edilebilir. Toplam puanın 7'e yaklaşması yaşanan sorunların azaldığını, toplam puanın 35'e yaklaşması ise yaşanan sorunların arttığına işaretler.

Yönetimsel sorunlar ile ilgili 11 önerme vardır dolayısıyla önerme grubundan en az 11 en fazla 55 toplam puan elde edilebilir. Toplam puanın 11'e yaklaşması hekim gözünden sağlık turistinin ülke tercihinde çok az etken olduğunu, toplam puanın 55'e yaklaşması ise hekim gözünden sağlık turistinin ülke tercihindeki etkenlerin çoğaldığını vurgular.

Anket sorularına açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Hekimlerin sosyodemografik özelliklerine ait frekans dağılımları elde edilmiştir. Kişilerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri analiz edebilmek adına çapraz tablo analizlerinden faydalanılmıştır. Kurulan hipotezlerin test edilmesi amacıyla varsayımların sağlanma durumuna göre parametrik-parametrik olmayan istatistiksel analiz testlerinden faydalanılmıştır.

2.3. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırmanın örneklemini Kuşadası ilçesinde görev yapan gönüllü, çalışmaya istekli ve verileri kullanılabilir nitelikte olan hekimler oluşturmaktadır. Çalışma için öncelikle Kuşadası ilçesindeki yetki belgeli kuruluşlar taranmıştır. İlçede, 1 Kamu Hastanesi (Kuşadası Devlet Hastanesi), 1 Özel Hastane, (Özel Gözde Hastanesi), 1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesine bağlı Kuşadası International Dental Care bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı, 2023). Çok sayıda poliklinik, muayenehane, diş merkezi olması ve araştırmacıya ulaşım kolaylığı olabilmesi

amacıyla sadece sağlık turizmi yetki belgeli hastanelerde hastanelerde çalışmakta olan hekimler çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın evrenini bu hekim grubu oluşturmaktadır. Örneklem grubunu evren içinden ulaşılabilecek hekimler oluşturacaktır. Genel kabul gören değişken/gözlem oranının en az 1/3 veya 1/4 olduğu ve 1/5 değişken/gözlem oranının “ideal” ölçüleri temsil ettiği belirtilmektedir (Nakip, 2003, s.407). Bu genel kuraldan hareketle araştırmanın örneklem büyüklüğü “5 x 28” olarak belirlenmiştir. Minimum ulaşılması gereken hekim sayısı “80”dir. Çalışmada rneklem büyüklüğünün üstüne çıkılarak “82” hekimle anket gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada medikal turizm alanında görev yapmakta olan hekimlerin, sağlık turizmi konusunda görüşlerinin ve fikirlerinin alınması amaçlanmıştır. Bu nedenle Kuşadası ilçesinde bulunan Sağlık Turizmi Yetki Belgeli hastaneler ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Öncelikle hastane başhekimleri ile görüşerek randevu alınmış kendileri ile karşılıklı görüşme yapılarak hekimlere anket uygulanması yapılabilirliği ile ilgili fikir alışverişinde bulunulmuştur. Görüşmelerin ardından anketler ilgili hekimlere karşılıklı görüşme ile uygulanmıştır. Görüşmeler 1 Ocak 2023 ile 31 Ocak 2023 tarihleri arasında ortalama 15 dakika 30 dakika sürececek şekilde gerçekleştirilmiştir.

2.4. Veri Analiz Süreci

Anket tekniği ile toplanan veriler doğrultusunda analiz amacıyla frekans dağlımları, aritmetik ortalama, standart sapma, yöntemleri uygulanmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 29 paket programında yapılmıştır.

İletişimsel ve Yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanlarının demografik özelliklere bağlı zet istatistikleri verilmiştir. Ayrıca, İletişimsel ve yönetimsel sorunlar önerme soru grupları normal dağılım varsayımını sağladığı için “İki bağımsız örneklem t-testi” ve “tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” ile gruplar arası farklılıklar ve “Tukey post-hoc testi” ile de farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı test edilmiştir. Faktörlerin toplam puanları normal dağılım varsayımını sağlamadığı için, “Mann-Whitney U testi” ve “Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi (K-W ANOVA)” testleri ile gruplar arası farklılıklar ve “Dunn Bonferroni” testi ile de farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı test edilmiştir. Analizler 95% güven düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Çalışmanın Etik Konuları

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 08/11/2022 tarihli etik kurulu onayı alınarak başlanmıştır. Ardından İl Sağlık Müdürlüğünden “Sağlık kuruluşunun fiziksel kapasitesi, personel kapasitesi, hizmet sayısındaki artış da göz önünde tutularak, COVID-19 tanısı olan ve olmayan hastalar ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşunda bulunulan süre içinde maske takılması, sosyal mesafe kurallarının göz önünde bulundurulması, kâğıt-dosya, kırtasiye malzemelerinin ortak kullanımından kaçınılması, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uyulması, araştırmanın bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi, çalışma esnasında kimlik taşınması, çalışma bitiminde nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafımıza iletilmesi şartı ile” 18/01/2023 tarihinde ilgili hastanelerde çalışabilmek adına makam onayı alınmıştır.

3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Aydın ilinin medikal turizm alanında en çok turist çeken ilçesi olması kaynaklı Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgesi olan hastaneler tercih edilmiştir. İş yoğunluğu sebebiyle çalışmaya katılamayan hekimler bulunmaktadır. Diğer bir sınırlılık ise kesitsel bir çalışma olması sebebiyle zaman sınırlılığıdır.

3.7. Hipotezler

Çalışmaya katılan hekimlerin veri toplama aracı olarak seçtiğimiz ankete verdikleri cevapların durumu yansıttığı güvenilir oldukları varsayımından hareket edilmiştir.

Hipotez 1: Hekimlerin yaşları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2: Hekimlerin cinsiyeti ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3: Hekimlerin eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4: Hekimlerin mesleki tecrübeleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5: Hekimlerin medeni durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 6: Hekimlerin aylık ortalama gelirleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 7: Hekimlerin yabancı dil seviyeleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 8: Hekimlerin yurt dışı eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 9: Hekimlerin kurum içi eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hekimlerin önermelere verdiği cevapların soru grubu güvenilirliği üzerinde doğrudan etkisi vardır. Üstünkörü veya tutarsız verilen cevaplar anket güvenilirliğini düşürmektedir. Ölçek güvenilirliğinin ölçülmesinde Cronbach's Alpha (α) (Cronbach, L.J., 1951) iç tutarlılık katsayısı değerinden faydalanılır. Cronbach's Alpha (α) değeri yükseldikçe anketin güvenilirliği artar. Bir ölçekte bulunan güvenilirlik katsayısının 1'e yakın bir değer olması ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçme aracı olduğunu gösterebilir (Tavşancıl, 2002). Gruplar arası karşılaştırmalarda kullanılmak üzere hazırlanan ölçme araçlarının güvenilirlikleri 0,60 – 0,80 arasında olabilir. Bireyler hakkında karar vermede ölçme araçlarının güvenilirliklerinin 0,80'in, karar çok ciddi sonuçlara yol açabilecekse 0,90'ın üzerinde olması beklenir.

Geliştirilecek bir ölçekte İç tutarlık kat sayıları:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise kabul edilebilir güvenilirliktedir.

$0,80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek oldukça güvenilir bir ölçektir (Tekez, 2004).

Bu bölümde, Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgeli kurumlarda görev yapmakta olan hekimlerin medikal turizme bakış açılarını değerlendirmeyi amaçlayan yüksek lisans tez araştırmasının sonuçları sunulmuştur.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı istatistikler, çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellik ve değerlendirilen değişkenlere dair istatistiklere genel bir bakış sağlar.

4.2. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Demografik özelliklerin dağılımı.

Değişken	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
30 ve altı	28	34,1
31 – 40	20	24,4
41 – 50	14	17,1
51 ve üstü	20	24,4
Toplam	82	100,0
Cinsiyet		
Kadın	38	46,3
Erkek	44	53,7
Toplam	82	100,0
Eğitim durumu		
Lisans	24	29,3
Uzman	57	69,5
Yan dal	1	1,2
Toplam	82	100,0
Mesleki tecrübe		
10 yıl ve altı	39	47,6
11 – 20 yıl	21	25,6
21 – 30 yıl	12	14,6
31 yıl ve üstü	10	12,2
Toplam	82	100,0
Medeni durum		
Evli	45	54,9
Bekar	37	45,1
Toplam	82	100,0
Aylık ortalama gelir		
25000 TL ve altı	9	11,0
25001 – 45000 TL	41	50,0
45001 TL ve üstü	21	25,6
Belirtilmemiş	11	13,4
Toplam	82	100,0
Yabancı dil bilgisi		
Az	19	23,2
Orta	45	54,9
İyi	18	22,0
Toplam	82	100,0
Yurtdışı eğitimi		
Aldım	4	4,9
Almadım	78	95,1
Toplam	82	100,0
Kurum hizmet içi eğitim		
Aldım	34	41,5
Almadım	48	58,5
Toplam	82	100,0

- 28,1 (34,1%) 30 yaş ve altında, 20'si (24,4%) 31 – 40 yaş grubunda, 14'ü (17,1%) 41 – 50 yaş grubunda ve 20'si (24,4%) ise 41 yaş ve üzeri grubundadır.
- 38'i (46,3%) kadın ve 44'ü (53,7%) ise erkeklerden oluşmaktadır.
- 24'ünün (29,3%) eğitim düzeyi lisans, 57'sinin (69,5%) eğitim düzeyi uzman ve 1'inin (1,2%) ise eğitim düzeyi yan daldır.
- 39'unun (47,6%) mesleki tecrübesi en fazla 10 yıl, 21'inin (25,6%) mesleki tecrübesi 11 – 20 yıl arasında, 12'sinin (14,6%) mesleki tecrübesi 21 – 30 yıl arasında ve 10'unun (12,2%) ise mesleki tecrübesi en az 31 yıldır.
- 45'i (54,9%) evli ve 37'si (45,1%) ise bekardır.
- 9'unun (11,0%) aylık ortalama geliri en fazla 25000 TL, 41'inin (50,0%) aylık ortalama geliri 25001 – 45000 TL arasında, 21'inin (25,6%) ise geliri en az 45001 TL'dir. 11 (13,4%) kişi ise gelir durumunu belirtmemiştir.
- 19'unun (23,2%) yabancı dil seviyesi düşük, 45'inin (54,9%) yabancı dil seviyesi orta ve 18'inin (22,0%) ise yabancı dil seviyesi yüksektir.
- 4'ü (4,9%) yurtdışı eğitimi aldığını ve 78'i (95,1%) ise yurtdışı eğitimi almadığını belirtmiştir.
- 34'ü (41,5%) kurum hizmet içi eğitim aldığını ve 48'i (58,5%) ise kurum hizmet içi eğitim almadığını belirtmiştir.
- 61'i (74,4%) medikal hekim olarak sağlık turizmüne olumlu, 3'ü (3,6%) ise olumsuz bakmaktadır. 18'i (22,0%) ise olumlu ya da olumsuz bir görüş belirtmemiştir.

4.3. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test

Tablo 7'ye göre Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) skoru örneklem büyüklüğünün yeterliliğini analiz eder ve 0,60'ın üzerinde olması beklenir (Pett, Lackey & Sullivan, 2003).

Tablo 7. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	0,612
Bartlett's Test of Approx. Chi-Square of Sphericity	626, 300
Df Sig.	153
	0,000

Tablo 7 incelendiğinde KMO skoru 0,612 elde edildiği görülmektedir ve örneklem büyüklüğü yeterlidir. Ayrıca, Bartlett's küresellik testi ile de kitle bütünlüğünün sağlanıp sağlanmadığı test edilir ve test sonucunun anlamlı ($p < 0,05$) olması beklenir. Tabloya göre $p = 0,000$ değeri anlamlı bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü yeterli ve test bütünüyle tutarlıdır. Dolayısıyla veriye açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanabilmektedir.

4.4. İletişimsel ve Yönetimsel Sorunlar ve Faktörlerine İlişkin Güvenilirlik Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizi ölçüsü olan Cronbach's Alpha Katsayısı ile çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini gerçekleştirilmiştir.

Tablo 8. İletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktörlerinin cronbach's alpha değerleri (Cronbach, L.J., 1951).

Ölçek ve Alt Ölçekleri	Cronbach's Alpha Değeri
İletişimsel sorunlar	0,774
Faktör 1: İletişim kalitesi	0,808
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	0,681
Yönetimsel sorunlar	0,799
Faktör 1: Hizmet kalitesi	0,765
Faktör 2: Çekicilik faktörü	0,768
Faktör 3: Fiyat avantajı	0,718
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	0,578

Tablo 8 değerlendirildiğinde 7 önermeli iletişimsel sorunlar ve 11 önermeli yönetimsel sorunlar soru gruplarının güvenilirlik ölçütü değerleri kabul edilebilir düzeydedir. İletişimsel sorunlar Faktör 1 oldukça güvenilirdir. İletişimsel sorunlar faktör 2 kabul edilebilir

seviyededir. Yönetimsel sorunlar faktör 1, 2, 3 kabul edilebilir seviyededir. Faktör 4 ise düşük bir güvenilirliğe sahiptir.

4.5. Faktör Analizi Sonuçları

Çalışmada iletişimsel sorunlar ve yönetimsel sorunlar olmak üzere 2 ölçek, faktör analizine tabi tutulmuştur. Elde edilen bulgular aşağıdaki Tablo 9’da verilmiştir. Faktör analizi sonucunda iletişimsel sorunlar 2 faktör ve yönetimsel sorunlarda ise 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Tablo 9’da Açıklanan Toplam Varyans Analizi sunulmuştur. Buna göre faktörlerin öz değerleri 1’den büyüktür ve bu faktörler ile toplam varyansın 70,840%’i açıklanmaktadır.

Tablo 9. Açıklanan toplam varyans.

Bileşenler	Başlangıç özdeğerleri			Kare yüklemelerin çıkarma toplamı			Kare yüklemelerin dönme toplamı		
	Total	Değişkenler %	Kümülatif %	Total	Değişkenler %	Kümülatif %	Total	Değişkenler %	Kümülatif %
1	4,143	23,017	23,017	4,143	23,017	23,017	2,430	13,498	13,498
2	2,926	16,254	39,271	2,926	16,254	39,271	2,386	13,256	26,755
3	1,832	10,176	49,448	1,832	10,176	49,448	2,330	12,945	39,699
4	1,443	8,015	57,462	1,443	8,015	57,462	2,107	11,708	51,407
5	1,383	7,681	65,143	1,383	7,681	65,143	1,916	10,644	62,052
6	1,025	5,697	70,840	1,025	5,697	70,840	1,582	8,788	70,840
7	,866	4,809	75,649						
8	,838	4,656	80,305						
9	,693	3,853	84,158						
10	,578	3,211	87,368						
11	,489	2,714	90,083						
12	,442	2,456	92,539						
13	,346	1,922	94,461						
14	,264	1,468	95,928						
15	,258	1,435	97,364						
16	,222	1,235	98,599						
17	,165	,918	99,517						
18	,087	,483	100,000						

Çıkarma Yöntemi: Temel Bileşen Analizi

Çalışmada 2 ölçek, faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizi sonucunda iletişimsel sorunlar 2 faktör ve yönetimsel sorunlarda ise 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Tablo 9’da Total Varyans Faktör Analizi sunulmuştur. Buna göre faktörlerin öz değerleri 1’den büyüktür ve bu faktörler ile toplam varyansın 70,840%’ı açıklanmaktadır.

Tablo 10’da Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Rotated Component Matrix) sunulmuştur. Döndürülmüş Bileşen Matrisi (Rotated Component Matrix) Hangi maddenin hangi faktöre ait olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. Döndürülmüş bileşen matrisi.

Faktörler	Bileşenler					
	1	2	3	4	5	6
Hastanenin hekim kadrosu	,777	,418				
Hastanenin uluslararası standartları	,765	,275				,253
Hastanenin teknik donanımı	,654	,342				,361
Aracı kuruluşun yönlendirmesi	,520		-,356			
Yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi		,790				
Sağlık hizmeti yanında ülkemizin özelliklerinin fazla olması		,768				
Hijyene önem verilmesi		,740				
Hasta yakınları ile iletişimde			,878			
Hasta ile iletişimde			,859			,288
Hastaların hastane kurallarına uyması konusunda			,662	,472		
Hastaların kültürel alışkanlıkların dolayı			,390	,725		
Hastanede hastalara sunulan yemekler konusunda				,722		
Hastaların fatura ödemeleri konusunda				,669	-,255	
Hastayı getiren aracı kuruluşlarla	-,495			,540	-,421	
Tedavi maliyetinin kendi ülkesine göre düşük olması					,895	
Türkiye’nin ucuz ülke olması					,795	
Hizmet verme süresinin kısa olması						,764
Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	,339					,687

Ekstraksiyon yöntemi: Temel Bileşen Analizi

Döndürme Yöntemi: Varimax ile Kaiser Normalleştirmeli 9 yinelemede birleştirilen rotasyon yöntemi Tablo 10’a göre elde edilen 6 faktörü oluşturan maddeler; İletişimsel sorunlar, (2 Faktör)

Faktör 1: B8, B9, B10, B11; **Faktör 2:** B2, B5, B6; **Yönetimsel sorunlar,** (4 Faktör)

Faktör 1: A1, A2, A6; **Faktör 2:** A3, A4, A5, A7; **Faktör 3:** B1, B4; **Faktör 4:** B3, B7. Tablo 11’ de faktör analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 11. Faktör analizi (Faktör- Açıklanan Varyans).

Yönetimsel Sorunlar	İfade	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
Faktör 1: (Hizmet Kalitesi)	Hastanenin Uluslararası Standartları	0,765	23,017
	Hastanenin Teknik Donanımı	0,654	
	Aracı kuruluşların yönlendirmesi	0,520	
	Hekim Kadrosu	0,777	
Faktör 2: (Çekicilik Faktörü)	Yüksek Standartlarda Sağlık Hizmeti Verilmesi	0,790	16,254
	Turistik özelliklerin fazla olması	0,768	
	Hijyene önem verilmesi	0,740	
Faktör 3: (Fiyat Avantajı)	Tedavi maliyetinin kendi ülkesine göre düşük olması	0,895	7,681
	Türkiye'nin ucuz ülke olması	0,795	
Faktör 4: (Hizmete Erişim Kolaylığı)	Hizmet verme süresinin kısa olması	0,764	5,697
	Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması	0,687	
İletişimsel Sorunlar	İfade	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
Faktör 1: (İletişim Kalitesi)	Hasta yakınları ile iletişimde	0,878	10,176
	Hasta ile iletişimde	0,859	
	Hastaların hastane kuralları uyumu	0,662	
Faktör 2: (Kolaylaştırıcı Faktörler)	Hastaların kültürel alışkanlıkları	0,725	8,015
	Hastanede sunulan yemekler	0,722	
	Hastaların fatura ödemeleri konusu	0,669	
	Hastayı getiren aracı kuruluş	0,540	
Açıklanan Toplam Varyans			70,840

İletişimsel sorunlar;

Faktör 1: İletişim Kalitesi: Hasta yakınları ile iletişimde (0,878), Hasta ile iletişimde (0,859), Hastaların hastane kuralları uyumu (0,662).

Faktör 2: Kolaylaştırıcı Faktörler: Hastaların kültürel alışkanlıkları (0,725), Hastanede sunulan yemekler (0,722), Hastaların fatura ödemeleri konusu (0,669), Hastayı getiren aracı kuruluş (0,540).

Yönetimsel sorunlar;

Faktör 1: Hizmet Kalitesi; Hastanenin Uluslararası Standartları (0,765), Hastanenin Teknik Donanımı (0,654), Aracı kuruluşların yönlendirmesi (0,520), Hekim Kadrosu (0,777).

Faktör 2: Çekicilik; Yüksek Standartlarda Sağlık Hizmeti Verilmesi (0,790), Turistik özelliklerin fazla olması (0,768), Hijyene önem verilmesi (0,740).

Faktör 3: Fiyat Avantajı; Tedavi maliyetinin kendi ülkesine göre düşük olması (0,895), Türkiye'nin ucuz ülke olması (0,795).

Faktör 4: Hizmete Erişim Kolaylığı; Hizmet verme süresinin kısa olması (0,764), Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması (0,687).

4.6. İletişimsel ve Yönetimsel Önerme Grupları ve Faktörleri Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Katsayısı ve Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı ile Yorumlanması

7 önermeden oluşan iletişimsel sorunlar ve 11 önermeden oluşan yönetimsel sorunlara ilişkin ölçek toplam puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamaktadır. Dolayısıyla ikisi arasındaki ilişki pearson korelasyon katsayısı ile incelenecektir. Fakat faktör toplam puanları normal dağılım varsayımını sağlamadığı için Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı yardımıyla toplam puanlar arasındaki ilişki ölçülmüştür. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişen değerler alır. Pozitif bir değer iki değişken arasındaki aynı yönlü, negatif bir değer ise iki değişken arasındaki ters yönlü bir ilişkiyi gösterir. Korelasyon değeri -1'e ve +1'e yaklaştıkça aralarındaki ilişkinin şiddeti artar. Korelasyon katsayısının 0 olması iki değişken arasında bir ilişki olmadığını gösterir. 0'a yaklaştıkça ilişkinin şiddeti azalır. Aşağıdaki Tablo 12'de İletişimsel sorunlar Tablo 13'te yönetimsel sorunlar ve faktörlerine ilişkin korelasyon katsayısı değerleri verilmiştir. Hücre içindeki değer korelasyon katsayısını, parantez içindeki değer ise ilişkinin anlamlı olup olmadığına dair p-değerini göstermektedir. P-değeri 0,05'ten küçükse 95% güven düzeyinde, 0,01'den küçükse 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. İki değişken arasındaki korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olmaması, ilgili iki değişkenin birbirinden bağımsız olduklarını gösterir.

Tablo 12'ye bakıldığında 7 önermeden oluşan iletişimsel sorunlar soru grubu ile faktörleri arasında ve ayrıca iki faktörün kendi arasında da 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Faktörlerdeki sorun yaşama sıklığı arttıkça iletişimsel sorunlardaki sıklıkta artmaktadır.

7 önermeli iletişimsel sorunlar ile 11 önermeli yönetimsel sorunlar arasındaki ilişkiyi ölçen Pearson korelasyon katsayısı-0,143 ($p=0,201$) elde edilmiştir. İki önerme grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. İletişimsel ve yönetimsel sorunlar birbirini etkilememektedir.

4.7. İletişimsel Sorunlar ve Faktörleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

İletişimsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları arasındaki istatistiksel veriler aşağıda ilişki tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. İletişimsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları.

	İletişimsel sorunlar	Faktör 1: İletişim kalitesi	Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler
İletişimsel sorunlar	1,000	0,791** (<0,001)	0,879** (<0,001)
Faktör 1: İletişim kalitesi		1,000	0,426** (<0,001)
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler			1,000

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 12 incelendiğinde Pearson Korelasyon Katsayısı ve Spearman’ın sıralama Korelasyon Analizine göre 7 önermeden oluşan iletişimsel sorunlar soru grubu ile faktörleri arasında ve ayrıca iki faktörün kendi arasında da 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olan ilişkiler incelendiğinde en güçlü ilişkinin iletişimsel sorunlar ve kolaylaştırıcı faktörler arasında olduğu görülmektedir ($r= 0,879$ $p<0,001$, $p<0,05$). Pozitif yönlü, anlamlı en düşük ilişki ise iletişim kalitesi ile kolaylaştırıcı faktörlerin arasında olduğu tespit edilmiştir ($r= 0,426$, $p= 0,001$ $p<0,05$).

4.8. Yönetimsel Sorunlar ve Faktörleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Yönetimsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları arasındaki istatistiksel veriler aşağıda ilgili tabloda sunulmuştur.

Tablo 13. Yönetimsel sorunlar ve faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları.

	Yönetimsel sorunlar	Faktör 3: Hizmet kalitesi	Faktör 4: Çekicilik faktörü	Faktör 5: Fiyat avantajı	Faktör 6: Hizmete erişim kolaylığı
Yönetimsel sorunlar	1,000	0,750** ($<0,001$)	0,747** ($<0,001$)	0,424** ($<0,001$)	0,735** ($<0,001$)
Faktör 1: Hizmet kalitesi		1,000	0,374** ($<0,001$)	0,134 (0,230)	0,408** ($<0,001$)
Faktör 2: Çekicilik faktörü			1,000	0,231* (0,037)	0,418** ($<0,001$)
Faktör 3: Fiyat avantajı				1,000	0,253* (0,022)
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı					1,000

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 13 incelendiğinde, hizmet kalitesi faktörü ile çekicilik ve hizmete erişim kolaylığı faktörleri arasında 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Çekicilik faktör ile hizmete erişim kolaylığı faktörleri arasında 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Çekicilik faktör ile Fiyat avantajı faktörü arasında 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Fiyat avantajı faktör ile hizmete erişim kolaylığı faktörleri arasında 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Hizmet kalitesi faktörü ile fiyat avantajı faktörü arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülememiştir.

Korelasyon katsayı bulguları değerlendirildiğinde yönetimsel sorunlar ve faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin olduğunun görülmesinden hareketle medikal turizmde tüm bu faktörlerin birbirinden bağımsız düşünülmemesi gerektiğini vurgulamaktadır.

4.9. Faktör Toplam Puanlarına İlişkin Bulgu ve Değerlendirmeler

Çalışmaya katılan hekimlerin verdiği cevaplara göre, iletişimsel ve yönetimsel önerme grupları ve alt boyut toplam puanlarına ilişkin özet istatistikler aşağıda tabloda sunulmuştur.

Tablo 14. İletişimsel ve yönetsel önerme grupları ve faktör toplam puanlarına ilişkin özet istatistikler.

	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart Sapma
İletişimsel sorunlar	7,00	22,00	13,7439	3,7410
Faktör 1: İletişim kalitesi	3,00	11,00	6,3902	2,0473
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	4,00	14,00	7,3537	2,3849
Yönetsel sorunlar	27,00	55,00	42,4756	5,7375
Faktör 1: Hizmet kalitesi	6,00	20,00	15,1829	2,6533
Faktör 2: Çekicilik faktörü	3,00	15,00	11,3780	2,4577
Faktör 3: Fiyat avantajı	4,00	10,00	8,6098	1,3586
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	3,00	10,00	7,3049	1,6230

İletişimsel sorunların 2, yönetsel sorunların ise 4 faktör vardır.

İletişimsel sorunlar

Faktör 1: İletişim kalitesi – 3 önermeden oluşur. 3 ile 15 arasında toplam puan elde edilebilir.

Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler – 4 önermeden oluşur. 4 ile 20 arasında toplam puan elde edilebilir.

Yönetsel sorunlar

Faktör 1: Hizmet kalitesi – 4 önermeden oluşur. 4 ile 20 arasında toplam puan elde edilebilir.

Faktör 2: Çekicilik faktörü – 3 önermeden oluşur. 3 ile 15 arasında toplam puan elde edilebilir.

Faktör 3: Fiyat avantajı – 2 önermeden oluşur. 2 ile 10 arasında toplam puan elde edilebilir.

Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı – 2 önermeden oluşur. 2 ile 10 arasında toplam puan elde edilebilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin önermelere verdiği cevaplara göre,

7 önermeli İletişimsel sorunlar soru grubundan elde edilen puanları 22-7 (A.O. 13,74; S.S.2 3,74).

İletişim kalitesi faktöründen elde edilen puanları 11-3 (A.O. 6,39; S.S. 2,04).

Kolaylaştırıcı faktörler faktöründen elde edilen puanları 14-4 (A.O. 7,35; S.S. 2,38).

Araştırmaya katılan hekimlerin önermelere verdiği cevaplara göre,

11 önermeli Yönetimsel sorunlar soru grubundan elde edilen puanları 55-27 (A.O. 42,47; S.S. 5,73).

Hizmet kalitesi faktöründen elde edilen puanları 20-6 (A.O. 15,18; S.S. 2,65).

Çekicilik faktörleri faktöründen elde edilen puanları 15-3 (A.O.11,37; S.S. 2,45).

Fiyat avantajı faktöründen elde edilen puanları 10-4 (A.O. 8,60; S.S. 1,35).

Hizmete erişim kolaylığı faktöründen elde edilen puanları 10-3 (A.O. 7,30, S.S. 1,62).

Tablo 14 incelendiğinde hastaların iletişimsel sorunlar faktörü (13,743), kolaylaştırıcı faktörler (7,353) etkili olmaktadır. Yönetimsel sorunlar faktöründe ise hizmet kalitesi (15,182), çekicilik faktörü (11,378), fiyat avantajı (8,609), hizmete erişim kolaylığı (7,304) şeklindedir. Tablo 14'e göre iletişimsel sorunlar başlığında en az sorunun iletişim kalitesi (6,390), yönetimsel sorunlar alanında en az sorunun Hizmete erişim kolaylığı (7.304) değişkeninde olduğu görülmektedir.

4.10. İletişimsel ve Yönetimsel Önerme Grupları ve Faktör Toplam Puanlarına İlişkin Normallik Testleri

Kolmogorov-Smirnov (Frank ve Massey, 1951) ve Shapiro-Wilk (Shapiro, S.S. & Wilk, M.B., 1965) normallik testleri popülasyonun normallik sınavını gerçekleştirir. Sıfır hipotezi örneklem grubunun normal dağılım gösteren bir popülasyondan geldiğidir.

Hipotezler;

H_0/H_C : Örneklem grubu normal dağılım gösteren bir popülasyondan gelmektedir.

H_a/H_C : Örneklem grubu normal dağılım gösteren bir popülasyondan gelmemektedir.

7 önermeli İletişimsel sorunlar soru grubundan elde edilen toplam puanlar için hem kolmogorov-smirnov ($p=0,176$) hem de shapiro-wilk ($p=0,109$) testlerinde normallik varsayımı sağlanmaktadır. 11 önermeli yönetimsel sorunlar soru grubundan elde edilen toplam puanlar için hem kolmogorov-smirnov ($p=0,200$) hem de shapiro-wilk ($p=0,453$) testlerinde normallik varsayımı sağlanmaktadır. Fakat 6 faktör için hem Kolmogorov-Smirnov ($p<0,05$) hem de Shapiro-Wilk ($p<0,05$) testlerinde normallik varsayımı sağlanmamaktadır.

Tablo 15. İletişimsel ve yönetimsel önerme grupları ve faktör toplam puanlarına ilişkin normallik testleri.

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	İstatistik	p-değeri	İstatistik	p-değeri
İletişimsel sorunlar	0,088	0,176*	0,975	0,109*
Faktör 1: İletişim kalitesi	0,124	0,003	0,951	0,004
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	0,132	0,001	0,945	0,002
Yönetimsel sorunlar	0,081	0,200*	0,985	0,453*
Faktör 1: Hizmet kalitesi	0,170	0,000	0,942	0,001
Faktör 2: Çekicilik faktörü	0,185	0,000	0,905	0,000
Faktör 3: Fiyat avantajı	0,198	0,000	0,846	0,000
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	0,154	0,000	0,951	0,003

*: 95% güven düzeyinde normal dağılım varsayımı sağlanmıştır.

Tablo 15'e bakıldığında Pearson Korelasyon Katsayısı ve Spearman'ın sıralama Korelasyon Analizine göre 11 önermeli yönetimsel sorunlar ile tüm faktörler arasında 99% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olan ilişkiler incelendiğinde en güçlü ilişkinin yönetimsel sorunlar ve hizmet kalitesi arasında olduğu görülmüştür ($r= 0,750$, $p=0,001$ $p<0,05$). Faktörlerdeki etkenlik seviyesi arttıkça yönetimsel sorunlar da artmaktadır. Pozitif yönlü ve anlamlı en düşük ilişki ise çekicilik faktörü ve fiyat avantajı faktörleri arasındadır ($r= 0,231$, $p= 0,037$, $p<0,05$).

4.11. İletişimsel ve Yönetimsel Sorunlar Faktörleri Toplam Puanlarının Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Analizi

Bu başlık altında hekimlerin demografik özellikleri ile ilgili ulaşılan verilere bakılmıştır. Bunlar aşağıda tablolarda yer almaktadır.

Hekimlerin yaşlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşlarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 16'da yer almaktadır.

Tablo 16. Hekimlerin yaşlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Yaş	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	30 yaş ve altı	14,250	3,513	0,745
	31 – 40 yaş arası	13,050	4,442	
	41 – 50 yaş arası	13,928	2,973	
	51 yaş ve üzeri	13,600	3,925	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	30 yaş ve altı	6,714	1,882	0,686
	31 – 40 yaş arası	6,450	2,684	
	41 – 50 yaş arası	6,285	1,815	
	51 yaş ve üzeri	5,950	1,731	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	30 yaş ve altı	7,535	2,741	0,447
	31 – 40 yaş arası	6,600	2,186	
	41 – 50 yaş arası	7,642	1,645	
	51 yaş ve üzeri	7,650	2,476	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	30 yaş ve altı	42,035	6,757	0,923
	31 – 40 yaş arası	43,200	6,485	
	41 – 50 yaş arası	42,500	4,863	
	51 yaş ve üzeri	42,350	4,042	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	30 yaş ve altı	14,678	2,919	0,498
	31 – 40 yaş arası	14,950	3,332	
	41 – 50 yaş arası	15,214	2,082	
	51 yaş ve üzeri	16,100	1,586	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	30 yaş ve altı	11,035	3,096	0,884
	31 – 40 yaş arası	11,650	2,455	
	41 – 50 yaş arası	11,714	2,016	
	51 yaş ve üzeri	11,350	1,725	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	30 yaş ve altı	8,785	0,875	0,025*
	31 – 40 yaş arası	9,150	1,268	
	41 – 50 yaş arası	8,642	1,277	
	51 yaş ve üzeri	7,800	1,735	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	30 yaş ve altı	7,535	1,731	0,694
	31 – 40 yaş arası	7,450	1,731	
	41 – 50 yaş arası	6,928	1,542	
	51 yaş ve üzeri	7,100	1,447	
	Toplam	7,304	1,623	

İletişimsel sorunlar toplam puanı diğer hekimlerden yüksek çıkmıştır ($p=0.002$). Yönetimsel sorunlar Faktör 3 için istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,025$). 51 yaş ve üzeri hekimlerin toplam puanları diğer hekimlerden düşük çıkmıştır. Yönetimsel sorunlar ve diğer faktörler için yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

“İletişimsel sorunlar faktörü” ele alındığında çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanının en yüksek olduğu (A.O.= 14,250; S.S.= 3,513); yönetsel sorunlar faktörü ele alındığında ise “31-40 yaş” arasında olanların puanının en yüksek olduğu (A.O.= 43,200; S.S.= 6,485) görülmektedir.

İletişimsel Sorunlar Faktöründe; Çalışmaya katılan hekimlerden, 31-40 yaş arasında olanların puanı, (A. O.=13,050; S.S.= 4,442), “41 –50 yaş” arasında olanların verdikleri puanı (A. O= 13,928; S.S.= 2,973), “51 yaş ve üzeri” olanların “iletışimsel sorunlar faktörüne” verdikleri puanı (A. O= 13,600; S.S. 3,925). İletışimsel sorunlar faktörünü en önemli bulan yaş grubu ise 30 yaş ve altında yer alan hekimler olmuştur.

İletişim Kalitesi Faktöründe; Çalışmaya katılan hekimlerden, “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.=6,714; S.S.= 1,882), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 6,450; S.S.= 2,684), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 6,285; S.S.= 1,815), “51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 5,950; S.S.= 1,731). İletişim kalitesi faktörünü en önemli bulan yaş grubu yine 30 yaş ve altında yer alan hekimler olmuştur.

Kolaylaştırıcı Faktörlerde; Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.= 7,535; S.S.= 2,741), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 6,600; S.S.= 2,186), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 7,642; S.S.= 1,645), “51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 7,650; S.S.= 2,476). Kolaylaştırıcı faktörler faktörünü en önemli bulan yaş grubu 51 yaş ve üzeri hekimler olmuştur.

Yönetimsel Sorunlar Faktörü: Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.= 42,035; S.S.= 6,757), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 43,200; S.S.= 6,485), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 42,500; S.S.= 4,863), “51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 42,350; S.S.= 4,042). Yönetimsel sorunlar faktörünü en önemli bulan yaş grubu 31-40 yaş arası hekimler olmuştur.

Hizmet Kalitesi Faktörü: Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.= 14,678; S.S.= 2,919), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 14,950; S.S.= 3,332), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 15,214; S.S.= 2,082), “51 yaş ve üzeri” olanların puanı (A.O.= 16,100; S.S.= 1,586). Hizmet kalitesi faktörünü en önemli bulan yaş grubu 51 yaş ve üzeri hekimler olmuştur.

Çekicilik Faktörü: Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.= 11,035; S.S.= 3,096), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 11,650, S.S.= 2,455), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 11,714; S.S.= 2,016),

“51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 11,350; S.S.= 1,725). Çekicilik faktörü faktörünü en önemli bulan yaş grubu 41-50 yaş arası hekimler olmuştur.

Fiyat Avantajı Faktörü: Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı A.O.= 8,785; S.S.= 0,875), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 9,150; S.S.= 1,268), “41 – 50 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 8,642; S.S.= 1,277) “51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 7,800; 1,735). Fiyat avantajı faktörünü en önemli bulan yaş grubu 31-40 yaş arası hekimler olmuştur. 51 yaş ve üzeri hekimlerin toplam puanları diğer hekimlerden düşük çıkmıştır.

Hizmete Erişim Kolaylığı Faktörü: Çalışmaya katılan hekimlerden “30 yaş ve altı” yaş arasında olanların puanı (A.O.= 7,535; S.S.= 1,731), “31 – 40 yaş arasında” olanların puanı (A.O.= 7,450; S.S.= 1,731), “41 – 50 yaş arasında” olanların “puanı (A.O.= 6,928; S.S.= 1,542), “51 yaş ve üzeri” arasında olanların puanı (A.O.= 7,100; S.S.= 1,447). Hizmete erişim kolaylığı faktörünü en önem veren yaş grubu 30 yaş ve altı hekimler olmuştur.

4.12. Hekimlerin cinsiyetlerine göre iletişimsel ve yönetsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre iletişimsel ve yönetsel sorunlara bakış açılarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17. Hekimlerin cinsiyetlerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Cinsiyet	Ortalama	Standart apma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Kadın	14,157	3,752	0,355
	Erkek	13,386	3,736	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Kadın	6,763	2,110	0,128
	Erkek	6,068	1,957	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Kadın	7,394	2,444	0,903
	Erkek	7,318	2,360	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Kadın	43,315	6,846	0,220
	Erkek	41,750	4,529	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Kadın	15,394	2,706	0,559
	Erkek	15,000	2,623	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Kadın	11,789	2,987	0,017*
	Erkek	11,022	1,848	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Kadın	8,710	1,393	0,398
	Erkek	8,522	1,337	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	Kadın	7,421	1,912	0,370
	Erkek	7,204	1,339	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerden kadın ve erkekler arasında “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “İletişim kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), Yönetimsel sorunlar faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “Hizmet kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “Çekicilik” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “Fiyat avantajı” faktörüne verilen puan ($p=0,017$), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verilen puan ($p=0,017$) olduğu görülmüştür. Yönetimsel sorunlar Faktör 2 için istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,017$). İletişimsel sorunlar ve diğer faktörler için cinsiyete değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.13. Hekimlerin eğitim durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin eğitim durumlarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 18’de yer almaktadır.

Tablo 18. Hekimlerin eğitim durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Eğitim Durumu	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Lisans	13,500	3,230	0,082
	Uzman	13,701	3,835	
	Yan dal	22,000	0,000	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Lisans	6,083	2,124	0,520
	Uzman	6,491	2,027	
	Yan dal	8,000	0,000	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Lisans	7,416	2,430	0,214
	Uzman	7,210	2,233	
	Yan dal	14,000	0,000	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Lisans	44,083	4,282	0,254
	Uzman	41,842	6,201	
	Yan dal	40,000	0,000	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Lisans	15,541	2,302	0,597
	Uzman	15,035	2,815	
	Yan dal	15,000	0,000	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Lisans	12,208	1,614	0,129
	Uzman	11,017	2,689	
	Yan dal	12,000	0,000	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Lisans	8,833	0,701	0,711
	Uzman	8,526	1,559	
	Yan dal	8,000	0,000	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	Lisans	7,500	1,588	0,230
	Uzman	7,263	1,631	
	Yan dal	5,000	0,000	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerden “Lisans”, “Uzman”, “Yan Dal” eğitim seviyelerinde olan hekimler arasında “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verilen önem ($p= 0,082$), iletişim kalitesi faktörüne verilen puan ($p=0,520$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verilen puan ($p=0,214$), Yönetimsel sorunlar faktörüne verilen puan ($p= 0,254$), Hizmet kalitesi faktörüne verilen puan ($p=0,597$), Çekicilik faktörüne verilen puan ($p= 0,129$), Fiyat avantajı faktörüne verilen puan ($p=0,711$), Hizmete erişim kolaylığı faktörüne verilen puan ($p=0,230$) olduğundan iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

4.14. Hekimlerin mesleki tecrübelerine göre iletişimsel ve yönetsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki tecrübelerine göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 19. Hekimlerin mesleki tecrübelerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Mesleki Tecrübe	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	10 yıl ve altı	13,974	3,7939	0,363
	11 – 20 yıl arası	13,381	3,667	
	21 – 30 yıl arası	14,916	4,100	
	31 yıl ve üzeri	12,200	3,119	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	10 yıl ve altı	6,743	2,185	0,405
	11 – 20 yıl arası	6,190	2,088	
	21 – 30 yıl arası	6,333	1,775	
	31 yıl ve üzeri	5,500	1,581	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	10 yıl ve altı	7,230	2,538	0,301
	11 – 20 yıl arası	7,190	2,040	
	21 – 30 yıl arası	8,583	2,644	
	31 yıl ve üzeri	6,700	1,888	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetsel sorunlar	10 yıl ve altı	41,923	6,670	0,415
	11 – 20 yıl arası	44,238	5,271	
	21 – 30 yıl arası	41,250	4,474	
	31 yıl ve üzeri	42,400	3,405	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	10 yıl ve altı	14,538	3,144	0,263
	11 – 20 yıl arası	15,857	1,904	
	21 – 30 yıl arası	15,333	2,640	
	31 yıl ve üzeri	16,100	1,100	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	10 yıl ve altı	11,102	2,927	0,347
	11 – 20 yıl arası	12,190	2,064	
	21 – 30 yıl arası	11,333	1,497	
	31 yıl ve üzeri	10,800	1,932	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	10 yıl ve altı	8,820	1,072	0,068
	11 – 20 yıl arası	8,904	1,445	
	21 – 30 yıl arası	7,750	1,712	
	31 yıl ve üzeri	8,200	1,398	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	10 yıl ve altı	7,461	1,699	0,861
	11 – 20 yıl arası	7,285	1,585	
	21 – 30 yıl arası	6,833	1,898	
	31 yıl ve üzeri	7,300	1,059	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerden “10 yıl ve altı”, “11 – 20 yıl arası”, “21 – 30 yıl arası”, “31 yıl ve üzeri” mesleki tecrübelerinde olan hekimler arasında “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verilen puan ($p= 0,363$), “İletişim kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,405$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verilen puan ($p=0,301$), “Yönetimsel sorunlar” faktörüne verilen puan ($p= 0,415$), “Hizmet kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,263$), “Çekicilik” faktörüne verilen puan ($p=0,347$), Fiyat avantajı faktörüne verilen puan ($p=0,068$), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verilen puan ($p=0,861$) olduğundan iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin mesleki tecrübelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

4.15. Hekimlerin medeni durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 20’de yer almaktadır.

Tablo 20. Hekimlerin medeni durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Evli	13,244	3,465	0,184
	Bekar	14,351	4,015	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Evli	6,066	1,776	0,166
	Bekar	6,783	2,298	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Evli	7,177	2,218	0,576
	Bekar	7,567	2,587	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Evli	42,688	4,994	0,713
	Bekar	42,216	6,591	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Evli	15,555	2,536	0,144
	Bekar	14,729	2,755	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Evli	11,688	1,892	0,620
	Bekar	11,000	2,990	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Evli	8,333	1,414	0,025*
	Bekar	8,945	1,223	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	Evli	7,111	1,417	0,198
	Bekar	7,540	1,834	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerden “evli” ve “bekar” medeni durumlarına göre “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “İletişim kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Yönetimsel sorunlar” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Hizmet kalitesi” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Çekicilik” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Fiyat avantajı” faktörüne verilen puan ($p=0,025$), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verilen puan ($p=0,025$) olduğu tespit edilmiştir.

Fiyat avantajı faktörü için istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,025$). Evli hekimlerin toplam puanları bekar hekimlerden düşük çıkmıştır. Buna göre, evli hekimler sağlık turistinin ülke tercihinde fiyat avantajının etkisinin daha az olduğunu düşünmektedirler. İletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve diğer faktörler için medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.16. Hekimlerin aylık ortalama gelirlerine göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin aylık ortalama gelirlerine göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21. Hekimlerin aylık ortalama gelirlerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Aylık Ortalama Gelir	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	25000 TL ve altı	13,777	3,961	0,002*
	25001 – 44999 TL arası	12,341	3,151	
	45001 TL ve üzeri	16,047	3,040	
	Belirtilmemiş	14,545	4,761	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	25000 TL ve altı	5,222	1,922	0,058
	25001 – 44999 TL arası	6,097	1,946	
	45001 TL ve üzeri	7,190	1,806	
	Belirtilmemiş	6,909	2,467	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	25000 TL ve altı	8,555	2,877	0,000*
	25001 – 44999 TL arası	8,857	2,007	
	45001 TL ve üzeri	6,243	1,771	
	Belirtilmemiş	7,636	2,766	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	25000 TL ve altı	45,444	3,086	0,077
	25001 – 44999 TL arası	43,219	5,951	
	45001 TL ve üzeri	41,238	4,482	
	Belirtilmemiş	39,636	7,406	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	25000 TL ve altı	16,222	1,481	0,298
	25001 – 44999 TL arası	15,439	2,983	
	45001 TL ve üzeri	14,714	1,953	
	Belirtilmemiş	14,272	3,068	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	25000 TL ve altı	12,555	1,740	0,309
	25001 – 44999 TL arası	11,414	2,179	
	45001 TL ve üzeri	11,523	2,135	
	Belirtilmemiş	10,000	3,872	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	25000 TL ve altı	8,777	1,301	0,105
	25001 – 44999 TL arası	8,926	1,191	
	45001 TL ve üzeri	8,095	1,445	
	Belirtilmemiş	8,272	1,618	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	25000 TL ve altı	7,888	1,166	0,446
	25001 – 44999 TL arası	7,439	1,775	
	45001 TL ve üzeri	6,904	1,513	
	Belirtilmemiş	7,090	1,513	
	Toplam	7,304	1,623	

Tablo 21 incelendiğinde çalışmaya katılan hekimlerin aylık ortalama gelir değişkenine göre “iletişimsel sorunlar” faktörüne verdiği puan ($p=0,002$), “İletişim kalitesi” faktörüne verdiği puan ($p= 0,058$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verdiği puan ($p=0,000$), “Yönetimsel sorunlar” faktörüne verdiği puan ($p=0,077$), “Hizmet kalitesi” faktörüne verdiği puan ($p=0,298$), “Çekicilik” faktörüne verdiği puan ($p=0,309$), “Fiyat avantajı” faktörüne verdiği puan ($p= 0,105$), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verdiği puan ($p=0,446$) olarak tespit edilmiştir.

45001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip (en yüksek gelir grubu) hekimlerin iletişimsel sorunlar toplam puanı diğer hekimlerden yüksek çıkmıştır ($p=0.002$). Yani en yüksek gelir grubuna sahip hekimler diğer hekimlerden daha az sıklıkta hastalar, aracı kuruluşlar ve hasta hizmetleri ile ilgili sorunlar yaşamaktadır.

45001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip (en yüksek gelir grubu) hekimlerin iletişimsel sorunlar faktör 2 toplam puanı diğer hekimlerden düşük çıkmıştır ($p=0.000$). Yani en yüksek gelir grubuna sahip hekimler kolaylaştırıcı faktörlerle ilgili diğer hekimlerden daha fazla sorun yaşamaktadır.

Diğer faktörler için aylık ortalama gelir değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Hekimlerin yabancı dil bilgisi seviyelerine göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin yabancı dil bilgisi seviyelerine göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 22’de yer almaktadır.

Tablo 22. Hekimlerin yabancı dil bilgisi seviyelerine göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Yabancı Dil Bilgisi	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Az	14,421	4,233	0,353
	Orta	13,200	3,361	
	İyi	14,388	4,089	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Az	6,947	2,120	0,412
	Orta	6,133	1,925	
	İyi	6,444	2,254	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Az	7,473	2,611	0,268
	Orta	7,066	2,396	
	İyi	7,944	2,099	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Az	39,894	6,9433	0,041*
	Orta	42,733	5,162	
	İyi	44,555	4,961	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Az	14,263	3,052	0,068
	Orta	15,111	2,423	
	İyi	16,333	2,473	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Az	10,368	3,369	0,364
	Orta	11,688	2,119	
	İyi	11,666	1,909	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Az	8,473	1,348	0,679
	Orta	8,733	1,321	
	İyi	8,444	1,503	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	Az	6,789	1,718	0,035*
	Orta	7,200	1,632	
	İyi	8,111	1,231	
	Toplam	7,304	1,623	

Tablo 22’ye göre çalışmaya katılan hekimlerin “Az”, “Orta”, “İyi” yabancı dil bilgisi seviyeleri değişkenine göre “İletişimsel Sorunlar” faktörü toplam puan ortalamaları ele alındığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte yabancı dil bilgisi az olanların puanının en yüksek olduğu görülmektedir. (p=0,353).

Çalışmaya katılan hekimlerin, “İletişim kalitesi” faktörüne verdiği puan (p=0,412), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verdiği puan (p=0,268), “Yönetimsel sorunlar” faktörüne verdiği puan (p=0,041), “Hizmet kalitesi” faktörüne verdiği puan (p=0,068), “Çekicilik” faktörüne verdiği puan (p=0,364), Fiyat avantajı faktörüne verdiği puan (p=0,679), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verdiği puan (p= 0,035) olarak tespit edilmiştir.

Yönetimsel sorunlar ($p=0,041$) önerme grubunda ve faktör 4'te ($p=0,035$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Yönetimsel sorunlar önerme grubunda ve faktör 4'te yabancı dil seviyesi yükseldikçe toplam puan da artış göstermektedir. Yüksek yabancı dil bilgisine sahip olduğunu belirten hekimler, yönetimsel sorunların ve hizmete erişim kolaylığının sağlık turistinın ülke terciğinde daha fazla etken olduğunu düşünmektedirler.

İletişimsel sorunlar faktörü için hekimlerin yabancı dil seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.17. Hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 23'te yer almaktadır.

Tablo 23. Hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Yurtdışında Eğitim	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Aldım	16,750	4,991	0,100
	Almadım	13,589	3,641	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Aldım	6,750	1,892	0,625
	Almadım	6,371	2,064	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Aldım	10,000	3,265	0,064
	Almadım	7,217	2,277	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Aldım	42,500	3,109	0,942
	Almadım	42,474	5,852	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Aldım	15,250	0,500	0,670
	Almadım	15,179	2,719	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Aldım	12,250	2,061	0,596
	Almadım	11,333	2,479	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Aldım	7,750	1,258	0,151
	Almadım	8,653	1,356	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: hizmete erişim kolaylığı	Aldım	7,250	1,707	1,000
	Almadım	7,307	1,630	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerin “Yurt dışında eğitim aldım” “Yurt dışında eğitim almadım” değişkenine göre “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verdiği puan ($p=0,100$), İletişim kalitesi faktörüne verdiği puan ($p=0,625$), Kolaylaştırıcı faktörler faktörüne verdiği puan ($p=0,064$), Yönetimsel sorunlar faktörüne verdiği puan ($p=0,942$), Hizmet kalitesi faktörüne verdiği puan ($p=0,670$), “Çekicilik” faktörüne verdiği puan ($p=0,596$), Fiyat avantajı faktörüne verdiği puan ($p=0,151$), Hizmete erişim kolaylığı faktörüne verdiği puan ($p=1,000$) olarak tespit edilmiş ve iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktörüne toplam puanları hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

4.18. Hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre iletişimsel ve yönetimsel sorunlara bakış açıları

Çalışmaya katılan hekimlerin kurum hizmet içi eğitim durumlarına göre istatistiki veriler ve gruplar arası farklılıklar aşağıda tablo 24’te yer almaktadır.

Tablo 24. Hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre özet istatistikler ve gruplar arası farklılıklar.

	Kurum hizmet içi eğitim	Ortalama	Standart Sapma	p-değeri
İletişimsel Sorunlar	Aldım	16,750	4,991	0,735
	Almadım	13,589	3,641	
	Toplam	13,743	3,741	
Faktör 1: İletişim kalitesi	Aldım	6,750	1,892	0,620
	Almadım	6,371	2,064	
	Toplam	6,390	2,047	
Faktör 2: Kolaylaştırıcı faktörler	Aldım	10,000	3,265	0,296
	Almadım	7,217	2,277	
	Toplam	7,353	2,384	
Yönetimsel sorunlar	Aldım	42,500	3,109	0,811
	Almadım	42,474	5,852	
	Toplam	42,475	5,737	
Faktör 1: Hizmet kalitesi	Aldım	15,250	0,500	0,710
	Almadım	15,179	2,719	
	Toplam	15,182	2,653	
Faktör 2: Çekicilik faktörü	Aldım	12,250	2,061	0,845
	Almadım	11,333	2,479	
	Toplam	11,378	2,457	
Faktör 3: Fiyat avantajı	Aldım	7,750	1,258	0,091
	Almadım	8,653	1,356	
	Toplam	8,609	1,358	
Faktör 4: Hizmete erişim kolaylığı	Aldım	7,250	1,707	0,128
	Almadım	7,307	1,630	
	Toplam	7,304	1,623	

Çalışmaya katılan hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre “İletişimsel Sorunlar” faktörüne verdikleri puan ($p= 0,735$), “İletişim kalitesi” aktörüne verdikleri puan ($p=0,620$), “Kolaylaştırıcı faktörler” faktörüne verdikleri puan ($p=0,296$), “Yönetimsel sorunlar” faktörüne verdikleri puan ($p=0,811$), “Hizmet kalitesi” faktörüne verdikleri puan ($p=0,710$), “Çekicilik” faktörüne verdikleri puan ($p=0,845$), “Fiyat avantajı” faktörüne verdikleri puan ($p=0,091$), “Hizmete erişim kolaylığı” faktörüne verdikleri puan ($p=0,128$) olarak elde edildiğinden iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

5. TARTIŞMA

Faktör Analizi (Faktör- Açıklanan Varyans) Tablo 11 incelendiğinde; Hastaların hastane tercihinde en önemli faktörün hastaların tedavi maliyetinin kendi ülkesine göre düşük olması olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin ise Türkiye’de mevcut Euro kurunun yüksek olması düşünülmektedir. Bunun ardından hasta yakınları ile iletişim, hasta ile iletişim önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ardından ise, Türkiye’nin ucuz ülke olması, yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi, hekim kadrosu, turistik özelliklerinin fazla olması, hizmet verme süresinin kısa olması, hijyene önem verilmesi, hastaların kültürel alışkanlıkları, hastanede sunulan yemekler, coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması olarak karşımıza çıkmaktadır. En az sorun yaşanan konular ise, hastaların fatura ödemeleri konusu, hastaların hastane kuralları uyumu, hastayı getiren aracı kuruluş yönlendirmesi, aracı kuruluşların yönlendirmesi şeklinde sıralanmıştır.

Dökme (2016)’nin çalışmasında karşılaşılan sorunların analizleri incelendiğinde hasta ile iletişimi hastanede hastalara sunulan yemekler, ödeme, hastayı getiren aracı kuruluşlarla iletişimde ve randevu konularında oldukça az sorun yaşadığı ifade edilmiştir. Hastane kurallarına uyma, hasta yakınları ile iletişim ve kültürel ve ülkeye bağlı alışkanlıklardan kaynaklı bazı sıkıntıların yaşandığı tespit edilmiştir. Medikal turistlerin hastane tercihlerindeki en büyük etkenlerin ise tedavi maliyetlerinin uygun olması, yüksek standartlarda sağlık hizmeti sunulması, coğrafi açıdan yakın olması, ucuz ülke olması, hastanenin teknik donanımının yüksek olması, hekim kadrolarının iyi ve güvenilir olması, hastanelerin uluslararası standartlarda olması ve aracı kuruluşlarının yönlendirmesidir. Katılımcıların kararsız kaldığı konulara bakıldığında ise, hijyene önem ve sağlık hizmeti ile diğer turistik özelliklerinin olması olarak değerlendirilmiştir. Dökme (2016)’nın çalışmasında ayrıca hekimlerin, hemşire, idare çalışanları ve diğer personele kıyasla daha az sorun yaşadığı görülmüştür.

Özkan Demirer (2010), çalışmasında yer alan karşılaşılan sorunların analizleri incelendiğinde ise, ülkemizde medikal turizm amaçlı misafir olan bireylerin en çok sorun yaşadığı husus, hastaların hastanenin kurallarına uyum sağlaması olurken, bunu hasta yakınları ile iletişim, hasta ile olan iletişim ve hastanedeki yemekler izlemektedir. En az sorun yaşanan konular ise hastaların kültürel alışkanlıkları, hastayı getiren aracı kurumlarla

ilişkiler ve hastaların fatura ödemeleri olmaktadır. Hastaların tercih sebeplerinin içinde en önemli faktörün ise hastanenin teknik donanımı ve hastanenin uluslararası standartlarının olduğu, ardından sırasıyla yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi, Türkiye'nin ucuz ülke olması, hastanenin hekim kadrosu, sağlık hizmeti yanında Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olması, tedavi maliyetlerinin kendi ülkesine göre düşük olması, hijyen ve hizmet verme süresinin kısa olması faktörlerinin olduğu görülmektedir. Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması ve aracı kuruluşların yönlendirmesi konuları ile ilgilenildiğini ancak hastane seçiminde önemli faktörlerden olmadığı iletilmiştir.

Aba ve diğerleri (2019)'un çalışmasında ise hastaların hastane tercih sebepleri değerlendirildiğinde hijyene önem verilmesi, hastanenin teknik donanımı ve yüksek standartta sağlık hizmetinin sunulması olduğu görülmüştür. Ülke ile ilgili özelliklerin öneminin düşük ortalama olduğu görülmüştür. Ülkenin uluslararası olma ve çok kültürlü oluşuna ise katılımcılar hastaların önem vermediğini aktarmaktadır.

Hipotez 1: Kişilerin yaşları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Demir ve Sağlık (2020), Acar ve Turan (2016) ve Kızıldağ (2018) çalışmalarında hekimlerin yaş faktörü ve medikal turizm farkındalığı arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda yer alan fiyat avantajı faktörü için de istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,025$).

Hipotez 2: Kişilerin cinsiyeti ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Dökme (2016) ve Kızıldağ (2018) çalışmalarında cinsiyet faktörüne göre medikal turizme bakış arasında anlamlı bir farklılık görülmemişken; Acar ve Turan (2016) çalışmasında ise cinsiyet ve medikal turizm farkındalığı arasında farklılık görmüştür. Çalışmamızda ise; çekicilik faktörü için istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,017$). Erkek hekimlerin toplam puanları kadınlardan düşük çıkmıştır. Buna göre, erkek hekimler sağlık turistinin ülke tercihinde çekicilik faktörünün etkisinin daha az olduğunu düşünmektedirler. İletişimsel ve yönetsel sorunlar ve diğer faktörler için cinsiyete değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 3: Kişilerin eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Dökme (2016) çalışmasına göre katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta yakınlarıyla iletişimlerinde anlamlı bir fark görülmüş, lise ve altı mezun olan katılımcıların diğerlerine göre daha az sorun yaşadığı ancak hastalarla olan iletişimde ise lisansüstü mezun olan katılımcıların daha az sorun yaşadığı görülmüştür. Acar ve Turan (2016), çalışmasında ise, doktora eğitim seviyesinde olanların “kurumsal yeterlilikler faktörü ile sağlık turizminin etkileri” konusunda ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise, iletişimsel ve yönetsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak literatürü destekler nitelikte çıkmamış ve anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bunun sebebinin ise hekimlerin eğitim seviyelerinin birbirine yakın olması olduğu düşünülmektedir.

Hipotez 4: Kişilerin mesleki tecrübeleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Karadağ ve diğerleri, (2015) çalışmasına göre hekimlerde çalışma süresi arttıkça iletişim becerileri seviyelerinin arttığı görülmüştür. Dökme (2016) çalışmasında, kurumlarında çalışma zamanları ve hasta yakınlarıyla iletişim konusunda anlamlı farklılık bulunduğunu aktararak, 1 yıl altında çalışmakta olan katılımcıların diğerlerine göre daha fazla sorunla karşılaştığı görülmüştür. Sağlık ve Demir (2020) çalışmasında ise kurumlarında çalışma süresi ile medikal turizme bakış açıları ve farkındalıkları ile ilgili önemli bir farklılık olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise literatürden farklı olarak faktör toplam puanları hekimlerin mesleki tecrübelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hipotez 5: Kişilerin medeni durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Kızıldağ (2018) çalışmasında, medeni durumun medikal turizm bakış açısı üzerine herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. Acar ve Turan (2016) çalışmasında ise araştırmaya katılan bekar katılımcıların ortalama puanları evli olanlardan yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda da fiyat avantajı faktörü için istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p=0,025$). Evli hekimlerin toplam puanları bekar hekimlerden düşük çıkmıştır. Buna göre, evli hekimler sağlık turistinin ülke tercihinde fiyat avantajı etkisinin daha az olduğunu düşünmektedirler.

Hipotez 6: Kişilerin aylık ortalama gelirleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Kızıldağ (2018), “Hekim Dışı Sağlık Personeli ve Sağlık Yöneticilerinin Medikal Sağlık Turizmi Konusunda Farkındalıklarının Değerlendirilmesi” adlı çalışmasında aylık gelir değişkeni ve medikal turizme bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık elde etmiştir.

Acar ve Turan (2016), “Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği” adlı çalışmasında aylık gelir değişkeni ve medikal turizme bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık elde etmiştir. 4001-5000 arası gelire sahip çalışanların ortalama puanlarının daha yüksek, şirket personelinde oluşan 1000-2000 arası gelire sahip çalışanların da hizmet sunumunda sorun yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda da 45001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip (en yüksek gelir grubu) hekimlerin iletişimsel sorunlar toplam puanı diğer hekimlerden yüksek çıkmıştır ($p=0.002$). Yani en yüksek gelir grubuna sahip hekimler diğer hekimlerden daha az sıklıkta hastalar, aracı kuruluşlar ve hasta hizmetleri ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. 45001 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip (en yüksek gelir grubu) hekimlerin kolaylaştırıcı faktörler toplam puanı diğer hekimlerden düşük çıkmıştır ($p=0.000$). Yani en yüksek gelir grubuna sahip hekimler kolaylaştırıcı faktörlerle ilgili diğer hekimlerden daha fazla sorun yaşamaktadır.

Hipotez 7: Kişilerin yabancı dil bilgisi ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Dökme (2016) çalışmasına göre yabancı dil bilgisi ve hastalarla iletişimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, yabancı dil bilgi seviyesi iyi olan katılımcıların daha az sorun yaşadığı görülmüştür. Sağlık ve Demir (2020), yabancı dil bilgi seviyesinin önemli olduğuna vurgu yaparak yabancı dil bilen sağlık personeli sayısının düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kızıldağ (2018), çalışmasında sağlık yöneticileri ve hekim dışı sağlık çalışanlarında dil ve eğitim faktöründe daha yüksek bir farkındalık saptamıştır. Bu farkındalığın sebebi olarak katılımcıların tıp eğitimleri döneminde yabancı dil şartının ve akademik eğitimlerin alınmış olmasının dil becerilerine olumlu anlamda katkı sunması olarak gösterilmiştir.

Bu çalışmada yönetimsel sorunlar ($p=0,041$) önerme grubunda ve faktör 4’te ($p=0,035$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Yönetimsel sorunlar önerme grubunda ve hizmete erişim kolaylığı yabancı dil seviyesi yükseldikçe toplam puan da artış

göstermektedir. Yüksek yabancı dil bilgisine sahip olduğunu belirten hekimler, yönetimsel sorunların ve hizmete erişim kolaylığının sağlık turistinın ülke terciğinde daha fazla etken olduğunu düşünmektedirler.

Hipotez 8: Kişilerin yurt dışı eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

İletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hipotez 9: Kişilerin kurum içi eğitim durumları ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Aba ve diğerleri (2019), çalışmasında da kurumda hizmet içi eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Çalışmamızda literatürü destekler şekilde, iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hekimlerin medikal turizme bakış açıları; yaş, kişisel deneyim ve tecrübe, farkındalık ve kişisel tutum ve davranışlara göre farklılık gösterebilmektedir. Yaptığımız çalışmada Kuşadası ilçesinde sağlık turizmi yetki belgeli olan kurumlarda görev yapan hekimlerin sağlık turizmine bakış açılarının demografik verilerle hipotez bulguları incelendiğinde “yaş”, “cinsiyet”, “medeni durum”, “aylık gelir durumu”, “yabancı dil bilgisi” değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. “Eğitim durumu”, “mesleki tecrübe”, “yurt dışı eğitimi alma durumu” “kurum içi eğitim” değişkenlerine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Acar ve Turan (2016) tarafından yapılan çalışmada yaş ile medikal turizm farkındalığı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalamasına baktığımızda; %34’ü 30 ve altı, %24,1 ‘i 31-40, %17,1’i 41-50, %24,4’ü 51 ve üstü yaş grubuna dahil olduğu gözlemlenmekte olup, söz konusu çalışmayla paralellik göstermektedir. 51 yaş ve üstü hekimlerin medikal turizm konusunda daha yüksek bir farkındalık düzeyine sahip olması bilgi, deneyim ve tecrübelerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yaş grubundaki hekimlerin fiyat avantajı faktörüne verdikleri puanın diğer yaş grubundaki hekimlere oranla düşük çıkmasının sebebi ise; son zamanlarda medikal turizm farkındalığına dönük çalışmaların artması, genç hekimlerin akademik eğitimlerinde medikal turizme dönük gelişmelerden daha fazla bilgi sahibi olmaları ve son zamanlardaki teknolojik imkanların artması gösterilebilir. İleri yaş hekimlerde iletişimsel sorunların arttığı söylenebilir, bu yaş grubundaki hekimlere medikal turizm ve sağlıklı iletişim yöntemleri üzerine farkındalık eğitimleri verilebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %46,3’ü kadın %53,7’si erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyet değişkenine göre sağlık turistinin ülke tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi, turistik özelliklerin fazlalığı ve hijyen konusuna önem verilmesini kapsayan çekicilik faktörünün etkisini incelediğimizde, erkek hekimler kadın hekimlere oranla daha az etken olduğunu düşünmektedirler. Uçar ve diğerleri (2018) çalışmasında, kadınların hizmet beklentileri konusunda daha fazla talepte bulundukları ve aldıkları hizmete daha fazla önem verdikleri sonucuna ulaşmışlardır. Kadın müşteri sayısı arttıkça kuruluşların güvenliğe ve

nezakete hassasiyet göstermeleri gerektiği aynı zamanda kalitenin arttırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

İletişimsel ve yönetsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Buna sebep olarak hekimlerin hepsinin aynı düzeyde eğitim alması ve üniversite eğitimleri boyunca iletişim konulu dersler aldıkları gösterilebilir. Ancak, Dökme (2016)'nın çalışmasında aktardığı üzere hekimlerin diğer hastane çalışanlarına oranla daha az sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Tıp fakültesinde akademik düzeyde iletişim becerisi eğitimlerinin arttırılması hekim hasta ilişkisine fayda sağlayacaktır. Görev yapmaya başladıkları kurumlarda da belirli zaman aralıklarıyla bu konuda hizmet içi farkındalık eğitimlerinin verilmesinin iletişim kalitesine olumlu katkı sunacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %47,6'sı 10 yıl ve altı, %25,6'sı 11-20 yıl, 14,6'sı 21-30 yıl ve %12,2'si 31 yıl ve daha üstü mesleki tecrübeye sahiptir. Çalışmamızda mesleki tecrübe faktöründe herhangi bir farklılık görülmemiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki tecrübe süresinin az olmasının buna sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak Gezergün ve diğerleri (2006) çalışmasında hizmet süresi 10 yılı aşmış olan hekimler de hizmet süresi 10 yılın altında olan hekimlere göre güven konusunda daha olumlu sonuçlarla karşılaşmıştır. Kızıldağ (2018) çalışmasında mesleki tecrübe ve medikal turizm farkındalığı arasında anlamlı fark tespit etmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında medikal turizme yönelik kurumsal yeterlilik puanları yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi ise eğitimlerin artması ve medikal turizmin son zamanlarda yaygınlaşmaya başlaması ile çalışmaya yeni başlayanların farkındalıklarının yüksek olması olarak görülmektedir.

Hekimlerin aylık ortalama gelirleri ile medikal turizme bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır. En yüksek gelir grubunda bulunan hekimlerin hastalar, hasta yakınları, aracı kuruluş ve hasta hizmetleri ile daha az sıklıkta sorun yaşamaktadırlar. Ortalama geliri yüksek olan hekimlerin sağlık hizmet sunumuna ve medikal turizme önem verdiği sonucu çıkarılabilir.

Hasta hekim ilişkisi hastalığın tedavi sürecine olumlu ya da olumsuz doğrudan etki etmektedir. Hasta ve hekim arasındaki iletişimin son derece önemli olduğu, iletişimin şekli ve gücünün tedavi başarısına yön verdiği bilinmektedir (Atıcı, 2007). Hasta profili son zamanlarda oldukça bilinçli bir profil çizmektedir ve hekimlerinden anlayabilecekleri şekilde edindikleri bilginin güvenilir ve doğru olmasını talep etmektedirler. Hastalar hastalığı ile ilgili

kaygılı ve öfkeli olabilmekle birlikte hekimine güven duymak istemektedirler (Gülcemal ve Keklik, 2016). Hekimlerin olumsuz çalışma koşullarından son derece rahatsız olduğu hatta bu sebeple ülke dışında çalışmanın yollarını aradığı da bilinmektedir. Düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmak gibi ekonomik sebepler, uzun çalışma süreleri, iş yüklerinin fazla olması, yoğun nöbet tutulması gibi olumsuz çalışma koşulları, şiddet ve mobbing sorunları hekim motivasyonunu düşürmekte ve hekimleri ülke dışında mesleğini yapmaya yönlendirebilmektedir (Alkan ve diğerleri).

44999 TL ve altında ücretle çalışmakta olan hekimlerin hastalarla iletişimsel sorunlar puanının düşük çıktığından hareketle diğer hekimlere oranla daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir. Hekimlerin iş yüklerinin azaltılması ve çalışma sürelerinde planlamaya gidilmesi hekim hastalarla iletişimde motivasyonunu arttıracaktır. Bunun ise tedaviye olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Ülke dışına çalışmak için giden hekimlerin ülkeye dönmek için teşvik edilmesi ve bu sayede hekim sayısının artırılması ile fazla çalışma sürelerinin kısaltılması ve hekimlerimizin gerek iş yüklerinin azaltılarak gerekse hastaların bilinç seviyeleri ve sağlık okuryazarlıklarının yükseltilmesinin olumlu iletişim atmosferine yaklaşılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yüksek yabancı dil bilgi seviyesinde olan hekimler yönetsel sorunlar ve hizmete erişim kolaylığı faktörlerinin sağlık turistinin ülke tercihinde daha fazla etken olduğunu düşünmektedir. Literatürde ve araştırmamızda iletişimsel sorunlar konusunda “Hasta yakınları ile iletişim” ve “hasta ile iletişim” önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimler ve sağlık çalışanlarında yabancı dil bilgi seviyesinin iletişimde önemli unsur olduğu saptanmıştır. Yiğit, (2016), Ülkemizde kamu kuruluşlarında medikal turizmin gelişimine etki eden faktörlerin tespit edilmesi için hastane yöneticileri ile yaptığı çalışmada hastanın dilinde iletişim kurmak ve hasta ile personel arasında yabancı dil iletişim sorunları olduğu bildirilmiştir. Bu bulgudan hareketle medikal turizmde görev yapan personelin yabancı dil seviyeleri uluslararası hastalarla etkili iletişim kurmalarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Dökme (2016), çalışmaya katılan katılımcıların yabancı dil bilgi seviyesi yüksek olanların düşük olanlara oranla yabancı hastalarla daha az sorun yaşadığı görülmüştür. Aynı zamanda çalışmaya katılan sağlık personelin yabancı dil bilgi seviyesinin yetersiz olduğu aktarılmıştır.

İletişim konusunda yabancı dil bilen hekim ve personel sayısının artmasıyla sorunun önemli ölçüde ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Medikal turistlere hizmet vermekte olan tüm personelin yabancı dil bilgi seviyesinin yükseltilmesi için teşvik edici uygulamalar yapılmalıdır.

Üniversitelerde dil eğitime ağırlık verilerek sağlık turizmi ön lisans, lisans programları açılmalı, var olan yüksek lisans ve doktora programları artırılarak bu alanda uzmanlaşma sağlanmalıdır. Sağlık turistlerine, sağlık turizmi konusunda farkındalığı yüksek olan personelce hizmet sunulması hiç şüphesiz sürece olumlu katkı sunacaktır.

Çalışmaya katılan 4 hekim yurt dışı eğitim almıştır. Çalışmamızda iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktörüne toplam puanları hekimlerin yurtdışı eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Buna sebep olarak çalışmaya katılan yurt dışında eğitim almış az sayıda hekim bulunmasının olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda iletişimsel ve yönetimsel sorunlar ve faktör toplam puanları hekimlerin kurum hizmet içi eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Aba ve diğerleri (2019), çalışmasında kurumda hizmet içi eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Bunun sebebi kurumlarda verilen eğitimlerin yetersizliği olabileceği düşünülmektedir. Hastanelerde hizmet içi eğitimlerde, personelin işle ilgili bilgi ve becerisinin artırılması, yeni olan bilgilerin aktarımı ve yeni personelin bu bilgilerden haberdar olması ve bu bilgilerin personel davranışlarına olumlu katkı sağlaması amaçlanmaktadır (Bademci, 2003). Kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesi ve hekimlik eğitiminde eksik kalan hususları tamamlayabilmeleri ve güncel bilgileri takip edip uygulayabilmeleri açısından hekimlerin hizmet içi eğitim faaliyetlerine katılmaları önemli ve gereklidir (Deniz, 1995). Özel bir hastanede çalışmakta olan personele yapılan anket çalışmasında kurumdan hizmet içi eğitim almayan veya birkaç kez eğitim alan personelin düzenli olarak hizmet içi eğitime katılan personele göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür (Dökme,2016). Kurum içi eğitimler hekimlerin de mesleki bilgi ve becerilerini güncellemelerine olanak sağlar. Bu eğitimler medikal turizm konusunda farkındalık oluşturarak hizmet standartlarını artırma potansiyeline sahiptir.

Medikal turistlerin gideceği sağlık kuruluşunu kalite yönünden değerlendirdiği görülmüştür. Bu kuruluşların uluslararası platformda adını duyurabilmek adına JCI tarafından akredite edilmesi önem taşımaktadır (Dökme, 2016). Kamu hastanelerinin imajı, medikal

turizmin gelişimine etki eden faktörlerdendir. Hizmet kalitesinin düşük olması, uzun tedavi bekleme süreleri, hastanelerin marka değerlerinin olmayışı, hastanelerde JCI gibi kurumlarca akreditasyonların olmayışı gibi faktörlerin medikal turizmin gelişimine etkisi önemli düzeydedir (Yiğit,2016). Medikal turistlerin tercih motivasyonlarında akredite hastanelerin oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Literatüre göre ülkemizde 34 sağlık kuruluşunun JCI akreditasyon sertifikasına sahiptir (Çetinkaya ve Bostan, 2023). Ülkemizde JCI akredite sağlık kuruluşu sayısının artmasının ülke tanınırlığını kalitesini yükselteceği düşünülmektedir. Akreditasyon süreçleri önemsenmeli ve sağlık turizmi sektöründe çalışan tüm personele bu konuda mutlaka farkındalık eğitimleri verilmelidir. İleride ülke imajına zarar verebilecek gelişmelerin önüne geçmek ve bu konuda Türkiye'ye yaraşır standartlar geliştirmek amacıyla en çok bilinen akreditasyon standardı JCI gibi akreditasyon kurallarının kalite güvencesi olarak kullanılmasının tanımlanması ve JCI akreditasyonu yapılan hastane sayısının arttırılması gerekmektedir.

Aydın ilinde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde IDC'nin günümüzde faal olmaması sebebiyle medikal turizmine katkı yapamamaktadır. Yetki belgesinin alınmasının ardından, Medikal Estetik açısından da IDC içerisinde yapılanmaya gidilmesi, ADÜ' nün bu alanda tanıtımlarının yapılmasının İl Sağlık Turizmini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Sonuçta, çalışmamızda Aydın ili Kuşadası ilçesi özelinde sağlık turizmi yetki belgeli hastanelerde görev yapan hekimlerin, anket yöntemiyle medikal turizm farkındalıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde hekimler ve medikal turizm üzerine yapılan çalışmalar tarandığında bu alanda fazla bilimsel çalışma olmadığı görülmüştür. Hekimler ve medikal turizm ile ilgili çalışmaların artmasının bu alana olumlu katkı yapacağı düşünülmektedir. Medikal turizme yönelik bilimsel çalışmaların artması, sistemin yapı taşı konumunda olan hekimlerin medikal turizmde karşılaştığı sorunlarının saptanmasını ve çözüm önerilerini de beraberinde getirecek, böylelikle hekimlerin çalışma motivasyonu yükselecektir. Alanda derinlemesine mülakatla çalışmalar yapılabilir. Çalışmanın medikal turisti karşılayan farklı il ve kurumlarda çalışan, ATT, AABT, hemşire ve yöneticilerle yapılmasının, medikal turizm konusunda farkındalığın artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda Ege Bölgesinde görev yapmakta olan medikal turizm hekimleri ile çalışma evreni genişletilebilir ve ülkeler arası karşılaştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Aba, G., Gümüş, R., Çakır Y, N. (2019). Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizme Yönelik Algılarının İncelenmesi: Özel Hastane Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 17 3. Doi: <http://dx.doi.org/10.11611/yead.560169>.
- Acar, N., Turan, A. (2016). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*,17 1.
- Akbolat, M. Deniz N.G. (2017). Türkiye’de Medikal Turizminin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması, *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*,1-2,123-239.
- Akdoğan, Kozak, M. Şahin, Z. (2022). Sağlık Turizminde Yeni Bir Uygulama: Sağlık Turizmi Yetki Belgesi, *Sivas İnterdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5-1,107-122.
- Akoğlu, Kozak, M., Acar, D., Zencir, E. (2019). Üçüncü Yaş Turizminin Geliştirilmesinde Yaşlı Dostu Şehir. *Turizm Akademik Dergisi*, 99-114.
- Alkan, A., Güder, M., Özyıldız, H. K, Dere, T., (2023). Hekim Göçünün Twitter Perspektifinden İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 26(3), 615-640.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2), 91-96.
- Atıcı, E. (2007). Hasta- Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1, 45-50.)
- Atilla, G., Oksay, A., Erdem, R. (2012). Hekim -Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma, *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2012/II,43, 23-37.
- Aydın, G. Karamahmet Aydın, B. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*,16, 1-21.
- Aydın, R., Yılmaz E. (2020). The Impact Of Medical Tourism On Women's Health. *Journal of Applied Tourism Research*, 1,1, 45-52.

- Bademci, G. (2003). Üniversite Hastanelerinde Hizmetiçi Eğitim Organizasyonu. Tıp Eğitimi Dünyası. 11. (11).
- Bahar, B. Akyürek, D. B. (2022). Medikal Turizmin Türkiye’deki Gelişimi Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Journal of Academic Value Studies*. 317. dx.doi.org/10.29228/.
- Balkaner Yılmaz, S., Aymankuy, Y. (2023). Akademisyen Gözüyle Turist Sağlığı ve Turist Güvenliği. *Gastroia: Journal of Gastronomy and Travel Research*, 7 1, 2023, 157-179. Doi: 10.32958/gastoria.1263986.
- Barca, M., Akdeve, E., Gedik Balay İ. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*.5/3- 64-92.
- Birdir, K. ve Buzcu, Z. (2014). JCI Akreditasyon Belgesine Sahip Olan Sağlık Kuruluşlarının WEB Sitelerinin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2014.
- Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü [BMDTÖ]. (2023). Dünya Turizm Örgütü: Uluslararası turist sayısı salgın öncesi seviyelere ulaştı. <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/bm-dunya-turizm-orgutu-uluslararasi-turist-sayisi-salgin-oncesi-seviyelere-ulasi/2995446#:~:text=Bu%20yıl%20ocak%2Dtemmuz%20döneminde,lük%20artış%20anlamına%20geldiğini%20vurguladı.28.28Aralık2023tarihindeerişilmiştir.>
- Bristow R. S., Yang W., Lu M. (2011) Sustainable Medical Tourism in Costa Rica. *Tourism Review* 66(1/2): 107-117.
- Bozça, R., Çiftçi, Kırac, F., Kırac, R. (2017). Sağlık Turizmi Swot Analizi: Erzincan. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3):157-163.
- Bulut, A., Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45-62. DOI: 10.29226/TR1001.2019.104.
- Bulut, F., Civaner, M. (2016). Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!” *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 3 2, 66-73.
- Büyük, Ö. (2023). Türkiye ve Dünyada Medikal Turizm: Sağlık, Ekonomi ve Kültürün Buluşması Bayram, A. T.”. *Turizm Araştırmaları içinde* (55 76) Gaziantep: Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

- Cengiz, F. (2012). *Üçüncü Yaş Turistlere Yönelik Turistik Ürün Analizi: Alanya Uygulaması*. Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antalya.
- Ceti B., Unluonen K., (2020). Economic Evaluation of Health Tourism in Turkey, *Journal of Tourismology*, 6(1), 99-109, Doi:10.26650/jot.2020.6.1.0015.
- Cronbach, Lee J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. Springer Science and Business Media LLC. 16 (3): 297-334. doi:10.1007/bf02310555.
- Çetinkaya, U, M., Bostan A. (2023). Sağlık Turizmi Yetki Belgesine Sahip Sağlık Tesislerine Ait Web Sitelerinin Kalite Yönetimi ve Sağlık Turizmi Perspektifinde İncelenmesi: Aydın İli Örneği. *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Journal of Travel and Tourism Research*, 22. 96-115.
- Çetinkaya, T. (2010). *Sağlık Turizmi Açısından Bursa İli'nin Pazarlanabilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Demir ve Sağlık (2020). Medikal Turizmin Kurumsal Yeterliliğinin ve Potansiyelinin Hekim Görüşleriyle Değerlendirilmesi: Samsun İli Örneği. *Turizm Çalışmaları Dergisi*. 2(1), 1-20
- Deniz, L. (1995). Bir Mikroöğretim Uygulaması ve Değerlendirmesi “Hekim Eğitimcilerin Eğitimi” Hizmetiçi Eğitim Kursunda Yapılan Uygulama. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 7 61-66
- Denizli, F. (2022). Medikal Turizm Kapsamındaki Sağlık Çalışanlarının Memnuniyet ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri: Kayseri Örneği. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 51, 165-186. Doi:10.30794
- Doğan, E. (2019). *Dünya Sağlık Turizminde Türkiye'nin Yeri ve Ekonomiye Katkısı*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dökme, S. (2016). *Sağlık Turizmi Açısından Adana İlinin İncelenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine Bakış Açısı: Bir Hastane Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.

- Edinsel, S. Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(2), 167-190.
- Ekiyor, A. Gök, G. (2022). Niche Markets In Medical Tourism. *International Journal Of Health Management And Tourism*. 7(1), 1-22. Doi Number: 10.31201/ijhmt.1035783
- Erbay, H. (2012). *Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması*, Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana.
- 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, Isparta.
- Ertürk, H. (2019). *Türkiye’de Sağlık Turizminde İmaj ve Markalaşma: Heybeliada “Sağlık Adası” Modeli*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Frank J., Massey Jr. (1951) The Kolmogorov-Smirnov Test for Goodness of Fit, *Journal of the American Statistical Association*, 46:253, 68-78, DOI: 10.1080/01621459.1951.10500769
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Bayer, E., Demir, C. (2006). İletişim ve Hekimlerin Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İletişimi ve İlişkisi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2(3).
- George, R, R., Shanimon, S., Suni, S., Suni, Raj, N, V. (2023). The Impact Of Covid-19 And The Way Ahead For Kerala In Medical Value Tourism. *International Journal Of Health Management And Tourism*. 8(3), 241-257. Doi Number: 10.31201/ijhmt.1327179.
- Güder, M., Yılmaz, N. (2023). Tıbbileştirilen Bir Alan Olarak Saç Ekimi: Medikal Hasta Deneyimlerinin Netnografik Analizi. *International Journal of Health Sociology (IJHESO)*. 3, 1, 205-221.
- Gülcemal E., Keklik B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8, 14, 64-87.

- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güven, B., Taşkiran, H. (2019). Sağlık İletişiminde Doktor-Hasta İlişkisi Modelleri ve İlişki Taraflarının Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi*. 2-1, 7-38.
- Hakverdi Aynaoglu, Ö. (2022). Aile Hekimlerinin İletişim Becerileriyle Hastaya Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Derneği*. 26(1):17-24
- Haşimoğlu, Ç. (2019). *Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: Kuşadası Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları. *Journal of Yaşar University E- Dergisi*,4(14), 2257-2279.
- İltaş, G. (2022). The Tourism Sector in Country Branding: An Assessment on Health Tourism in Turkey. *Kent Akademisi Dergisi*, 15(1):155-176.
- İnsan Hakları Derneği, (2024). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/> adresinden erişildi.
- International Society Aesthetic Plastic Surgery [ISAPS]. (2019). Isaps International Survey On Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2019. Retrieved <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf> adresinden erişilmiştir.
- Işık, C. (2019). *Bir Hedef Pazar Seçeneği Olarak Yerleşik Yabancıların Dental Turizm Kapsamındaki Potansiyeli: Kuşadası International Dental Care Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Kara, T, (2020). Health Tourism and Concept Complexity Of Health Tourism In Turkey, *International Journal Of Health Management And Tourism*, 5(3), 264-290, Doi: 10.31201/ijhmt.770680.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ, H., Abuhanoğlu, Hüseyin (2015). Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17/1. 160-179.

- Kılınç, İ. (2017). Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 8, 17, 130-143.
- Kızıldağ, G. Ç. (2018). *Hekim dışı sağlık personeli ve sağlık yöneticilerinin medikal sağlık turizmi konusunda farkındalıklarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Miral, S. (2001). Tıp eğitiminde iletişim becerileri: çağdaş yöntem ve tetkikler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*, 1(1): 63-6.
- Nakip, M. (2003), Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS destekli) Uygulamalar, Seçkin Yayıncılık. Ankara. s.407
- Oğuz, Y. (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 2 (3), 59-65.
- Örs, Y. (1975). Geçmişte ve Günümüzde Hekim-Hasta İlişkisi. *Tıp Dünyası*. 48(6): 224-30.
- Öngören, B. (2017). Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 10.57-69.
- Özkan, A. (2014). *Bir Modern İşletme Yaklaşımı Olarak Dünya Sağlık ve Üçüncü Yaş Turizmi İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Rolü: Bolu Karacasu Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Ankara.
- Özkan Demirer, E. (2010). *Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*. Amerika.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR,1164/turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013.html> adresinden erişilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı. (2022). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10944/0/02pdf.pdf> adresinden 31 Ocak 2024 tarihinde erişildi.

- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı. (2023). Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Almaya Hak Kazanan Sağlık Tesisleri. https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/44449/0/yetkilendirilmis-saglik-tesisleripdf.pdf?_tag1=53E5D82B012878CF0F1E4F1DEB98655520B12C9E adresinden erişildi.
- Sayın, K, Ş., Yeğinboy, Y, E., Yüksel, İ. (2017). Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 32, 2, 289-313.
- Shapiro, S., Wilk, M. B. (1965). "An analysis of variance test for normality (complete samples)". *Biometrika*. 52 (3–4): 591–611. doi:10.1093/biomet/52.3-4.591.
- Shinde, U, S. (2021). Medical Tourism in India and Legal Aspects: An Overview. *Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*. 4, 12. 34-38.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Nobel Yayınevi. Ankara.
- Tekez, S. (2004). Genel Lise Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü: Eskişehir
- Temizkan, S, P. (2015). *Sağlık Turizmi.1. Baskı “Sağlık Turizmi Kavramı ve Özellikleri”*. Ankara. Detay Yayıncılık.
- Terzi, S. (2019). *Sağlık Turizminde Uluslararası Hastaların Destinasyon Seçimlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Çalışma: Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Tokaç, D. (2019). *Sağlık Kurumlarından Hizmet Alan Yabancı Uyraklı Hastalar Tarafından Algılanan Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Muğla İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tontuş, Ö. (2022). Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK), Sağlık Turizmi Nedir? <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10944/0/02pdf.pdf> adresinden erişildi
- Türkiye Seyahat Acentaları Birliği [TURSAB]. (2014). TURSAB Sağlık Turizmi Raporu, (2014). https://www.tursab.org.tr/haberler/tursab-saglik-turizmi-raporu_11430 adresinden erişildi.

- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2022). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu. [TÜİK]. (2022). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728> adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu. [TÜİK]. (2024). Turizm İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-III.-Ceyrek:-Temmuz---Eylul,-2023-49604>. 02/01/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Turkish Statistical Institute [TURKSTAT]. (2018). Tourism statistics. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=TOURISM%20STATİSTİCS> adresinden erişilmiştir.
- Tütüncü, Ö., Kiremitçi, İ., Çalışkan, U, (2011). Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 91-93.
- The World Tourism Organization [UNWTO]. (2019). International Tourism Highlights. <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284421152> Erişim tarihi: 24.09.2023.
- Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi [USHAŞ]. (2024). Sağlık Turizmi Verileri. *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi*. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> adresinden erişildi.
- Yıldırım, G., Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 29 (2): 7-12
- Yılmaz S., Sarıaydın, İ., Dilci, Sönel T. (2020). İngiltere Özelinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Fırsatları, *Eurasian Journal of Researches in Socialand Economics*, 7, 1, 74-85.
- Yiğit, A., Demirbaş, Beşir, M. (2020). Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimine Etki Eden Faktörlerin SWOT-AHP Yöntemi ile Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*. 12, 22, 173-192.
- Yirik, Ş., Ekici, R., Baltacı, F. (2015). *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)*, 1, Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yiğit, V. (2016). Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 7, 15, 107-119.
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi D, E., Bingöl, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme, Ekonomistler Platformu, İstanbul, <http://docplayer.biz.tr/463113-Saglik-turizmi-istanbul-a-yonelik-bir-degerlendirme.html>, 17 Aralık 2022 tarihinde erişilmiştir.

