**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK TURİZMİ (DİSİPLİNLERARASI)**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİR HEDEF PAZAR SEÇENEĞİ OLARAK YERLEŞİK YABANCILARIN DENTAL TURİZM KAPSAMINDAKİ POTANSİYELİ: KUŞADASI IDC ÖRNEĞİ**

**CEYDA IŞIK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Abdullah TANRISEVDİ**

**AYDIN–2019**

# KABUL VE ONAY SAYFASI

 T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü …………………. Anabilim Dalı Sağlık Turizmi (Disiplinlerarası) Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ceyda IŞIK tarafından hazırlanan “Bir Hedef Pazar Seçeneği Olarak Yerleşik Yabancıların Dental Turizm Kapsamındaki Potansiyeli: Kuşadası Idc Örneği” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından ~~Doktora~~/Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

 Tez Savunma Tarihi: ……/……/……

Üye (T.D.) :………………………. ……………………….. ....……….

 \*(Ünvanı, Adı Soyadı)(Üniversite)(İmza)

Üye : ……………………… ………………………… ….……….

 \*(Ünvanı, Adı Soyadı)(Üniversite)(İmza)

Üye : ……………………… ………………………… ….……….

 \*(Ünvanı, Adı Soyadı)(Üniversite)(İmza)

Üye : ……………………… ………………………… …..……….

 \*(Ünvanı, Adı Soyadı)(Üniversite)(İmza)

Üye : ……………………… ………………………… ….……….

 \*(Ünvanı, Adı Soyadı)(Üniversite)(İmza)

ONAY:

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

 Prof. Dr. Cavit Kum

 Enstitü Müdürü

# TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesindeki tüm aşamalarda, gerekli bütün yardım, tavsiye ve yönlendirmeleri yapan, karşılaştığım problemlerin çözümünde desteğini esirgemeyen sayın hocam Prof.Dr. Abdullah TANRISEVDİ’ye teşekkürü bir borç bilir, tezim ile ilgili danışmalarda bulunduğum Araştırma Görevlisi Vedat Acar’a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışmamın gereç ve yöntem kısmına sağladıkları katkıdan dolayı Sayın Hocam Mehmet YEĞİN’e, arkadaşlarım Volha KOCAGÖZ’e, Büşra YÜKSEK’e ve İsmail GÜNDÜZ’e, verdikleri destek için International Dent Care Diş Kliniğindeki çalışma arkadaşlarıma ve tezin düzenlenmesinde büyük yardımları bulunan Murat USLU’ya teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve çalışmam sırasında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, ablama ve erkek kardeşime en içten teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

|  |  |
| --- | --- |
| KABUL VE ONAY SAYFASI iTEŞEKKÜR iiİÇİNDEKİLER iiiSİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ viiiŞEKİLLER DİZİNİ ixTABLOLAR DİZİNİ xÖZET xiiABSTRACT xiii1. GİRİŞ 11.1. Problemin Tanımı ve Önemi 31.2. Araştırmanın Amacı 32. GENEL BİLGİLER 42.1. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi 42.2. Dünyada ve Türkiye’de Dental Turizm 82.3. Dünyada Sağlık Sistemi 92.3.1. Amerika Birleşik Devletleri 112.3.2. Birleşik Krallık 122.3.3. İrlanda 122.3.4. Almanya 132.3.5. Fransa 142.3.6. Belçika 152.3.7. Hollanda 152.3.8. Danimarka 162.3.9. Avustralya 162.3.10. Japonya 172.3.11. Çin 182.3.12. Macaristan 182.3.13. Kosta Rika 182.3.14. Hindistan 192.3.15. Tayland 192.3.16. Meksika 202.3.17. Singapur 202.3.18. Malezya 212.3.19. Brezilya 212.3.20. Güney Afrika 222.3.21. Türkiye 232.4. Sağlık Turizmi Kapsamında Yapılan Dental İşlemler 232.4.1. Oral Diagnoz 242.4.2. Periodontoloji 242.4.3. Restoratif Diş Tedavileri 252.4.4. Cerrahi İşlemler 262.4.5. Endodonti 272.4.6. Ortodontik Tedaviler 272.4.7. Protez 282.4.8. Pedodonti 292.5. Genel Olarak Sağlık Turizmi, Özel Olarak Dental Turizm Kapsamında Sistemik Durumlar ve Hastalıklar 302.5.1. Tütün Mamülleri ve Sigara 302.5.2. Kanser 312.5.3. Diyabet 322.5.4. Hematolojik Hastalıklar 322.5.5. Astım 332.5.6. İlaçlar 332.5.7. İmmun Sistem Hastalıkları 332.5.8. Kardiyovasküler Hastalıklar 342.6. Sağlık Turizminde Pazarlama 342.6.1. Sağlık Turizmi Kapsamında Uluslararası Tanımlar, Hedef Pazar ve Alt Pazarlar 362.6.1.1. Hedef Pazar 362.6.1.2. Uluslararası Yerleşik Yabancı Sınıflandırması 392.6.1.2.1. Yerleşik Yabancı Gelinler 412.6.1.2.2. Emekli Yerleşik Yabancılar 422.6.1.2.3. Baby Boomers 442.6.1.2.4. Devlet ve Kurumlar Açısından Geliş Nedenlerine Göre Yerleşik Yabancılar 442.6.1.3. Uluslararası Sağlık Turizmi Alt Pazar Seçenekleri 452.6.1.3.1. Transplant Turizmi Pazarı 452.6.1.3.2. Kök Hücre Turizmi Pazarı 462.6.1.3.3. Fertilite Turizm Pazarı 472.6.1.3.4. Ölüm Turizmi Pazarı 472.6.1.2.5. Bariatri Turizmi Pazarı 472.6.1.3.6. Kozmetik Cerrahi Turizmi Pazarı 482.6.1.3.7. Diğer Sağlık Turizmi Pazarı 492.6.1.3.8. Dental Turizm Pazarı 492.6.1.3.9. Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye’ye Gelen Diğer Sağlık Turizmi Pazarı 502.6.1.3.10. Sağlık Alanında Ülkelerle İkili Antlaşması Olan Sağlık Turizmi Pazarı 502.6.1.3.11. Uluslararası Sosyal Güvenlik Kurumu Antlaşması Olan Sağlık Turizmi Pazarı 502.7. Tüketici Davranış Modellerine Göre Sağlık Turizmi 512.7.1. Klasik /Açıklayıcı Modeller 512.7.1.1. Ekonomik Model 522.7.1.2. Freud’un Benlik Modeli 522.7.1.3. Pavlov’un Öğrenme Modeli 522.7.1.4. Veblen’in Toplumsal Modeli 532.7.2. Modern/Tanımlayıcı Modeller 532.7.2.1 Assael Modeli 532.7.2.2. Howard Sheth – HS Modeli 542.7.2.3. Karmaşık Karar Verme Süresi 542.7.3. Motivasyon 542.7.3.1. Sağlık Turisti Motivasyonu 2.8. Kuşadası'nda Sağlık turizmi: IDC Örneği 3. GEREÇ VE YÖNTEM 573.1. Gereç 573.1.1. Literatür Taraması 573.1.2. Doküman Analizi 573.1.3. Gözlem 583.1.4. Görüşme 593.1.5. Odak Grup 603.2. Yöntem 613.3. Çalışma Grubu 643.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 653.5. Veri Toplama 663.5.1. Ön Uygulama 683.6. Verilerin Analizi 693.7. Geçerlilik ve Güvenilirlik 724. BULGULAR 744.1. International Dent Care’in Veri Tabanı Bulguları 4.2. Aydın Göç İdaresi Veri Tabanı Bulguları 4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşmelere İlişkin Bulgular 4.4. Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular 4.4.1. Birinci Seans Kapsamında Gerçekleştirilen Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular 894.4.2. İkinci Seans Kapsamında Gerçekleştirilen Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular 914.5. Odak Grup Görüşmelerine İlişkin Bulgular 964.5.1. Rus Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular 964.5.2. I. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular 994.5.3. II. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular 1024.5.4. III. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular 1045. TARTIŞMA 1065.1. Araştırmanın Problem, Amaç ve Alt Amaçlarının Tartışılması 1065.2. Bir Hedef Pazar Seçeneği Olarak Yerleşik Yabancılar ile Turistler Arasındaki Tedavi Sürecinin Karşılaştırması 1145.3. Etkili Pazar Bölümlendirme Stratejisine Göre IDC’nin Yerleşik Yabancı Potansiyelinin Değerlendirilmesi 1205.4. Tüketici Davranış Modellerine Göre Sağlık Turizminin Değerlendirilmesi 1226. SONUÇ ve ÖNERİLER 125KAYNAKLAR 127EKLER 145Ek 1 (Ön Görüşme Formu) 145Ek 2 (Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu) 146Ek 3 (1.Seans Hasta Gözlem Formu) 147Ek 4 (1.Seans Refakatçi Gözlem Formu) 148Ek 5 (2.Seans Hasta Gözlem Formu) 149Ek 6 (2.Seans Refakatçi Gözlem Formu) 150Ek 7 (IDC Veri Tabanı Bilgileri Erişimi İzni) 151ÖZGEÇMİŞ 152 | iiiiiiviiviiiixxixii1334489111212131415151616171818181919202021212223232424252627272829303031323233333334343636394142444445454647474748494950505051515252525353535454545556575757575859606164656668697274748284898991969698102104106106114120122125127145145146147148149150151152 |

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|  |  |
| --- | --- |
| **AB****ABD****CCSS****IDC****TC****TDC** | **:** Avrupa Birliği**:** Amerika Birleşik Devletleri**:** Caja Costarricense de Seguro Social**:** International Dent Care**:** Türkiye Cumhuriyeti**:** Türk Dişhekimleri Birliği |

# ŞEKİLLER DİZİNİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Şekil 1.** **Şekil 2.** **Şekil 3.** **Şekil 4.** | Veri Toplama Süreci Veri Analiz Süreci Klasik Açıklayıcı Modele Göre Sağlık Turizmi Karmaşık Karar Verme Süresine Göre Dental Turizmi  | 6771123124 |

# TABLOLAR DİZİNİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tablo 1.****Tablo 2.****Tablo 3.** **Tablo 4.****Tablo 5.****Tablo 6.****Tablo 7.****Tablo 8.****Tablo 9.****Tablo 10.****Tablo 11.****Tablo 12.****Tablo 13.****Tablo 14.****Tablo 15.****Tablo 16.****Tablo 17.****Tablo18.****Tablo 19.** | Ön Uygulamaya Katılan Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri IDC’den Hizmet Alan Hastaların Yerleşik-Turist ve Muayene-Tedavi Kapsamında Ülkelere Göre Dağılımı IDC’den Hizmet Alan Yerleşik Yabancı ve Turistlerin Aldıkları Tedavi Türüne Göre Dağılımları 2015-2018 Yılları Arası Aydın İl Sınırları İçerisinde Uzun Süreli İkamet İzni ile Yaşayan Yerleşik Yabancıların Dağılımı Yarı Yapılandırma Yöntemi ile Görüşülen Kuşadası’nda Yaşayan YerleşikYabancıların Demografik Özellikleri IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Hasta Frekans Aralıkları IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Refakatçinin Demografik Özellikleri IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Frekans Aralıkları IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Hasta Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Hastaların Frekans Aralıkları IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Demografik Özellikleri IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Frekans Aralıkları Odak Grup Görüşmesine Katılan Rus Uyruklu Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri I.Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler II. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler III. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler Yurt Dışından Gelen Hasta İçin Tam Tedavi Planı Ortalama Bir Haftalık Tatil Planında Turistler İçin Tercih Edilen Plan  | 687478838489899090929295959699102104115118 |

#

# ÖZET

**BİR HEDEF PAZAR SEÇENEĞİ OLARAK YERLEŞİK YABANCILARIN DENTAL TURİZM KAPSAMINDAKİ POTANSİYELİ: KUŞADASI IDC ÖRNEĞİ**

**Işık C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Turizmi (Disiplinlerarası) Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.**

Bu çalışmada; Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların bir hedef pazar olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma nitel veri toplama araçlarından yararlanılarak gerçekleştirilmiş ve doküman analizi, derinlemesine görüşme, gözlem ve odak grup yöntemleri kullanılmıştır. Doküman analizinde kullanılan veriler Aydın İl Göç İdaresi ve Kuşadası International Dent Care Diş Kliniğinden alınmıştır. Veriler görüşme, gözlem ve odak grup çalışmaları olarak 2018-2019 yılları aralığında yaklaşık üç ay içerisinde Kuşadası’nda yerleşik olarak yaşayan yabancılarla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırma süresince toplamda 17 görüşme, 8 gözlem ve 4 odak grup görüşmesi tamamlanmıştır. Elde edilen veriler betimleyici istatistikler oluşturularak sınıflandırılmıştır. Araştırma sonucunda, Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların dental turizm açısından potansiyel bir hedef pazar olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dental Potansiyel**,** Dental Turizm, Kuşadası

# ABSTRACT

**EXAMINING FOREIGN RESIDENTS AS A TARGET MARKET: A CASE STUDY OF IDC**

**Isik C. Aydin Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Medical Tourism (Interdisciplinary) Program, Master’s Thesis, Aydın, 2019.**

The aim of the research is to determine whether the foreign residents living in Kusadasi can be a potential target market for International Dent Care (IDC) operations. Data were collected through document analysis (Ministry of Interior Directorate, General of Migration Management and Kusadasi International Dent Care), four focus groups, seventeen in-depth interviews and eight participatory observations. The data collection process took approximately tree months in 2018-2019. Data collected by separate data collection tools were subjected to content analysis. As a result of the research, the foreign residents seem to be a potential target market for IDC.

**Keywords**: Dental Potential, Dental Tourism, Kusadasi

# 1. GİRİŞ

 Günümüzde sağlık turizmi kavramı gelişmekte olan ülkelerin girişimleriyle hareketlenmiştir. Türkiye’de sağlık turizmi hızla büyümekte olan bir pazardır. Dünya genelinde çeşitli destinasyonlarla kıyaslanan bir rekabet içinde olduğu görülmektedir. Örneğin Hindistan, Singapur, Kosta Rika, Macaristan gibi ülkeler uluslararası sağlık turisti çekmek için çeşitli teşvik ve imkânlar sunmaktadır.

 Dental turizm sağlık turizminin önemli bileşenlerinden birisidir. Bulundukları ülkenin imkânları, nüfus yoğunluğu, sunulan hizmetler gibi faktörler göz önüne alındığında dental turizm alanında ülkeden ülkeye farklılıkların olduğu görülmektedir. Özellikle medikal turizm içerisinde yer alan diş tedavileri bazı ülkelerin tedavi prosedürlerinde ekstra bir hizmet olarak yer almaktadır.

 Diş tedavisi almak isteyen hastalar uzun bekleme sürelerine maruz kalmakta, uzman hekim ile görüşmesi mümkün olamamakta ve sigorta kapsamındaki ilk müdahale haricinde ekstra bir işlem yapılamamaktadır (Karababa, 2017; Şahbaz ve ark, 2012).

 Çoğu Avrupa ülkesinde sağlık hizmetleri oldukça pahalıdır. Kişilerin sağlıklarını korumak amacıyla yaptırmış oldukları sigortalar ise genellikle dental işlemleri kapsamamaktadır. Hastalar bu durumda ek paketler satın alarak sigortanın karşıladığı kadarını kendi ülkelerinde yaptırabilmektedir. Ancak yapılan ek sigortalar yeterli olamayabilmektedir. Özellikle implant ve implant üstlerinin tedavi masrafı sigortalar tarafından karşılanmamakta, hastalar bu durumda özel kliniklere başvurmaktadırlar. Özel kliniklerin sunmuş oldukları hizmetlerin fiyatlarının yüksek olması sebebiyle hastalar yeni arayışlara girmekte ve farklı destinasyonları araştırmaya başlamaktadırlar (Çelik, 2009; Sandberg, 2017).

 Diğer yandan yurtdışında yaşayan potansiyel hastalar emekli olduktan sonra kendi ülkelerinde hayatlarını sürdürmede güçlük çekmektedirler. Ancak farklı ülkelerin döviz kurundaki değişimler bazı destinasyonları avantajlı bir konuma dönüştürmüştür. Bu anlamda yabancılar döviz kurundaki farklılıklardan da yararlanarak farklı ülkelerde yaşamayı tercih etmeye başlamaktadırlar. Bu anlamda Türk Lirası ile yapılan işlemlerde yabancı hastalar daha uygun maliyetlerle diş tedavilerini yaptırma olanağı bulabilmektedir (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

 Bu araştırmada, ilgili literatür bilgisi ışığında, nitel araştırma veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır. Veriler Kuşadası’na yaşayan yerleşik yabancılardan toplanmıştır. Bunun için on yedi yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşme, sekiz katılımlı gözlem ve dört odak grup çalışması gerçekleştirmiştir. Katılımcılardan elde edilen veriler içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın özel olarak Kuşadası’nda kurulan International Dent Care (IDC) operasyonları açısından katkı sağlayabileceği ve bu katkının yanısıra medikal turizm faaliyetleri sürdüren diğer sağlık kuruluşları için de ışık tutabileceği düşünülmektedir. Uygulama alanına sağlayabileceği yararlarla birlikte, dental turizm alanında çalışmalar yürüten araştırmacıların da bu tez çalışmasında kullanılan yöntem ve elde edilen sonuçlarından yararlanabilecekleri ümit edilmektedir.

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

 Ülkemizde sağlık turizmi gelişmekte olan bir pazardır. Sağlık turizmi içerisinde dental turizm önemli bir paya sahiptir. Dental turizm ile ülkeler üstün rekabet ortamı sunmakta ve pay almak adına işletmeler önemli adımlar atmaktadır. Son yıllarda Türkiye sağlık turizmi alanında önemli destinasyonlardan biri hâline gelmiştir. Ancak turizm yapısının kitle turizme yönelik olması, ürün çeşitlendirmesi yapmamıza engel olmakta, sağlık turizmi içerisinde yer alan dental turizmini sınırlı bir hâle getirmektedir. Bu çerçevede IDC önemli bir birimdir. Bu birimin kendisini doğru anlatabilmesi için bir hedef pazara ihtiyacı vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın ana problemi, “Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar, IDC açısından bir hedef pazar olarak değerlendirilebilir mi?” şeklinde belirlenmiştir. Çalışmanın temel amacı, Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabncıların IDC operasyonları için potansiyel bir hedef pazar olup olmadıklarını ortaya çıkarmaktır.

 Araştırmanın temel amacı ışığında belirlenen alt amaçlar ise aşağıdaki gibidir.

Alt amaçlar;

\*IDC’den hizmet alan turistlerin ve yerleşik yabancıların tercih ettikleri diş tedavileri arasındaki farkları,

\*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların tedavi olma kararlarında döviz kurlarının olası etkisini,

\*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların dental turizme olan olası katkısını,

\*IDC’den hizmet alan yerleşik yabancıların hangi dental işlemleri daha çok tercih ettiklerini,

\*IDC’den hizmet alan yerleşik yabancıların coğrafi konum itibariyle IDC’yi tercih etmelerinin etkisini,

\*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların kendi ülkeleri ile Kuşadası’da yapılan dental işlemlerin kalitesi arasında fark olup olmadığını,

\*Kuşadası’nda bulunan diş hekimlerinin farklı dil bilmelerinin yerleşik yabancıların tedavi olmayı kabul etmelerine bir etkisi olup olmadığını belirlemektir.

# 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi

Dünyada sağlık için yapılan seyahatler binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Bilinen en eski sağlık kompleksleri Sümerliler tarafından inşa edilmiştir (Kamiloğlu, 2015). Mezopotamya’da M.Ö. 3000’lerde göz rahatsızlığı olan kişiler Suriye’deki iyileştirici tanrı veya tanrıçaların tapınaklarının olduğu Tell Brak şehrine seyahat etmekteydi (Khafizova, 2011). Tunç çağında sağlık amaçlı olarak mineral kaynaklarından su içmek ve banyo yapmanın faydalı olduğu bilinmekteydi (Kamiloğlu, 2015).

 Farklı medeniyetler ise hastalıklardan korunmak için kurban kesmişlerdir. Antik Yunan dönemi bu konudaki örneklerden birisidir. Bergama’da bulunan buluntular üzerinde yer alan tasvirlerde sağlık tanrısı Asklepios ve kızı Hygie’ye sağlık amacıyla kesilen kurbanların betimlemeleri bulunmaktadır (Gencer, 2015).

 Dünyanın ilk sağlık merkezi Antik Yunanda Asklepion’a yapılmıştır. Antik Yunan ve Roma toplumunda ortak kültür olarak sağlık evleri veya sağlık tapınakları olarak adlandırılan Asklepion’lar kurulmuştur. Bu evler; ilk hastane, ilk tıp okulu ve tapınak özelliği taşımaktadır. Kurulan Asklepion’larda, sağlıksız yerleşim bölgelerinden gelen sağlıksız kişilerin şifalı sularda yıkandığında daha çabuk arınacağı ve sağlık tanrısının saygınlığının artacağına inanmışlardır. Bu evlerde hem hekimlik, hem de eczacılık görevi yürüten rahip-hekimlere Asklepiades adı verilmiştir. Bu dönemin en ünlü hekimi Hipokrat’tır. Kazılarda Romalılar döneminde kullanılan farklı cerrahi aletlere rastlanmıştır. Bu aletlerin çift taraflı veya birden fazla işlevselliğinin olması, yalnızca bir amaca yönelik olmadığını göstermektedir. Bu dönemde hekimler katarakt ameliyatı yapmakta, çürük dişleri çekip yerine diş yapmaktaydılar (Akarsu ve ark, 2011; Yalçın ve ark, 2016; Aray ve ark, 2011; Gürel ve Alaçam Akşit, 2018; Çoban, 2016).

Yapılan kazılarda arkeologlar tarafından Mısır’da bulunan Roma mezarları açıldığında dişlerin altın tellerle birbirlerine bağlandığı ve Yunan mumyalarının dişlerinin metal şeritlerle birbirine sarılı olduğu görülmektedir (Kamiloğlu, 2015). Sonraki dönemlerde ılıca olarak bilinen sıcak su banyoları da popülerlik kazanmıştır. Şehre dışarıdan gelen yabancıların hastalık taşıyıp taşımadıklarıyla ilgili değerlendirme yapmak için öncelikle hamama gitmeleri uygun görülmekteydi (Yalçın ve ark, 2016).

Hindistan, 500 yıl önce ortaya çıkan Yoga ve Ayurveda ile alternatif tıpla şifa bulmak isteyenler için farklı bir destinasyon merkeziydi. Ortaçağ’da Japonca’ da ılıca anlamına gelen “onsen” adı verilen sıcak su kaynaklarıyla Japonya ünlenmeye başlamıştır. Özellikle savaşçı klanlar ağrılarını azaltmak, acılarını dindirmek için bu kaynakları kullanmışlardır. MS. 1248 yılında Kahire’de açılan Mansuri Hastanesi 8,000 kişilik kapasitesi ile yerli ve yabancı herkese sağlık hizmeti vermiştir. Avrupa’da Rönesans döneminde Fransa’da Ville d’Eaux, suların şehri olarak bilinen su kaynakları popüler hale gelmiştir. Romalıların ifadesine göre sudan gelen güzellik anlamı taşıyan “salude per aqua” terimi kısaltılarak “SPA” ifadesi ilk defa kullanılmaya başlanmıştır. Zenginlerin 16. yüzyılda Roma Hamamlarını tekrar keşfetmesiyle İngiltere’de SPA’lar popüler hale gelmiştir. Hollandalı ve İngiliz koloniler mineral kaynakların çevresine kulübeler inşa etmişlerdir. Avrupalı ve Amerikalı turistler, 18. ve 19. yüzyıllarda tüberküloz gibi hastalıkları tedavi etmek amacıyla seyahatlerine devam etmişler, aynı yüzyıllarda Avrupalılar, Kırım ve Macaristan gibi kaplıca merkezlerine talep göstermişlerdir. 1900’lü yıllara gelindiğinde ise Amerika ve Avrupa tıbbi anlamda dünyada merkez konumuna gelmiştir. Ancak sunulan bu hizmetlerin pahalı olması sebebiyle bu hizmetten zengin kişiler yararlanabilmekteydi (Özdemir ve Konak, 2015; Hanefeld ve ark, 2016).

Son yıllarda tatil esnasında, rahatlama, egzersiz veya SPA için yapılan ziyaretler sonucu hastaların sağlığına kavuşma girişimi, turizm endüstrisinde de yeni bir kavram olan “sağlık turizmi” nin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Connell, 2006). Sağlık turizmi, acil olmayan tıbbi müdahalelere erişebilmek için uluslararası sınırlarda seyahat eden sağlık turistini ve yabancı bir ülkede sağlık hizmeti alma ve sürekli yaşadığı yer dışında başka bir yerde ikamet erme koşulu (Şahbaz ve ark, 2012) ile yapılan eylemini kapsamaktadır (Adams ve ark,2017; Abubakar ve Ilkan, 2016).

Barca ve ark (2013)’nın belirttiğine göre Magablih (2001) sağlık turizmi kapsamında hastaların en az bir gün ve en fazla bir sene olmak üzere eski sağlığına kavuşmak amacıyla başka bir ülkeye seyahat edebileceklerini belirterek sağlık turizmini belirli bir zaman dilimi içerisinde değerlendirmiştir. Sağlık ve turizm arasındaki ilişkiyi tanımlayabilmek için birçok terim kullanılmaktadır. Sağlık turizmi, medikal turizm, hastane veya klinik turizmi, wellness turizmi, seyahat tıbbı gibi terimlerle kullanılabilmektedir (Kušen, 2011). Sağlık turizmi kendi içerisinde farklı kategorilere de ayrılmaktadır. Gonzales ve ark (2001)’na göre sağlık turizmi üç başlığa ayrılmıştır. Bunlar; wellness/bakım teşviği turizmi, tedavi turizmi ve rehabilitasyon turizmidir. Özsarı ve Karatana (2013)’ya göre sağlık turizmi; kaplıca turizmi, spa-wellness turizmi, yaşlı turizmi, engelli turizmi ve medikal turizm olarak beş kategoriye ayrılmıştır. Edinsel ve Adıgüzel (2014)’e göre sağlık turizmi çeşitleri termal turizm, güzellik ve zindelik turizmi ve medikal turizm veya tedavi amaçlı sağlık turizmi olarak üç kategoriye ayrılmaktadır. Caballero-Danell ve Mugomna (2006)’ya göre sağlık turizmi, wellness ve medikal turizm olarak ikiye ayrılmaktadır.

Sağlık turizminde prosedürlerin zorlukları, uzun bekleme süreleri, yerel olarak alınmak istenen hizmetin bulunmaması, sigortanın verilen hizmeti kapsamaması veya daha yüksek maliyete sebep olması gibi sebeplerle hastalar kendi ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişemeyerek yurtdışında başka bir ülkede daha düşük maliyetli ve daha yüksek kaliteyle tedavi olmayı tercih edebilmektedir. Sağlık turizminde kalite, fiyat, akreditasyon, hastaların takibi ve tedavi boyunca hekimin sorumlulukları oldukça önemlidir (Çelik, 2009).

Turizm geliri her yıl artmaktadır. Turizm geliri ve sağlık turizmi geliri karşılaştırıldığında sağlık turizmi gelirinin daha fazla olduğu görülmektedir (Karababa, 2017). Gelişmiş ülkelerde yaşlanma oranının artması sağlık harcamalarının da artmasına sebep olmaktadır (Khan, 2015). Sağlık turizmi içerisinde; kozmetik cerrahi, diş problemleri, ortopedi, bariatik, fertilite, organ veya hücre transplantasyonu, göz, muayene ve check-up gibi hizmetler verilirken (Lunt ve ark, 2011) medikal turizme katılanlar kardiyovasküler cerrahi, tüp bebek, radyoterapi, diyaliz gibi tedavi hizmetleri alabilmektedirler Dünyanın nüfusu yaşlanmakta olup, hastalık yükünün artması ve tedavi masraflarının kendi ülkelerinde daha yüksek olması, hastaların son yıllarda tercihlerini gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere yönlendirmelerine yol açmış ve bu yönde eğilim gösterdikleri saptanmıştır (Türofed, 2017).

Özellikle yaşlı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için farklı ülkelere yanlarında refakat edecek biri ile gitmeleri, turizmi canlandırarak, sağlık turizmini daha cazip bir endüstri haline getirmektedir (Khan, 2015). Ürdün’e akrabası eşliğinde 250.000 uluslararası hasta gelmiş ve bu şekilde 1 milyar USD’nin üzerinde gelir elde edilmiştir (Abubakar ve ark, 2018). Öte yandan konaklama maliyetlerinin yüksek olması sebebiyle Japonya gibi ülkelere yapılan refakatçili seyahatler ekonomik olarak sorun oluşturmaktadır. Japon hükümeti bu problemi göz önünde bulundurarak hasta kişi ve refakatçilerine ülkeye giriş prosedürlerini kolaylaştırmak için altı ay boyunca oturma izni veren “medikal vize” uygulaması başlatmıştır (Tontuş, yyyj).

İhtiyaç duyulan bakım türüne, uluslararası hizmet erişimi ve maliyetine bağlı olarak seyahat mesafeleri kısa veya uzun hatta kıtalararası olabilmektedir (Yildiz ve Khan, 2016). Bu durumu fırsat bilen ülkeler günümüzde ciddi bir rekabet ortamı oluşturmaya başlamışlardır. Hindistan, Tayland, Singapur gibi ülkeler sağlık turizminde ilerleyerek Asya’yı sağlık turizm merkezi haline getirmişlerdir (Özdemir ve Konak, 2015; Hanefeld ve ark, 2016). Hindistan, Singapur, Tayland, Malezya, Macaristan, Brezilya, Singapur, Güney Kore (Dinçer ve Serdaroğlu, 2017) ve Birleşmiş Arap Emirlikleri (Al-Talabani ve ark, 2019) gibi ülkeler sağlık turizmi alanında hızla gelişmektedir. Dünyanın dört bir yanındaki kardiyak, ortopedik, diş ve plastik cerrahi gibi sağlık hizmeti almak isteyen hastalar, uluslararası hastalara bakım sağladığı bilinen destinasyonlara yönelmektedirler. Dolayısıyla bu ülkeler sağlık endüstrisinde öncü ülkeler haline gelmektedir (Crooks ve ark, 2010; Yildiz ve Khan, 2016;Imison ve ark, 2013; Adams ve ark, 2018). Bu anlamda sağlık turizmi pazarının % 80’lik kısmının Tayland, Singapur ve Hindistan tarafından paylaşıldığı ileri sürülmektedir (Bostan ve Yalçın, 2016). Türkiye, Kolombiya, Bolivya, Arjantin ve Brezilya gibi ülkeler de çekici ülke konumuna gelmek için öncü ülkeleri takip etmektedirler (Al-Talabani ve ark, 2019).

Türkiye, medikal turizm endüstrisinde uzmanlaşmış sağlık hizmetleri ile önemli bir rol almaya başlamıştır. Türkiye’nin kaliteli hizmet vermesi, yabancı dil bilen doktorlarının olması, teknolojik teçhizata sahip oluşu, döviz kurlarındaki uygunluktan dolayı turistlerin satın alma gücünün artması, seyahatlerin uygun fiyatlı olup Avrupa ile mesafesinin yakınlığı, termal kaynaklarının bulunması gibi etmenler Türkiye’nin sağlık turizmi açısından avantajlı duruma gelmesini sağlamaktadır (Şahbaz ve ark, 2012). Hükümetler de uluslararası hasta akışını teşvik etmek için özel politikalar yürütmektedir (Yildiz ve Khan, 2016).

Sağlık Turizmiyle ilgili Kalkınma Planları incelendiğinde ilk defa 1963-1967 yıllarında değerlendirmeye alındığı görülmektedir. Sonraki 1968-1972 ve 1973-1989 yılları arasında da sağlık turizmine yer verilmeye devam edilmiştir. Sonraki dönem değişime uğrayarak 1990-1994 yıllarında sağlık, termal ve 3. yaş turizmi olarak üç kategori altında ele alınmıştır ve 1996 yılından günümüze kadar olan planlamalarda da bu vurgu devam etmiştir. Geçtiğimiz 2014-2018 döneminde Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı ile çeşitli konularda iyileştirilmelere gidilmiştir. Dünyadaki talep değişiklikleri, Türkiye’deki turizm potansiyelini avantajlı konuma getirmiştir. Son yıllarda birçok hasta tedavi amaçlı Türkiye’yi tercih etmektedir. Bunun en büyük sebebi tedavilerin daha uygun fiyatlarla gerçekleştirilmesidir (Korkmaz Özcan ve Aydın, 2015; Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, 2013). Onuncu Kalkınma Planı içerisinde sağlık turizmi ile ilgili farklı konulara da değinilmiştir. Türkiye’de sağlık turizmi otelcilik hizmetleri, ulaşım, haberleşme, bankacılık ve sigortacılık gibi farklı endüstrilerden yararlanmaktadır. Bu sebeple endüstriler arası entegrasyonu sağlamak amacıyla “Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu” oluşturulmuştur. Onuncu Kalkınma Planına sağlık turizmi eklenerek sağlık turizmini stratejik bir sektör olduğu vurgulanmaktadır (Tontuş, yyyc).

Ülkemizde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı bünyesinde 112 acil durum hattı aranarak 7/24 Arapça, İngilizce, Almanca ve Rusça dilinde tercümanlık hizmeti alınabilmektedir. Sağlık turizmi ülkemizde kamu, özel hastane ve tıp merkezleri aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Üniversite hastaneleri de bu potansiyele sahip olup, ekonomik anlamda önemli ölçüde katkı sağlayabilecek donanımdadır (Sayın ve ark, 2017).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Dental Turizm

Sağlık turizmi büyük operasyonlar dışında kalça veya diz protezi, diş tedavileri gibi hastanın yaşamını tehdit etmeyen aciliyeti olmayan işlemleri de kapsar (Turner, 2011). Bunlar ayakta tedaviler olup sağlık alanında ikinci sırada gelmekte ve sağlık harcamalarının dörtte birini oluşturmaktadır (OECD, 2017a). Dental turizm ise bazı ülkelerdeki sağlık turizm gelirinin % 60’ına karşılık gelmektedir (Lovelock ve ark 2018). Diş tedavilerinde genel olarak; kuron, diş beyazlatma, implant gibi sınıflandırılmış sağlık hizmeti tercih edilmektedir (Jaapar ve ark, 2017).

Dişler, insan vücudu için önemli bir yapıtaşıdır. Dişler; konuşmamızda ve insanlarla iletişim kurmamızda önemli bir rol oynar (Özbek, 2015). Bu nedenle ağız ve diş sağlığı ile ilgili; ağrı, yeme-içme-çiğneme bozuklukları, diş kayıpları sebebiyle iletişim kurmada güçlük sararmış- zarar görmüş dişler ise günlük yaşam kalitesini, ruhsal ve fiziksel hali olumsuz etkileyebilmektedir (Duran ve ark, 2015). Diğer sağlık problemlerinde olduğu gibi dişlerde oluşacak problemleri de gidermek için hastalar en kısa süre içinde bekletmeden diş hekimlerine başvurmalıdırlar (Leggat ve Kedjarune, 2009).

Dişlerin aynı zamanda yüz şeklinde de önemli bir estetik payı vardır. Total protez kullanan kişiler protezini çıkardıktan sonra konuşmakta zorluk çekip, yüz ifadelerini kaybederek olduklarından yaşlı görünmektedir. Gülümserken yüzümüze güzel bir ifade kazandırmak kişiyi daha çekici hale getirir. Özellikle medyatik kişiler toplum karşısına çıkmadan önce gerekli diş bakımlarını yaptırmaktadırlar (Özbek, 2015).

 Dental turizm, kendi ülkelerinin dışında diş hizmetleri almak isteyen ve maliyetlerini karşılayan kişiler için tanımlanmış bir turizm çeşididir (Adams ve ark, 2018). Bazı hastalar uzun bekleme sürelerinden dolayı hızlı bir şekilde diş hekimlerine erişememektedir. Bu hastalar da daha hızlı sonuç alabilmek için başka ülkelere seyahat etmeyi tercih edebilmektedir. Yaşadıkları ülkedeki yerel kliniklerin verdiği yüksek fiyatlar da hastayı daha düşük fiyat sunan destinasyonlara yönlendirebilmektedir (Turner, 2008).

Dental işlemlerde en önemli çekici faktör kanal tedavisi, kaplama, dolgu, kuron, dental köprüler, dental implantlar ve ortodontik tedavilerin çok daha uygun fiyatlarla sunulmasıdır (Dhama ve ark, 2016). Bu nedenle diş hekimi sayısının yetersizliği, bekleme sürelerinin ve maliyetlerin artmasıyla beraber ucuz uçak bileti bulmanın kolaylığı sayesinde internetten diş tedavisi yapan destinasyon arayışları artarak dental turizmi küresel bir hareket haline getirmiştir. (Leggat ve Kedjarune, 2009).

Dalen ve Alpert (2019)’e göre; Kosta Rika, Hindistan, Malezya, Meksika, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Tayland, Türkiye ve İngiltere sağlık turizmi için ilk 10 destinasyon olma özelliğini taşımaktadır. En sık sağlık hizmeti sunan hizmet kolları ise diş, kozmetik cerrahi, kardiyovasküler rahatsızlıklar, fertitite, kilo verme, dermatoloji, böbrek veya karaciğer nakilleri ve omurga operasyonlarıdır. Türkiye’de de birçok hastanede; onkoloji, kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahisi, estetik cerrahisi, göz ve diş tedavileri gibi hizmetler sağlık hizmetleri ileri teknolojik cihazlarla verilmektedir (Sayın ve ark, 2017). Türkiye ayrıca diş operasyonları kapsamında tercih edilebilecek ülkelerden birisidir. Fransa, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde diş tedavileri geri ödeme kapsamına alınmadığı için bu durum Türkiye için bir avantaj durumundadır (Tontuş, yyyı). Örneğin yurtdışına giden Amerikalı sağlık turistlerinin çoğunun sağlık sigortası bulunmamaktadır. Sağlık sigortası (Medicare) olanların ise diş tedavileri, estetik cerrahisi, fertilite veya kilo kaybı gibi hizmetler sigortalar tarafından karşılanmamaktadır.

2.3. Dünyada Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü(2018) nün tanımına göre; sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olması değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur (Dünya Sağlık Örgütü). Uluslararası İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (2018) 25. maddesine göre;

 “*Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır.”*

 Bu madde her bireyin dil, din, ırk, cinsiyet ayrımı yapmadan doğuştan bir tıbbi bakım hakkı olduğuna vurgu yapmaktadır.

 Sağlık hakkı; sağlıklı olma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olarak iki şekilde ele alınabilir. Kişilerin sağlıklı olarak yaşaması, hastalığın ortaya çıkma sebeplerin ortadan kaldırılması veya hastalanan kişinin yeniden sağlığına kavuşması en temel haklardandır. Sağlık sisteminin amacı ise hasta olan bireyin sağlığını iyileştirmek ve tedavinin maliyetine karşı hastayı korumak ve tedavi etmektir. İdeal olan bir sağlık sisteminde maliyetler düşük, sunulan sağlık hizmeti kaliteli ve bu hizmetlere erişim sınırsız olmalıdır (Orhaner, 2014). Bu çerçevede sağlık sistemleri, dünya ekonomisinin en büyük endüstrilerinden birisi haline gelmiştir. Modern sağlık sistemi, farklı alanlarda uzmanlaşmaya ve tedavilerin maliyeti konusunda değişikliklere gidilmesine öncülük etmiştir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005). Sağlık harcamaları bazı ülkelerde kamu tarafından finanse edilse de kamu tarafından karşılanamayan hizmetler özel sağlık sigortası şirketleri tarafından karşılanabilmektedir (Karababa, 2017).

Öte yandan çoğu sigortanın, yurt dışında yapılan tedavileri kapsamadığı görülmektedir. Bu anlamda yurtdışına çıkacak olan hasta, sağlık danışmanı tarafından en uygun sağlık sigortasına yönlendirilmektedir. Tercih edilen yurt dışı tedavileri hasta tarafından ödenmekte veya bazı durumlarda hasta yaptığı ödemenin sadece bir bölümünü geri alabilmektedir. Sigorta sisteminde ilk çözüm; sigorta şirketinin hastanın tedavi olduğu hastaneye karşı tarafsız olması ve geri ödemede seyahat masraflarıda tedavi masraflarına dâhil edilmesidir. İkinci çözüm ise ticareti kolaylaştırmak için eklerde bulunulmasıdır (Mattoo ve Rathindran, 2006; Leggat, ve Kedjarune, 2009).

Sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basmak sağlık hizmetleri olarak üç kategoride ele alınmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların evde veya ayakta oldukları tedavileri kapsar. Bu hizmetler, pratisyen hekim, aile hekimleri veya uzmanlar tarafından sağlanmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamaktaki tedavi imkânı olmayan hastalarını uzman bir hekim tarafından hastaneye yatırılarak uygulandığı teşhis ve tedavi işlemlerini kapsar. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamaktaki hastalardan daha farklı olan hastalıkların tedavisinde ileri tetkik ve tedavi yöntemleri ile yapılan işlemleridir (Akalın, 2018). Çalışmanın bu bölümünde dünyadan farklı ülkelere ait sağlık sistemleriyle ilgili açıklamalar yapılmıştır.

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde her beş kişiden birinin sağlık sigortası olmadığı veya yetersiz olduğu tahmin edilmektedir. Milyonlarca Amerikalı sağlık güvencesini karşılayamadığı için sağlık turizminde sınırlı erişime sahiptir (Dalen, 2009). Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti göz önünde bulundurulduğunda, çok az Amerikalı ücretlendirmeyi kabul ederek bu masrafları kendisi ödeyebilmektedir. Sağlık sigortası olmayan Amerikalılar ise daha çok birincil tedavileri veya koruyucu bakımları tercih etmekte ve daha kötü sonuçlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Sigortasız olan kişilerin ölüm oranları sigortalı olan kişilere kıyasla daha yüksektir (Dalen ve Alpert, 2008).

ABD’de uygulanan prosedürlerde fizik, anestezi ve diğer profesyonel işlemler ilgili sigorta tarafından ödenmektedir (Mattoo ve ark, 2006). Çoğu sağlık sigortası, seyahat esnasındaki acil olası bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Amerika’da vatandaşların % 26’sı Medicare ve Medicaid sisteminden faydalanmaktadır. Medicare’in yer aldığı “Medigap” sigortası, yurt dışı seyahatlerinde sadece atmış gün acil bakım hizmetlerindeki tedavileri kapsamaktadır (Mattoo, ve ark, 2006; Leggat ve Kedjarune, 2009).

 Öte yandan hasta daha uygun fiyatlarla tedavi olmak için farklı bir ülkede tedavi olup döndüğünde belirli bir zaman sonra aynı problemi tekrar yaşayabilmektedir. Bu durumda gittiği ülkeye tekrar gidememe durumu söz konusu olduğunda kendi ülkesinde bir doktora başvuru yapabilir. Tedavi esnasında komplikasyon oluşursa, kendi ülkesindeki hekim tarafından yeni bir yöntem uygulamak ve bu süreci yönetmek oldukça zordur. Bu durumlarda sigorta sistemi genellikle hastanın yaptırdığı işlemleri kapsamaz. Kendi ülkesindeki hekimler de hastaya ikinci bir seçenek sunma konusunda isteksiz olabilirler. Komplikasyon oluşan tedaviye tekrar tedavi yapmak hekimlerce de istenmemektedir. Bu sebeple hekimler yalnızca ilk teşhis veya tedavi sağlayıcı girişimlerde bulunurlar (Barrowman ve ark, 2010).

Sağlık sigortası estetik cerrahi, göğüs büyütme veya dental implant gibi işlemleri kapsamadığı için hasta bu ihtiyaçları için yurt dışına gitmeyi tercih edebilir. Amerikalılar diş işlemlerinde veya estetik cerrahide öncelikle, Meksika, Kosta Rika veya Panama’yı tercih etmektedir (Sandberg, 2017).

Diş tedavilerinde implant endüstrisi diş tedavisinin bir parçası haline gelmiştir. İmplant diğer işlemlere göre daha maliyetlidir. Diş ve kozmetik genel sağlık sigortası kapsamında olmayıp Amerikalı hastalar tarafından talep gören hizmetler arasında yer almaktadır (Baka,2013; Barrowman ve ark, 2010).

2.3.2. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık’ta sağlık hizmetleri devlet tarafından Ulusal Sağlık sistemi ile çoğunlukla ücretsiz sunulmaktadır. Bunun dışında özel sektörün sunduğu, özel bir sağlık sistemi de mevcuttur. Özel sağlık sigortası alanında en büyük şirketler; BUPA, AXA, PPP Healthcare, Aviva ve PruHealth’ tır. Özel sağlık harcamaları sağlık harcamalarının % 16’sını oluşturmaktadır. Kronik rahatsızlıkların oluşturduğu özel akut sağlık sektörü 2011 yılında medikal operasyon ve tedavilerden 6,24 milyar İngiliz Sterlini elde etmiştir. Bu rapora göre bu tedavilerin % 56’sı özel sigorta, % 15’i ise hastaların kendi tarafından karşılanmıştır. Özel sağlık sigortasına sahip hastaların % 82’si bu sigortanın işverenleri tarafından yaptırıldığını söylemişlerdir. Bir araştırmaya göre 2010 yılında 63,000 kişi sağlık turizmi amacıyla yurtdışına çıkıp sağlık hizmeti almıştır. 2000-2010 yılları arasında yurtdışına çıkan tahmini 275,000 hasta en çok Fransa, Polonya, Hindistan, Macaristan, Belçika, Almanya, Amerika, İspanya, Türkiye ve Pakistan’ı tercih etmiştir. Birleşik Krallıktan sağlık turizminden yararlanmak için çıkan hastalar sırasıyla; dişçilik, kozmetik, üreme sağlığı ve obezite ile ilgili operasyonlardır (Birleşik Krallık Sağlık Turizmi Raporu, 2015). Ancak devletin geri ödeme kapsamına girmeyen en önemli işlemler göz, dişçilik hizmetleri ve estetik ameliyatlardır (Tontuş, yyya). Birleşik Krallık’ta sigortalıların ilaç masraflarının tamamını ise devlet tarafından karşılanmaktadır (Orhaner, 2014).

2.3.3. İrlanda

İrlanda sağlık sisteminde hastaneler vergi temelli finanse edilmektedir. Sağlık sigorta sisteminden ihtiyacı olan kişilere yönelik bir çalışma yapılarak iki kategori oluşturulur. İlk kategoride % 35’lik düşük gelir grubu yer almakta olup bu grup için tüm hizmetler ücretsiz sağlanır. İkinci kategorideki kişiler ise % 65’lik payı oluşturmakta ve belirli ölçüde sağlık finansmanına katkıda bulunmaktadırlar. Sağlık sistemi bünyesinde hizmetleri idaresi hastaneleri, özel hastaneler ve gönüllü - kar amacı gütmeyen hastaneler olmak üzere üç çeşit hastane grubu bulunmaktadır. Sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmeti pratisyenler tarafından sağlanmaktadır (Öztür ve Karataş, 2015).

2.3.4. Almanya

Almanya’da iki sigorta sistemi bulunmaktadır. Gestzlichen Krankenversicherung adı verilen zorunlu sigorta olup devlet tarafından uygulanmaktadır. Geliri 48.600 Euro üzeri olan kişiler için Private Krankenversicherung adı verilen özel sigorta sistemi mevcuttur. Nüfusun çoğu zorunlu sağlık sigortası kapsamında sigortalanır. Bu sisteme göre her ay kişinin gelirine göre aldığı maaştan % 8.20, işveren payı olarak % 7.30 prim ödenir. Zorunlu sigortalılar, ilk basamak olarak aile hekimi, hekim onay verdiği durumlarda ikinci basamak branş uzmanı, branş uzmanı da onay verdiği durumda üçüncü basamak olan hastaneye sevk edilebilir. Zorunlu sigortalı hastalar bu sıralamayı ihlal ettiği durumlarda veya prosedürde bulunan tedaviler dışında işlem yaptırdıklarında oluşacak sağlık giderlerini kendileri ödemek zorundadır. Yıllık gelirleri belirli bir limiti aşmayan; işçiler, öğrenim görenler (eğitimlerine devam ettikleri sürece), emekliler, sözleşmeliler, sanatçılar ve gazeteciler zorunlu sigortalıdır. Bedensel engelliler yaş sınırı aranmaksızın sigorta kapsamındadır. Sigortalı kişiler Almanya dışında herhangi bir ülkede yatarak tedavi görmek isterse gerekli izinler önceden bağlı oldukları sigortadan alınmalıdır. Yasal sağlık sigortası olmayan kişiler özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Özel sigortalar, devletin uyguladığı sağlık sigortasından daha kapsamlıdır. Özel sigortalar aldığı maaşa göre değil cinsiyet, yaş, sağlık durumu gibi kriterlere bağlı olarak prim alırlar. Özel sigorta diş protezi, hastanede özel oda, unvanlı doktor, öncelikli randevu gibi imkânlar da sunmaktadır. Ayrıca özel sigortalı hastalar öncelikle doktor, ilaç, muayene gibi işlemleri kendileri öderler; sonrasında bu ödemeleri ibraz ederek ödenen tutarın tamamını veya bir kısmını özel sigortalarından geri alabilirler. Bunların dışında özel sağlık sigortaları; ek diş sigortası, ek göz sigortası veya ek bakım sigortası gibi ekstra sigorta hizmetleri de sunmaktadır (Tontuş, yyyh).

Almanya’da nüfusun büyük bir kısmı sağlık sigortasında başlangıç seviyesindeki diş bakımını içermektedir (Gheorghe ve ark, 2017). Sigorta kapsamında diş, ağız ve çene hastalıklarında erken teşhis veya tedavisine yönelik cerrahi müdahalelerde röntgen ve diş kaplamalarını karşılanmaktadır. Anlaşmalı diş hekimlerinin yaptığı işlemlerde; çene tedavisi masraflarının % 20’ sini, tıbben gerekli görülen diş protezi ve kaplamalarda % 50’sini hasta ödemektedir. Onsekiz yaşını geçmemiş ve altı yaşını doldurmuş çocukların ise yılda bir kere kontrol amaçlı diş hekimine gitme hakkı bulunmaktadır (Koçer, 2014).

Diğer yandan, 2003-2004 yılları arasında Diagnosis Related Group sistemine geçilmiş ve bu kapsamda işlemlerde maliyet sınırlaması getirilmiştir. Hekimler her istediği ilacı yazamamakta, ileri teknoloji ve diş hizmetleri de sınırlandırılmaktadır. Zorunlu sağlık sigortalıların katkı payları, reçetede % 4-5, diş hizmetlerinde % 35-50, fizik tedavide % 15 oranında ve ambulansla nakillerde her yapılan nakilde 13 Euro artırılmıştır. Avrupa’da yapılan ayakta tedavilerin bazıları ise sağlık sigortası kapsamındadır. Bu ülkeler; Avrupa Birliği ülkeleri, İzlanda, Norveç, İsviçre ve Lihtenştayn’dır. Türkiye, Hırvatistan, Tunus, Makedonya gibi ülkelerle de sağlık anlaşmaları bulunmaktadır (Tontuş, yyyh). Almanya’da sigortalılar ilaç masraflarının % 10’unu kendileri karşılamaktadır (Orhaner, 2014).

2.3.5. Fransa

Fransa’da nüfusunun büyük bir kısmı sağlık sigortasına sahiptir ve 1970 yılında çıkartılan bir yasaya göre devlet hastaneleri; teşhis, eğitim, araştırma, koruma ve bakım görevini üstlenmektedir. Bu yasa bazı özel hastaneleri ve tüm devlet hastanelerini kapsar. Fransa’da temel olarak üç çeşit hastane bulunmaktadır. Bunlar; kent hastaneleri, tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ile yerel hastanelerdir. Kent hastaneleri özellikle büyük yerleşim yerlerinde yer alır. Tedavi ve rehabilitasyon merkezleri genellikle orta veya uzun zamanlı tedavi hizmeti sunar. Yerel hastaneler ise minimum teknik ekipmana sahip olup, şehirden uzakta kurulurlar. Devlet hastaneleri; acil yardım, koruyucu, tedavi edici, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sunar. Devlete ait 1,071, özel sektöre ait 2,717 adet hastane ve klinik bulunmaktadır. Sağlık sisteminde birinci ve ikinci basamak hizmetler yer alır. Bu hizmetleri; serbest olarak çalışan hekimler, diş hekimleri ve kamu personelitarafından sağlanır (Öztürk ve Karataş, 2015).

Fransa’da diş bakımı hizmetlerine erişim, bölgeden bölgeye değişmektedir. Diş bakımını iyileştirmeye yönelik ulusal stratejiler, çocuklar ve ergenlere yönelik olarak uygulanmaktadır. Halk Sağlığı Yasası ile 6-12 yaş arasındaki çocuklarda diş çürüklerini % 30 oranında önlemeye yönelik yeni hedefler belirlenmiştir. 2007’den bu yana M’T Dent adında ücretsiz ağız bakım muayenesi programı 6, 9, 12, 15 ve 18 yaşlarındaki çocuklara protez, ortodonti veya diş materyalleri hariç hizmet vermektedir. 2012 yılında diş bakımı ve kişisel sağlık ücretlerinin % 53’lük kısmı özellikle protez ve ortodonti ile faturalandırılmıştır (Chevreul ve ark, 2015). Fransa’da ilaç masraflarının % 30’u hastalar tarafından karşılamaktadır (Orhaner, 2014).

2.3.6. Belçika

Belçika sağlık sisteminde; çalışan kişilerin gelirinin belirli bir kısmı sosyal sigorta fonlarına aktarılmakta ve bu fonlarla desteklenen bir sağlık sigortası bulunmaktadır. Halkın çoğunluğu bu sigorta kapsamına girmektedir. Her tedavinin maliyetleri karşılama ve bu maliyetlerden geri ödeme miktarları farklıdır. Belçika’da da basamaklı sağlık sistemi bulunmaktadır. Hasta öncelikle pratisyen hekime başvurmaktadır. Uzmanlık gerektiren bir rahatsızlık mevcut ise pratisyen tarafından uzman hekime veya hastaneye sevk edilebilmektedir. Sağlık sigortası; pratisyen, uzman ve evde doktor hizmetleri, diş hizmetleri, fizik tedavi, ayakta tedavi ve beslenme gibi tedavileri kapsamaktadır. Devletin sunduğu hizmetler kapsamında olmayan veya bir kısmının karşılandığı durumlarda, tamamlayıcı sağlık sigortaları bulunmaktadır. Bireysel sigortalar ömür boyunca kapsayıcılık şartıyla yapılmaktadır (Balkanlı, 2017). Belçika’da 65 yaş üzeri nüfusun artması sebebiyle emeklilik yaşı da yükseltilmiştir (Tontuş, yyyg).

2.3.7. Hollanda

Hollanda’da 2006 yılında gerçekleştirilen bir reform ile sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortaları birleştirilerek özel sosyal sağlık sigortası kavramı oluşturulmuştur. Bu sigortada ödenen primler; cinsiyete, yaşa veya sağlık durumuna göre farklılık göstermemektedir. Özel sosyal sigorta sistemi içerisinde; pratisyen hekim, uzman, ebe veya diyetisyen tarafından sunulan hizmetler, 18 yaşından küçükler için diş tedavileri, tıbbi cihazlar, reçetesiz ilaçlar, ambulans hizmetleri, doğum sonrası loğusa bakımı, fizik tedavi, konuşma ve meslek terapileri, üç defaya mahsus tüp bebek denemesi ve orta seviyeli ruh sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Özel sosyal sağlık sigortasında, sigortalılar sigarayı bırakma, kilo kontrolü gibi sağlıklı yaşam olarak yapacakları ilk başvurularda ücretlendirilmemektedir. Poliçeler yıllık yapılıp her yıl yenilenmektedir. Sağlık hizmeti sunan hastanelerin hepsi özel hastane olarak değerlendirilmekte olup kendi içerisinde kâr amacı olan ve kâr amacı olmayan olarak ikiye ayrılmaktadır. Özel sosyal sağlık sigortası içerisinde yer almayan işlemler için ise ek sağlık sigortası bulunmaktadır (Balkanlı, 2017).

2.3.8. Danimarka

Danimarka’daki sağlık sisteminin ana finansmanı; devlet, il ve belediyelerden toplanan vergiler ile oluşturmaktadır. Diğer kaynaklar ise kişisel olarak hastaların yaptıkları ödemeler, özel hizmetler, bağışlar ve özel sağlık sigortalarıdır. Sağlık harcamalarının % 80’i kamu ve % 20’si kişisel olarak yapılan harcamalardır (Tontuş, yyyk). Danimarka milli gelirinin yaklaşık % 11’i sağlık sistemi için ayrılmaktadır. Sağlık sistemi tüm Danimarka vatandaşlarını kapsamaktadır. Sağlıkta; temel, tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin büyük çoğunluğu kamu tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır (Dinçer ve Serdaroğlu, 2017).

Sağlık sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleri olarak iki bölümde yapılandırılmıştır. 16 yaş ve üzerindeki bireyler kendi hekimini seçebilme hakkına sahiptir. Birinci basamak genel sağlık-tedavi, sağlığı koruma ve çocuk diş sağlığını korumaya yöneliktir. Bu hizmetleri; pratisyen ve uzman hekimler, diş hekimleri, fizyoterapistler ve ev hemşireleri sağlamaktadır. Hastalar öncelikle pratisyen hekime muayene olur, sonrasında sevk edildikleri taktirde hastaneye başvurabilirler. Ancak akut hastalıklara sahip olan hastalar ve kaza geçiren hastalar doğruca hastaneye gidebilirler. İkinci basamaktaki hastane hizmetleri, ikinci ve üçüncü derece tedavi veya özel bakıma ihtiyaç duyan hastalara imkân sağlamaktadır. Danimarka’da genel hastaneler % 32, özel dal hastaneleri % 26, yerel hastaneler % 26, psikiyatrik özel hastaneler % 14, özel sektör hastaneleri ise % 2’ lik oranlarda yatak kapasitesine sahiptir (Tontuş, yyyk). Danimarka’da sigortalıların ilaç masraflarının % 75’i devlet tarafından karşılamaktadır (Orhaner, 2014).

Turist olarak giden kişiler acil sağlık sunumundan ücretsiz faydalanabilmektedir. Danimarka vatandaşlarının diş, infertilite, plastik cerrahi ve obezite tedavileri 18 yaşından sonra sigorta dışında kalmaktadır. Özellikle kozmetik cerrahi operasyonlarında diğer Avrupa ülkelerine göre bekleme süresi daha az olmasına rağmen, bazı durumlarda bu süreç bir aya kadar uzayabilmektedir. Bu sebeple hastalar farklı destinasyonlara sağlık turizmi amacıyla yönelebilmektedir (Dinçer ve Serdaroğlu, 2017).

2.3.9. Avustralya

International Profiles of Health Care System (2017) raporuna göre Avustralya’da Federal Hükümet dolaylı olarak fonlarla birinci basamak sağlık hizmetini Sağlık Sigortası Fayda Programı ve Farmasötik Fayda Programı hizmet sağlayıcıları ile gerçekleştirmektedir. Sağlık Sigortası ve Farmasötik Fayda Programı devlet tarafından denetlenmektedir. Medicare temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik olup; ambulans hizmetleri, diş hizmetleri, toplum sağlığı, ruh sağlığı hizmetleri ve sınırlı olarak çocuk diş bakımını sağlamaktadır. Farmasötik Fayda Programı ilaçların maliyetlerini onaylayan bir birimdir. Kamu hastanelerinde yatan hastalar için hizmetler genellikle ücretsiz olup, listede olmayan ilaçların ücretini ödeyerek satın alabilirler.

Avustralya; kendi vatandaşlarına, sürekli vize sahibi olanlara, Yeni Zelanda vatandaşlarına ve bazı prosedürlere tabi tutup kimlik doğrulaması yaptırdıktan sonra ve resmi anlaşması bulunan ülke vatandaşlarına kısıtlı olmak kaydıyla sağlık sigortasından yararlanma hakkı tanımaktadır. Sağlık sigortası programına katılmak için 30 yaş sınırdır. 30 yaş öncesi başvuran kişiler ömür boyu düşük prim öderken 31 yaşından gün almaya başlayan kişiler her yıl taban prim ödemesinde % 2’lik bir artış ile karşılarlar. Bu sebeple bu sigorta türü, 30 yaş öncesi ve altındakiler arasında en çok tercih edilen, öncesinde tercih etmeyenlerde ise 50 yaşından sonra tercih etme eğiliminde oldukları belirtilen bir uygulamadır. Özel sağlık sigortası temel hizmetlerin dışında kalan işlemleri daha fazla hizmet sağlayıcısı ve hızlı erişim ile sunabilmektedir. Özel sağlık sigortası; diş, fizik tedavi, ayak bakımı, evde bakım ve göz hizmetlerini karşılamaktadır. Diş işlemlerinde implant ve operasyonlar ise ücrete tabi olmaktadır (International Profiles of Health Care System, 2017).

2.3.10. Japonya

Tüm Japon vatandaşları 1961 yılında çıkarılan yasa ile sağlık sistemi güvencesine alınmıştır. Japonya’da sağlık sistemi erken teşhis odaklı olarak çalışmaktadır (Tontuş, yyyj). Japonya’da genel sağlık sigortası Japonların makul fiyatla kaliteli sağlık hizmeti almasına izin verdiği için sağlık amacıyla yurtdışına giden turist sayısı fazla değildir (Miyashita ve ark, 2017).

Japonya sağlık turizminin geliştirilmesi için kamu ve özel sektörü bir araya getirmeye yönelik çalışmalar yapmaktadır. Japonya sağlık turizmi açısından çok geç girişimde bulunmuştur. Günümüzde ise seyahat acentaları ile anlaşmalar yapmaya başlamışlardır. Japonya’da dil problemleri en çok görülen sorunlardandır. Japonya için hedef pazar Çin’dir. Japonya’da yurtdışındaki hastalara ulaşabilmek için tanıtımlar yapılmıştır. Bu çalışma sonucu yalnızca 210 zengin Çinli hastaya hizmet verebilmişlerdir. Japonya, Çin’den beklediği hasta potansiyelini gerçekleştiremeyince Rusya, Vietnam ve Filipinler gibi yeni hedef pazarlara yönelmiştir (Tontuş, yyyj).

2.3.11. Çin

Çin’de hastalar için uygulanan fiyat tarifesi yabancı ve yerli için aynıdır. Ancak bu fiyatlar Çinliler için hayli yüksektir (Tontuş, yyyj). Çinli hastalar daha makul fiyatlarla yüksek kaliteli tıbbi bakım için yurtdışına seyahate gidebilmektedir. Han ve Hyun(2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre Çin’li hastaların Kore’de bulunan kliniklere % 37.8’lik katılım ile en çok hizmet alan sağlık turistleri oldukları belirlenmiştir.

2.3.12. Macaristan

Macaristan’da sağlık turizmi, 1980’li yıllarda Almanya ve Avusturya ile olan mesafelerin yakınlığı ve düşük ücret politikası sebebiyle hastaların Macaristan’ı tercih etmesiyle başlamıştır. Avrupa Birliği’ne üye olması sonrasında popüleritesi artmıştır. Avrupalı hastaların % 42’si diş tedavilerinde Macaristan’a gitmeyi tercih etmektedir. Macaristan, dünya sağlık turizmi sektörünün % 21’ini oluşturmaktadır. Macaristan’da yapılan plastik cerrahi operasyonlarının % 40- 60 oranı sağlık turizmi kapsamındadır. Macaristan Merkez Vergi Bürosu’nun raporuna göre her yıl 60 000-70 000 dolayında hasta Macaristan’a gelmekte ve sadece diş işlemlerinden yılda 250 milyon Euro gelir elde etmektedir (Tontuş, yyyb).

2.3.13. Kosta Rika

Kosta Rika’da sağlık hizmetleri, özel sektör ve devlet tarafından verilmektedir. Kosta Rika’nın sağlık sistemi Latin Amerika’nın en iyi modellerinden birisidir. Caja Costarricense de Seguro Social isimli kamu kuruluşu, hem devletten hem de sigortalı kişilerin maaşlarından elde ettiği katkılarla finans yaratmaktadır. CCSS aracılığı ile sağlık hizmeti kapsamı evrensel ve herkese açıktır. Kosta Rika’da büyüklükleri önemsenmeden tüm özel hastaneler klinik olarak adlandırılır (Budgett ve ark, 2017). Kosta Rika özellikle ABD’li sağlık turistleri tarafından tercih edilen destinasyonlardan biridir. Kliniklerde; diş hekimliği, ortopedi, kardiyoloji, kanser, estetik ve bariatrik tedaviler sunulmaktadır. Tropik plajlar ve konaklamalarda sunduğu lüks hizmetlerle ABD ve Kanada gibi ülkelerden sağlık turisti çekmeyi başarmaktadır (Radmanesh, 2016).

2.3.14. Hindistan

Hindistan’da yapılan tedavi ve ameliyatlar % 65-90 arasında hastaya tasarruf sağlamaktadır. Hindistan, gelişmiş tesisler, yabancı dildeki yeterlilikler, uygun maliyetler ve turistik konumundan dolayı avantajlı bir durumdadır (Radmanesh, 2016). Hindistan 2006 yılında sağlık turizmi amacıyla başvuru yapan sağlık turistleri ve yanlarındaki refakatçiler için farklı bir vize uygulamaya başlamıştır. Tıp ve Ayurvedik terapiler birlikte kullanıldığından oldukça ilgi çekici bir hal almıştır. Birleşik Krallık ile aralarında bulunan ikili antlaşmayla sağlık turizmi talebinde artış yaşanmaktadır (Aydın ve Karamehmet Aydın, 2015).

Hindistan’ın gelişmekte olan pazarlarda sağlık turizmi açısından sağlık hizmetleri alt yapısı, nitelikli sağlık personeli ve diğer destinasyonlarla kıyaslandığında daha uygun fiyat politikası hızla büyümesine zemin hazırlamıştır (Abubakar ve Ilkan, 2016). ABD’de ve Birleşik Krallık’ta çalışan çok sayıda Hintli doktor olması Hintli tıbbi tedavi hizmetin güvenilir olmasını ve tercih edilmesini sağlamaktadır (Feritas, 2010). Hijyen sebebiyle imajı olumsuz olsa da Hindistan hükümeti sağlık turizmi konusunda uygun fiyat stratejisi ile avantaj elde etmeye çalışmaktadır (Aydın ve Karamehmet Aydın, 2015).

2.3.15. Tayland

Tayland’da yapılan tedaviler hastaya Avrupa ve ABD’ye göre % 40-60 arasında avantaj sağlamaktadır. İngilizce konuşma oranının yüksek olması, uygun fiyatlı oluşu, kaliteli sağlık hizmeti vermesi ve Taylandlıların misafirperver oluşu hastaların ilgisini çekmektedir (Radmanesh, 2016). Tayland’da alternatif tıp, kozmetik cerrahi, diş tedavileri, cinsiyet değiştirme, kalp operasyonları, obezite cerrahisi, organ nakli (Dökme ve ark, 2017) öncelikli tercih edilen sağlık işlemleridir. Sağlık turizmi sektöründe hizmet veren Bumrungrad Hastanesi günlük bin hastaya, 2005 yılında Bangkok Hastanesi ise yılda yüz elli bin hastaya hizmet vermiştir. Sözgelimi, implant tedavisi için ABD’den yılda üç defa Tayland’a seyahatler gerçekleşmektedir (Tontuş, yyye).

En çok sağlık turisti ise diğer Asya ülkelerinden hizmet almak için gelenlerdir (Dökme ve ark, 2017). Tayland’da bin ve üzeri devlet hastanesi ve dört yüzden fazla özel hastane bulunmaktadır. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre iki katı maaş verdiği için doktorlar çalışmak için özel hastaneleri tercih etmekte ve gelen sağlık turistlerinin özel hastanelerde tedavi oldukları vurgulanmaktadır (Tayland Sağlık Sektörü, 2015).

2.3.16. Meksika

Coğrafi yakınlık sebebiyle ABD vatandaşları tarafından öncelikli tercih edilen bir ülkedir. Uygun fiyatlar, ulaşımda üç saatten kısa uçuşların olması, teknolojik donanım, dil bilen personel istihdamı Meksika’nın tercih edilme sebeplerindendir. Diş tedavileri, obezite, kök hücre, kozmetik cerrahi öne çıkan hizmetlerdendir (Tontuş, yyyd). Özellikle diş tedavileri ve ucuz ilaç satın almak için Meksika tercih edilen bir ülkedir (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017).

ABD’ de uygulanan fiyatlarla kıyaslandığında diş tedavileri Meksika’da Tonuş (yyyd)’a göre % 30-35, Tengilimoğlu ve Zekioğlu (2017)’ye göre % 40 dolayında daha ucuzdur. Medikal Turizm Birliği’nin 2013 yılında uygulamış olduğu “Medikal Turizm Hasta Anketi”ne göre en yüksek talep Meksika ve Hindistan’adır. Meksika Turizm Sekreterliği 2013 yılında sağlık turizmi kapsamında 6.5 milyonu ABD’den olmak üzere 12 milyon sağlık turistinin geldiğini açıklamıştır (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017). Meksika sınırında bulunan diş kliniklerinin hizmet sunması sebebiyle ABD’deki çoğu diş kliniği kapanmıştır. Ancak enfeksiyon ve uygun olmayan malzemeyle kalitesiz işçilik sonucu Meksika’ ya uyarılar da yapılmaya başlanmıştır (Tontuş, yyyd).

2.3.17. Singapur

Asya’da bulunan en iyi sağlık sistemi Singapur’da kurulmuştur (Dökme ve ark, 2017). 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan değerlendirmede 191 ülke arasında altıncı ve Asya’da birinci olmuştur. ABD ve Kanada’dan daha iyi hizmet kalitesine sahiptir. Bir sağlık tesisinin hizmet verebilmesi için Singapur Tanıtım Kurulu, Singapur Laboratuar Akreditasyon Sistemi, Sağlık Bakanlığı, Singapur Akreditasyon Kurulu, uluslararası akreditasyon ve standardizasyon kurumları tarafından akredite olması gerekmektedir. Doktorlar ve sağlık çalışanları da Singapur Tıp Konseyi, Singapur Hemşireler Kurulu, Singapur Diş Hekimliği Kurulu gibi farklı kurullar tarafından akredite edilmekte ve denetlenmektedir. Singapur’da kamu ve özel sektör birlikte hareket etmektedir. Singapur, Endonezya, Malezya, ABD gibi ülkelerden sağlık turisti talebi almaktadır. Orta Doğu ülkeleri ile muhtelif devletlerarasında antlaşmaları da bulunmaktadır. 2012 yılında 850.000 sağlık turisti, sağlık hizmeti almak için Singapur’a gelmiştir. Bu hastaların harcadıkları tahmini tutarın 3.5 milyar USD olduğu düşünülmektedir (Tontuş, yyyf).

Dökme ve ark (2017)’na göre Singapur’da 21 adet akredite olmuş hastane, Tontuş (yyyf)’a göre 25 dolayında hastane veya özel sağlık hizmeti sunan merkez bulunmaktadır. Hekimlerin büyük bir kısmı İngilizce bilmektedir. Bu durum Singapur için bir avantaj niteliğindedir (Tontuş, yyyf; Dökme ve ark, 2017). Fiyatların ABD’ye göre daha uygun olması Singapur’un tercih edilmesini cazip kılmaktadır. Dünya’da ilk ve tek olabilecek Kadın Kalp Hastalıkları Kliniği Singapur Üniversite’si bünyesinde açılmıştır (Tontuş, yyyf).

2.3.18. Malezya

Malezya’da Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında sağlık turizmini geliştirmek için ulusal bir komite kurulmuştur. Medikal turizm kapsamında Malezya; onkoloji, kardiyoloji, diş tedavisi ve kozmetik cerrahi alanında öncelikli tercih edilen ülkelerden birisidir. Malezya’ya ağırlıklı olarak Endonezya, Çin ve Singapur’dan sağlık turisti gelmektedir. Sağlık turizmi kapsamında 2013 yılında 770,134 sağlık turisti sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunmuştur (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017).

2.3.19. Brezilya

Brezilya sağlık turizmi alanında hızla gelişen ülkelerden birisidir Brezilya’daki hastanelerin % 60’ı kâr amacı olan klinikler veya özel kuruluşlar olup % 40’ı kamuya aittir. Brezilya’da 2007 yılında yapılan bir araştırma verilerine göre seyahatlerin % 9,2’lik kısmı sağlık turizmi amacıyla yapılmıştır. Brezilya’yı tercih eden sağlık turistleri genellikle kendi ülkelerinde sağlık sigortaları olmayan Avrupalı ve ABD’lilerdir. Vize probleminin olmaması ve yakınlığı sebebiyle Güney Amerika’dan gelen sağlık turistleri; kalp problemleri, kanser tedavileri veya nörolojik operasyonlar için Brezilya’yı tercih etmektedir. Dünyanın farklı ülkelerinden gelen sağlık turistleri ise çoğunlukla plastik cerrahi operasyonları sebebiyle Brezilya’yı tercih etmektedir. Brezilya plastik cerrahi alanında oldukça başarılıdır. Plastik cerrahi operasyonlarında yağ aldırma, karın germe ve yüz gerdirme en çok tercih edilen işlemlerdendir. Diş tedavileri ve plastik cerrahi gibi operasyonlar da kaliteli ve uygun fiyatlıdır. (Aydoğdu, 2016).

Brezilya, Tengilimoğlu ve Zekioğlu (2017)’na göre kozmetik cerrahi operasyonlarında % 40, Aydoğdu (2016)’ya göre check-up, diş, göz gibi operasyonlarda % 70 oranında tasarruf sağlamaktadır. Brezilya’ya gelen turistler sağlık hizmeti almak için 20 günden fazla konaklamaktadır ve günde 120 USD harcama yapmaktadır. Brezilya Turizm Bakanlığı verilerine göre son 3 yıl içerisinde sağlık turizmi amacıyla 180.000 sağlık turisti Brezilya’ya gelmiştir (Aydoğdu, 2016).

Brezilya, kozmetik cerrahi alanında sunduğu eğitim imkânları sebebiyle cerrahlar tarafından da tercih edilmektedir (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017). Devlet tarafından teşvik oranı düşük ve sağlık turizmi pazarlama faaliyetleri ise azdır (Aydoğdu, 2016).

2.3.20. Güney Afrika

Güney Afrika sağlık turizminden pay almaya başlayan ülkelerden birisidir. Sağlık turizminde iyileştirmeler yapabilmek için bir bakanlık veya koordinatörlük birimi oluşturmaya başlamıştır (Göçer ve Aydın, 2016).

 Güney Afrika’da kamu hastaneleri ağırlıklıdır. Hastanelerde; kozmetik cerrahi, kalça protezleri, kardiyak operasyonlar ve diş tedavileri gibi hizmetler popülerdir. Sağlık alanında hizmet verecek olan doktorlar 12 yıl boyunca kapsamlı olarak ABD veya Birleşik Krallık’ta eğitim almaktadırlar. Güney Afrika’da sunulan sağlık turizmi paketleriyle ülkenin bilinirliği artırılmıştır. Bu paketlerde vize işlemleri, karşılama, özel hemşire, operasyon öncesi ve sonrası konaklama ve safari turları gibi hizmetler bulunmaktadır. Güney Afrika özellikle Birleşik Krallık’tan gelen sağlık turistleri tarafından tercih edilmektedir. (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017).

2.3.21. Türkiye

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin en üst normatif dayanağı olan Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesine göre;

 “…*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir…”*

Bu madde; devlet ve özel sektör sağlık kurumlarının, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına sağlık hizmeti verme görevini yüklemektedir. Ülkemizde, vatandaşların beden ve ruh sağlığını koruma görevi Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Hizmet sağlayıcıları olarak devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sektördeki sağlık kurumları Türk vatandaşlarına hizmet sunmaktadır. Bu hizmet kapsamında iş gücü bakımından; hekim, eczacı, hemşire, sağlık personeli, tedaviye yardımcı olarak; muayene ve tedavi esnasındaki araç-gereç ve ilaçları kapsamaktadır (Orhaner, 2014). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık turizmimin geliştirilmesi hedeflenerek 2011 yılında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuş, sağlıkta dönüşüm programıyla eşitliğin sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu kurularak Türkiye’deki sağlık sisteminin tüm dünyaya tanıtılması amaçlanmıştır (Sülkü, 2017).

 2016 yılındaki verilere göre sağlık turizmi kapsamında; kadın hastalıkları ve doğum alanında 9,944 kişi, göz alanında 7,074 kişi, ortopedi ve travmatoloji alanında 5.655 kişi olmak üzere iç hastalıkları, plastik cerrahi, çocuk hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, onkoloji, genel cerrahi ve kardiyoloji kliniklerine sağlık hizmeti almak için birçok hasta başvuruda bulunmuşlardır. (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2017).

2.4. Sağlık Turizmi Kapsamında Yapılan Dental İşlemler

Ağız her şeyden önce iletişim merkezimizdir (Seti ve Kaus, 2012). Ağrı, gerçek veya potansiyel olan doku hasarı ile ilişkili rahatsızlık verici duygusal deneyimdir. Ağrı oluşmasında hiçbir demografik özellik veya kültürel farklılık bulunmamaktadır. Ağrı düzeyleri ise kişiden kişiye değişmektedir (Çağlayan ve Baloş Tuncer, 2011)

Türkiye’de dental anlamda; oral diagnoz, periodontoloji, cerrahi, endodonti, ortodonti, protez, protetik diş tedavisi ve pedodonti olmak üzere 8 ana branş bulunmaktadır. Yapılan işlemlerde hastanın günlük yaşantısı tedaviyi etkilemektedir. Diş tedavileri, komplike bir tedavi yöntemi olabilmektedir. Bir hastalığa koyulacak teşhis veya yapılacak tedavide diş hekimlerinin birbirlerine danışıp, aralarında görüş alışverişinde bulunmasına veya farklı bir tıp alanındaki bir hekimden görüş alınmasına konsültasyon denilmektedir. Hekimler veya diş hekimleri görüşlerini, elde ettikleri sonuçları kendi imzalarını içeren bir belgeyle sunmaktadırlar (Güler, 2018).

2.4.1. Oral Diagnoz

İlk kez ABD diş hekimliği uygulamalarında ortaya çıkan bir kavramdır. Zaman içerisinde bir disipline dönüşerek, teşhis ve tedavi planını kendisine konu edinerek bilimsel ve uygulamalı bir alan oluşturmuş olan bilim dalıdır. Hastanın şikâyetleri, ilk muayene, röntgenler ve laboratuvar teknikleri değerlendirilerek hasta için en uygun tedavi planı sunulur. Radyoloji bölümü ile bir bütündür. Radyoloji alanında görüntüleme teknikleri bulunmaktadır (Aydıntuğ, 2011). Panoramik radyografiler; standart radyografik muayeneler olarak kabul edilir. Periapikal radyografiler; tek diş için daha detaylı bulguları tamamlamak için önemli bir metottur. Bilgisayar tomografisi diğer radyografiler gibi detaylı bilgi alınmasını sağlamakla birlikte daha çok özel durumdaki hastalar için tercih edilir (Dula ve ark, 2001; Şener, 2008).

2.4.2. Periodontoloji

Periodontoloji, hastalık sahibi kişilerde diş çekilmeden önce; yaş, cinsiyet, dişin formu, sistemik rahatsızlıklar, sosyo-ekonomik durum, sigara alışkanlığı, eğitim düzeyi, oral hijyen alışkanlıkları gibi durumların değerlendirilmesi sonrasında mümkün olduğu kadar dişi ağızda tutmak ve korumak için yapılan tedavilerin olduğu branştır (Ayrancı, 2012). Periodontoloji alanında dişeti çekilmeleri sebebiyle diş üzerinde plak oluşumu, dentin hassasiyeti, kök çürükleri ve estetik problemleri gibi periodontolojik rahatsızlıklar önemli hastalıklar arasındadır. Diş taşları, çürük veya periodontal hastalıklara sebep olabilir. Diş taşları, diş kökleri üzerinde görülen subragingival ve diş eti üzerinde görülen supragingival olarak ikiye ayrılmaktadır. Diş yüzeyinde biriken diş taşları dişetlerinin tahrip edebilir ve sonuç olarak periodontal hastalıklar veya çürük oluşumu başlamasına sebep olur. Periodontal sorunlardan bir diğeri ise dişin pulpa kısmında iltihap olarak karşılaşılan apsedir. Periodontal hastalık, diş çürüğü veya fazla aşınmalarda oluşan apse, alveol kemikte yol açıp dışarı boşalmaktadır. Periodontoloji alanında yer alan periodontitis diş kayıplarına neden olan önemli bir diğer hastalıktır (Akça ve ark, 2003; Sönmez Sözer ve Sevim Erol,2017; Sarı, 2014; Özbek, 2015) İmplant tedavisine başlamadan önce hastalar mutlaka periodontal tedavi almalıdır (Seti ve Kaus, 2012).

2.4.3. Restoratif Diş Tedavileri

Diş çürükleri; bakterilerin, yiyeceklerde bulunan karbonhidratları fermante etmelerinin ardından ortaya çıkan asitlerin dişlerin sert dokularında sebep olduğu ve ilerlemesinin devam ettiği bir yıkımdır. Komşu olan dişlere geçebilir ve hasta geri dönüşü olmayan sonuçlarla karşı karşıya kalabilir (Çelik, 2017; Sönmez Sözer ve Sevim Erol, 2017). Diş çürükleri en fazla görülen hastalıklardandır (Güçiz Doğan ve Gökalp, 2004). Diş çürükleri için en etkili faktör florlu diş macunlarıdır (Bahçe Memiş, 2016).

Restoratif işlemlerde yapılan dolgular tedavinin ömrü ile ilişkili olarak tekrar uygulanabilir. Farklı çalışmalarda kompozit olan dolguların ömrünün 4 ilâ 6 yıl, amalgam dolguların 6 ilâ 8, cam iyomer dolguların ise 2 ilâ 4 yıl arası olduğu belirtilmektedir. Kompozit dolguların oldukça hassas bir tekniği bulunmaktadır. Bu sebeple yapılma süresi diğer yöntemlere göre daha uzun sürmektedir. Amalgam dolgular; gümüş, kalay, civa gibi metallerin karıştırılması ile oluşturulan bir maddedir. Kuvvet gerektiren, estetik kaygısının olmadığı durumlarda kullanılır. İçeriğinde bulunan civa ve estetik kayıplar sebebiyle tercih edilmemektedir. Cam iyomer: diş minesine ve dentinine bağlanan biyouyumlu maddelerdir. Kırılgan bir yapıda olduğu için ömrü çok uzun değildir. Çocuklarda tercih edilen bir yöntemdir (Mutluay ve Mutluay, 2016; Yıldırım ve ark, 2010).

Dişlerde oluşan renk değişimleri gülüş estetiğini bozan faktörlerden birisidir. Diş rengi kişinin göz rengi, saç rengi gibi faktörlerle ve çeşitli sebeplerle farklı renklerde olabilir. Diş beyazlatma ise renklenen diş minesinde belirli beyazlatma materyalleri ile giderilmesidir (Can, 2012; Çelik, 2017). Başka bir tanıma göre beyazlatma işlemi, diş rengini hafifletmek için belirli kimyasallar kullanılarak yapılan bir işlemdir (Davis, 2006).

Diş beyazlatma yönteminde lazer kullanılabilmektedir. Lazer, ağartma materyali olan hidrojen peroksit ağartma ajanının kullanılıp, ajanın sıcaklığını artırarak dişteki ağarmayı hızlandırmaktadır (Alkan, 2012). Isı, pulpaya zarar verebildiği için çok amaçlı ışık cihazları üretilmektedir (Çelik, 2017). Diş beyazlatmanın dezavantajı: diş etleri ve dişlerde ağrıya sebep olabilmesidir (Davis, 2006).

2.4.4. Cerrahi İşlemler

Cerrahi işlemler; ağız, diş ve çene cerrahisini içermektedir. Çene ile ilgili tüm rahatsızlıklar, diş çekimi ve çoğunlukla implant gibi işlemler bu bölümde gerçekleştirilmektedir. Kaybedilen dişin yerinde oluşan boşluğun geri kazanılması için çene kemiğine yerleştirilen titanyum vida (Davis, 2006) ile yapılan estetik ve işlevsel olan ve doğal haline çok benzeyen taklitçi dişlere diş implantı denilmektedir. İmplant aynı zamanda cansız dokunun aktarılması anlamını da taşımaktadır (Kökden ve Türker, 1999). İmplantoloji diş tedavilerinde en büyük yenilik ve en fazla büyüme oranına sahip alanlarından birisidir. İmplantolojide tıp mühendisliği, protez alanını kapsayan mekanik, teknik beceri ve işçiliği kapsayan multidisipliner bir alandır. Kısmi veya tam dişsiz hastalara uygulanan bir yöntemdir. İmplant, diğer dişlerinden bağımsız olarak kaybedilen dişin çevresindeki diğer dişlere zarar vermeden tek diş olarak da yapılabilmektedir. Bu sebeplerle diş hekiminin yeterli eğitimi almış olması gerekmektedir. Diş implantlarında hastanın beklentisi estetik olarak yapılması ve çiğneme fonksiyonunu geniş kapsamlı olarak karşılamasıdır. Hastanın ihtiyaç ve beklentisini anlamak tedavinin başarılı bir şekilde sonuçlanması için önemlidir (Seti ve Kaus, 2012).

Diş hekimliğinde kullanılan yöntemler teknolojinin ilerlemesiyle dijitalleşmiş teşhis ve tedavide ilerlemeler kaydedilmiştir. İmplant tedavisine başlanılmadan önce tedavi planının çok iyi yapılması gerekmektedir. Belirli tedavilerde karmaşıklık düzeylerine göre kemik greftleri kullanılabilmektedir. İmplantlarda özellikle yaşlanma ile birlikte görülen kemik kayıplarında kemik greftleme yöntemi önemlidir. Greft, canlı dokuların aktarımı anlamını taşımaktadır (Kökden ve Türker, 1999). Bu yöntem kemiğin yeniden şekillenmesi ve istenilen mekanik dayanıklılığa ulaşması için uygulanan bir yöntemdir. Biyomateryal ise canlı doku görevi gören, doğal veya yapay olarak kullanılan uyumlu materyale verilen isimdir. Biyomateryaller, vücut ile belirli aralıklarla veya sürekli olarak vücut sıvıları ile temas halinde olup destek amaçlı kullanılmaktadır (Tüylek, 2017).

İmplant tamamen veya kısmen dişsiz olan hastalarda sabit restorasyonların yapılmasına ayrıca izin verir. Willi Schulte, kaybedilen dişin yerine veya diş çekiminin hemen ardından implant yapılmasına öncülük etmiştir. Ancak günümüzde fizyolojik sebeplerle hemen yapılması tavsiye edilmemektedir. Kemik durumu yeterli değilse, implantın kemiğe tutunması entegrasyonun sağlanması için üç ilâ altı ay arası iyileşme süresi tanımlanmalıdır. Bu süreç içerisinde implant kemiğe kaynaşarak, kemiğe tutunması sağlanmaktadır. İmplantın kemiğe tutunması yapılacak protez için de oldukça önemlidir. Protez desteğini implanttan almaktadır (Şimşek ve ark, 2004; Seti ve Kaus, 2012; Fontana ve ark, 2010; Şener, 2008). Diğer yandan dental implant yapılan hastanın ağzında plak ve kötü hijyeninin olması, sigara veya alkol tüketimi implantın başarısızlıkla sonuçlanmasına sebep olabilir (Mumcu, 2018).

2.4.5. Endodonti

Endodontik tedavi; diş pulpasının tamamının çıkartılıp, kanalların temizlenip, kök kanalının genişletilerek kanal içerisi steril hale getirildikten sonra tüm alanın sızdırmaz bir şekilde kök ucuna kadar doldurulmasıdır (Ercan ve Kaya, 2005). Kanal tedavisinin başarısız olduğu durumlarda kanal tedavisi retreatment yöntemiyle tekrarlanabilir veya risk oranı yüksekse diş çekilebilir. Kanal dolgusundaki materyalin çıkartılarak kanalın tekrar doldurulmasına retreatment adı verilmektedir. Retreatment yapılan dişin başarı oranı % 65-80 aralığındadır. İlk yapılan kanal tedavisinin teknik yetersizlikle bağlantılı olarak mikrobiyal enfeksiyon kapabilir ya da kanal sistemi tekrar enfekte olabilir (Üreyen Kaya ve Diljin Keçeci, 2006). Dişlerin kırılması durumunda endodontik tedavili dişlere kalın ve uzun fiber postlar yerleştirilerek, dişin gerilme kuvvetine karşılık olarak direncin artırılması sağlanabilir (Uslu ve ark, 2016).

2.4.6. Ortodontik Tedaviler

Ortodontik tedaviler; dişlerin düzensizliğini, komşu ve karşısında olan dişlerin çene kemiği ile olan ilişkisini, alt ve üst çene ilişkisini, çene kemiğinin yüz iskeletine göre konumlandırma ve düzeltilmesiyle; çiğneme, konuşma gibi fonksiyonları sağlamayı dengeli orantılı bir yüz estetiği oluşturmayı hedefleyen bir tedavi alanıdır (Kamiloğlu, 2015).

Ortodontik tedavide dişi çevreleyen ve destekleyen dokuların üzerinde uygulanan kuvvet sonucu alveol kemiği yeniden şekillenir (Başaran ve ark, 2006). Ortodontik tedaviler uygulanmaya başlanıldığında sadece ön dişlerin sıralanışı önemliydi. Tedavi teknikleri geliştikçe arkada kalan diğer dişlerin de düzeltilmesinin, alt ve üst çenenin kemiklerinin ve kafa kaidesi ile olan ilişkininde önemli olduğu ortaya çıkmıştır (Kamiloğlu, 2015).

Ortodontik tedaviler sağlıklı hastalara, akut veya kronik rahatsızlıkları olan hastalara da sunulabilen bir tedavidir (Özkepir ve Altuğ, 2015). Ortodontik tedavi süresince bant ve braketlerin kopmaması gerekmektedir. Bu durum tedavi sürecini uzatmakta ve çürüklere sebep olabilmektedir (Ulusoy ve ark, 2013). Buna benzer sebeplerle ortodontik tedavilerde hastalar periyodik olarak takip edilerek oluşan sorunlarda doğru yönlendirilmelidir (Özkepir ve Altuğ, 2015). Son yıllarda ise hastaların estetik kaygılarından dolayı metal braketler yerine plastik braketler tercih edilmeye başlanmıştır (Ulusoy ve Varlık, 2008).

2.4.7. Protez

Dişler, yaş aldıkça yapısal olarak zayıflamaya başlar. Kaplama, bir dişi, köprüler ise birden fazla dişi değiştirmek ve dişin tüm yüzeyini kaplamak için kullanılan bir yöntemdir. Bu yolla aşınmış veya zayıflamış dişlerin dayanıklılığı artırılmaktadır. Kaplamalar genellikle aşınmış dişlere kompozit veya porselenden yapılarak dişlere uzunluk ve renk kazandırılır. Porselen kaplamalar doğal diş minesini taklit eder. Porselen kaplamalar 10-15 yıl kadar dayanabilmektedir. Kaplamanın avantajı diş beyazlatmaya göre daha uzun ömürlü olmasıdır. Dezavantajı ise bu işlem sonucu hassiyet, morarma ve küçük şişlikler söz konusu olabilmektedir (Davis, 2006). Ağızda hiç dişin olmadığı durumlarda tam protez kullanımı uygun görülebilir. Protezler; takılıp çıkarılabilen hareketli olarak da yapılabilmektedir. Ağızda bulunan diğer dişlerle metal kancalar veya hassas tutucular yardımı ile ağza uygun olarak tatbik edilebilir. Bu tip protez yaptıran hastalar herhangi bir rahatsızlıkları olmasa da yılda bir kez kontrole gitmeli ve protezlerinin 5-7 yıl sonra yenilenmesi gerekmektedir (Hersek, 2009).

Protez işlemlerinin implant sonrası genel çiğneme işlevleri ve yüz formu açısından hastanın beklentisini karşılayacak şekilde yapılması önemlidir (Seti ve Kaus, 2012). Estetik diş hekimliği yaşlanma belirtilerini tersine çevirerek hastaya genç bir görünüm kazanma fırsatı sunmaktadır (Davis, 2006).

Uyku esnasında hastaların farkında olmadan dişlerini sıkması (Davis, 2006), kenetlemesi veya birbirine sürtmesi diş gıcırdatması olarak tanımlanır. Diş gıcırdatmaları dişlerde aşınmaya, hassasiyete, çene eklemi veya baş bölgesinde ağrılara ve buna benzer sorunlara sebep olabilir. Gıcırdatmanın farklı sebepleri olmakla birlikte stres önemli bir faktördür. Kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, dişleri korumaya yönelik tedbirler alınabilir. Kişiye özel yapılan gece koruyucusu sürekli ve doğru kullanım ile dişlerde oluşan sorunlar kontrol altına alınabilmektedir (Oral, 2012).

2.4.8. Pedodonti

 İnsanlarda süt ve sürekli olmak üzere iki farklı diş yapısı bulunmaktadır. Bebekler ilk doğduklarında ağızlarında dişleri bulunmamaktadır. Önce kesici dişler, birinci azılar, köpek dişleri ve son olarak ikinci azı dişleri çıkmaktadır. 6-12 yaş arası ise karma diş dönemidir. Süt dişleri toplamda 20 adet olup 11-12 yaşına kadar çocukların sürekli dişi çıkana kadar beslenmeye katkıda bulunurlar. Süt dişlerinin travma veya çürüme sebebiyle erken kaybedilmesi, çiğneme esnasında sorun oluşturmaktadır. Sürekli dişleri de belirli bir zamanda çıkacağı için çocuk çok uzun bir dönem dişsiz kalabilir. Erken kaybedilen süt dişi ardından gelecek olan sürekli dişin anormal pozisyonda çıkmasına veya çıkmamasına sebep olabilir (Özbek, 2015).

Dışarıdan gelen travmalar dişe veya çevre dokulara zarar verebilir. Çocuklarda ve ergen bireylerde diş kaybının en çok yaşandığı ikinci neden, travmalardır. Travmatik yaralanmalar genellikle çocuklukta meydana geldiği için hastayı hayatı boyunca etkilemektedir (Tahan ve Tuğ Kılkış, 2014).

Beş yaşının altındaki çocuklarda görülen diş çürükleri erken çocukluk çağı çürükleri olarak bilinmekte olup, bebek çürüğü veya biberon çürüğü olarak tanımlanmaktadır. Bu dişlerin çürümesi, aslında daimi olan dişlerinin çürük oluşma riskini de tetikler ve yeni çıkacak olan dişlerin % 87 oranında etkilenmesine sebep olur. Bu çürükler çocukta yemek yememe ve buna bağlı olarak kilo kaybına, gelişim geriliğine gibi durumlara yol açabilir. Psikolojik olarak konuşma bozukluğu ve ağız kokusuna sebep olduğu için çocukların sosyal yaşamlarında sorun da oluşturabilir (Yıldırım ve ark, 2010).

2.5. Genel Olarak Sağlık Turizmi, Özel Olarak Dental Turizm Kapsamında Sistemik Durumlar ve Hastalıklar

Sağlık turizmi kapsamında hizmet alan sağlık turistinin genel sağlık durumu önemli bir konudur. Özellikle dental implant tedavilerinde sistemik durumlar ve hastalıklar çene kemiğinin kalitesini, miktarını veya iyileşme süresi gibi faktörleri etkileyebilmektedir. Kalp hastalıkları veya diyabet gibi sistemik durumlar implant cerrahisi için riskli faktörlerdir (Vayısoğlu Özcan ve ark, 2012).

Sistemik rahatsızlığı olan hastalara yapılan diş çekimlerinde saatler sonra oluşan kanamalar veya ciddi enfeksiyonlarla karşılaşılabilmektedir. Hekim ve diğer hastalar açısından sistemik rahatsızlıklar diş tedavilerinde kullanılan lokal anestezilerde kan ile bulaşabilme riski açısından önem arz etmektedir. Bu sebeplerle hastanın tıbbi geçmişi, sistemik rahatsızlıkları veya kullandığı ilaçlar öğrenilmelidir (Aydıntuğ ve ark, 2010).

Çalışmanın bu bölümünde dental turizm açısından sistemik durumlar ve hastalıklar üzerinde durulmuştur.

2.5.1. Tütün Mamülleri ve Sigara

Sigara içmek, dokular üzerinde çok sayıda zararlı etkiye sebep olmaktadır. Nikotin, karbon monoksit ve hidrojen siyanür gibi tütün ürünleri, bağ dokunun temel ve diğer onarım sağlayan hücrelerin çoğalmasını azaltarak yaraların iyileşme sürelerini değiştirmektedir. Sigara kullanımı, osteoblast gibi kemik metabolizmasındaki bozukluk sebebiyle proteinin azalmasına, kemiklerin kolay kırılabilmesine sebep olur. Bu durum kemik mineral yoğunluğunun azalması ve kemik iyileşmesinde gecikme ile sonuçlanır (Rose ve Mealey, 2010; Özkepir ve Altuğ, 2015).

Yapılan bir çalışmada binlerce implanttan elde edilen veriler incelenerek sigara içenlerin, içmeyenlere kıyasla implant başarısızlık oranının yaklaşık iki kat daha fazla olduğu doğrulanmıştır. Diğer yandan sigara içen hastaların implant sonrası rutin kontrollerine devam edilerek implant dokularındaki farklılıklara erken teşhis ile müdahale edilmesi suretiyle implant kayıplarına engel olmak mümkündür (Rose ve Mealey, 2010; Şener, 2008).

Sigaranın sebep olduğu etkiler ikiye ayrılarak saptanabilmektedir. Birinci etkiler bireyleri direkt etkileyen, kişinin periodontal durumunu ifade eden gingivitis, kanama ve diğer ölçümleri içeren parametrelerin incelenmesidir. İkinci etkiler ise bireyi endirekt olarak etkileyen, dişlerin üzerinde renklenme, plak ve diş taşı oluşumu değerlendirilerek yapılan ağız hijyen durumu değerlendirmesidir. Yapılan bir araştırmada sigara kullananların, kullanmayanlara göre iki kat daha fazla periodontal risklere sahip olduğu saptanmış ve sigara kullanımının hastalığın ilerlemesi ile paralel olarak ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Sigaranın periodontal hastalıklarla ilgili ilişkisini araştıran araştırmalarda ise sigaranın, periodontitis için majör risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Erdemir, 2005).

Aynı zamanda sigaranın kemik üzerinde hiç sigara kullanmayanlara göre azalmış kemik mineral içeriği ve alveol kemik kaybı olduğu ve dental implantlarda sigara kullananların kullanmayanlara göre kemik kaybına daha fazla uğradığı saptanmıştır (Erdemir, 2005; Mumcu, 2018).

2.5.2. Kanser

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü (2018) tarafından yapılan tanımlamaya göre kanser, hücrelerin anormalleşip, yaşlı veya hasarlı hücrelerin ölmeyerek, yeni hücre oluşmasına ihtiyaç duyulmasına rağmen yeni hücre üretilememesi durumudur. Hasarlı hücreler durmadan bölünebilir ve kanserli alan büyüyebilir. Radyasyon terapisi esnasında radyasyon, kanser hücresi ile birlikte sağlıklı hücreleri de öldürmektedir. Kemoterapide ise kanser hücrelerini öldürmek için enjeksiyon ile damar içine veya ağız yoluyla kemoterapötik ajanlar verilir (Usta, 2014). Kanser hastalarında kullanılan bifosfonat, kemik hücrelerinin ölümüne neden olarak kemiğin yeniden onarım sürecini azaltmaktadır (Badros ve ark, 2006). Bu sebeple diş hekimleri bifosfonat tedavisinden 3-4 hafta önce tüm dental tedavileri bitirmeli ve koruyucu olmalıdırlar (Yıldırım Biçer, 2013; Akçay, 2016). Özellikle baş ve boyun bölgesinde kanserli hücre bulunan hastalar kemoterapi, radyasyon tedavisi veya her iki yöntemlerde tedavi edilebilir. Kemoterapi veya radyasyon tedavisi gören hastalar dental implant tercih edemezler (Rose ve Mealey, 2010). Radyoterapi görmüş hastalara protez yapılması tartışmalı bir konudur. Bazı uzmanlar hiç yapılmamasını savunurken, bazı uzmanlar bir yıl sonrasında protez yapılabileceğini savunmaktadır. Protez yapımı için en doğru zaman, radyografik ve klinik inceleme sonrası elde edilen sonuçlara göre kararlaştırılmalıdır (Çukurluöz Bayındır ve ark, 2015). Protez kullanan hastaların protezleri dokuyla uyumlu olmalı ve protezler her gece çıkartılmalıdır (Yıldırım Biçer, 2013). Onkoloji tedavisi gören çocuk hastalarda ise yaş küçüldükçe komplikasyonlar daha şiddetli hale gelmektedir. Ağızda radyasyon çürüğü olarak bilinen çürükler oluşmaktadır. Bu hastalar içerisinde pedodontistin de bulunduğu multidisipliner bir ekip ile çalışılması gerekmektedir (Evren Dedlilbaşı, 2013).

2.5.3. Diyabet

 Diyabet, insülin hormonunun yetersiz kalması nedeniyle vücuttaki şeker oranındaki yükseklik ile özel komplikasyonlara sebep olan bir hastalıktır. Diyabetli hastalarda dokular çok daha geç iyileşmektedir (Yiğit Özer ve Aktener, 2006; Vayısoğlu Özcan ve ark, 2012).

Özer ve Aktener’in yapmış olduğu araştırmaya göre diyabeti olan hastaların endodontik tedavilerinde periapikalde doku bozulma oranı diyabetli olmayan hastaya göre daha fazladır. Diyabetin doku bozulmasına neden olduğu periapikal bölgedeki dişlerin endodontik tedavi sonucu iyileşme oranlarının düşük olduğu vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalara göre diyabetli hastaların, diyabetli olmayanlara göre 3 kat daha fazla implant kaybı yaşadıkları tespit edilmiştir (VayısoğluÖzcan ve ark, 2012).

 Günlük hayatta ise diyabetli hastaların kontrol altında olması gerekmektedir. Kontrol altında olmayan hastalarda periodental hastalıklar, meydana gelmekte kemik kaybı oluşmakta ve enfeksiyon oluşma veya yaralarda geç iyileşmeler görülmektedir. Kontrol altında olan hastalara beslenme ve insülin rejimi göz önünde bulundurularak tedavide risk oluşturabileceği için sabah erken saatlerde randevu verilmelidir (Akçay, 2016).

2.5.4. Hematolojik Hastalıklar

Hematolojik hastalıklar; kan, kemik iliği ve lenf dokusunun bir tür kanserinden kaynaklı olan kalıtsal hastalıklardır. Bunlar: anemi, kanser ve pıhtılaşma bozukluklarıdır. Hematolojik hastalıklar dental hastalıkların oluşmasını etkilemektedir. Ortodontik yaklaşımlarda kanama olabilir ve kanama oluşmadan önlenmelidir. Lösemili hastalarda mutlaka bir uzman ile görüşülmelidir. Söz gelimi lösemili hastaya kemik iliği yapıldıysa ortodontik tedavi 2 yıl sonraya ertelenmelidir (Özkepir ve Altuğ, 2015).

2.5.5. Astım

Astım, hastanın hava yolunda farklı nedenlerle daralma sonucu nefes almada zorluk yaşamasıdır (Özkepir ve Altuğ, 2015). Astım hastaları ataklar geçirebilmektedir. Nöbet geçirme durumu söz konusu olan hastaların bu durumları göz önüne alınarak hastalara sabah erken saatlerde randevu verilmeli ve tedavi esnasında hastanın tepkileri takip edilmelidir (Akan ve Kocadereli, 2008).

2.5.6. İlaçlar

Hastaların bazı ilaçlara karşı duyarlılıkları veya alerjileri olabilmektedir. Özellikle penisilin, enfeksiyon tedavilerinde kullanılan aspirin veya parasetamol adıyla geçen asetaminofen ağrı kesiciler gibi ilaçlar etken maddeleri sebebiyle hastanın bilgilendirmeden kullanılması durumunda ölümcül sonuçlar ile karşılaşılabilmektedir (Aydıntuğ ve ark, 2010). Bu sebeplerle dental tedavi öncesi hastalar kullandığı ilaçları hekime bildirmelidir. Kan sulandırıcı hap kullanan hastalar, uygulanacak dental işleme göre kanamayı kontrol altına alabilmek için hekimler arası konsültasyon ile tedavi öncesinde kan sulandırıcı hapın kullanımına ara vermesi istenebilir. Özellikle yüksek ateş hatta ölüm gibi sonuçlar taşıyan penisilin konusunda oldukça titiz davranılmalıdır (Öztaş ve Tüfekçioğlu, 2003)

2.5.7. İmmun Sistem Hastalıkları

İmmun sistem hastalıkları, Aids veya HIV gibi beyaz kan hücrelerinin eksikliği veya vücudun antikor üretmesine engel olan hastalıklardır (Akçay, 2016). Hastanın bağışıklık sistemini çökertir ve bulaşıcıdır (Özkepir ve Altuğ, 2015). Hepatit, tüm bağırsakta emilen besinlerin kan yoluyla veya vücuda yararlı hâle getiren hepatositleri etkileyen bir tür karaciğer iltihabıdır. Tüm dünyada ölüme sebebiyet veren bir hastalıktır. Hepatit B ve Hepatit C, enfeksiyonla kronik veya akut olarak gelişebilmekte ve siroz gibi hastalıklar görülebilmektedir. Hepatit A; RNA, Hepatit B: DNA virüsüdür (Ecin ve ark, 2017; Duran ve ark, 2017; Bulut, 2005). Hepatit virüsünün en az altı farklı çeşidi bulunmaktadır. Viral hepatitin kesin tedavisi bulunmadığından dolayı bulaşma riskine karşı hekim ve çalışanların sağlığı oldukça önemli olup, oldukça dikkatli davranılmalı, gerekli tüm tedbirler alınmalıdır (Şenel, 2007).

2.5.8. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar; hiper tansiyon, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, inme, kalp-damar hastalıkları gibi hastalıkları kapsamaktadır. Hastanın kardiyovasküler hastalığının olması tedavi planı seçimini etkileyebilmektedir. Tedavi öncesi hastaya kullandığı ilaçlar sorulmalıdır (Bodrumlu ve ark, 2008; Koç Vural ve ark, 2016).

Yapılan cerrahi müdahalelerle diş çekimi öncesi veya sonrasında nabızdaki ve kan basıncında değişimler görülebilmektedir. Bu sebeple kardiyovasküler rahatsızlığı bulunan hastalarda komplikasyon ihtimali bulunabilir. Atherosklerotik kalp rahatsızlığı olan kişiler için ritimde oluşabilecek değişiklikler hastaların hayatlarını tehdit etmektedir (Ömürlü, 1990).

2.6. Sağlık Turizminde Pazarlama

Çalışmanın bu bölümünde sağlık turizminde pazarlama uygulamaları hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Pazarlama karması; işletmenin pazarlama esnasında amaçlarını gerçekleştirebilmek için kullandığı pazarlama araçları kümesidir (Öndoğan, 2010). Pazarlama karmasının geleneksel formülü 4P’dir. 4P’nin açılımı; ürün, fiyat, yer ve tutundurmadır (Kotler, 2017). Pazarlamada, 4P içerisinde yer alan ilk P “product” anlamını içeren ürünü ifade eder. Ürün kelime anlamı olarak; tüketicinin istek veya herhangi bir ihtiyacının üreticiye para kazandıran, pazarda değiş-tokuşa tâbi tutulan her türlü somut ve soyut kavramdır. İkinci P ise “price” tır. Fiyatı ifade eder. Fiyat ise ürüne değer olarak gösterilen ve el değiştirilme işlemi için ürünün değerinin rakamsal olarak ifade edilmesidir. Üçüncü P, “place” tir. Türkçedeki anlamı dağıtım ile eşleştirilmiştir. Dağıtım, ürüne erişebilirliktir. Ürünün, üretildiği yerden tüketileceği yere ulaştırılması ve bu esnada pazarda izlenilen yoldur. Dördüncü P “promotion” dır. Tutundurma anlamına gelmektedir. Tutundurma; ürün ile ilgili yapılan her türlü tanıtım ve reklam faaliyetleridir. Satış çabaları olarak da söylenebilmektedir. Her türlü tutundurma ve rekabet gücünün arttırılması için yapılan tanıtım çalışmaları bu kapsamda yer alır.

Jabbari ve ark (2013)’na göre pazarlama karması, hastanelerin ürün özellikleri, fiyatlandırma, yer, tanıtım, süreç ve çevre koşulları olarak seçilen pazarlama stratejileridir. Pazarlamada öncelikle ürün veya hizmetin bulunması gerekmektedir.

Ürünün kapsamı, potansiyeli, nerede ve nasıl sunulacağı, hitap ettiği kitle önemlidir. Sağlık turizminde uygulanacak hizmetin kalitesi, operasyonlar sonrasında sağlanan hizmetler, hizmet türü olarak anlaşılabilmektedir. Hizmet kalitesi ve etkinliği ise sağlık turizmi tesisinin akreditasyon durumu, çalışan kişilerin eğitimleri, nitelikleri, kullanılan araç ve gereçlerin teknolojik durumları en önemli etkenlerdir. Hasta, bir ülkeyi sağlık turizmi amacıyla tercih ederken arkasındaki sebepleri bilmek, diğer ülkeler için sağlık turizmi hizmet pazarlaması yaparken oldukça önemlidir.

Fiyat, hizmet planlaması yapıldıktan sonra nakit olarak gelir getirici bir diğer bileşendir. Sağlık turizminde fiyatlandırma yapılırken sunulacak ülkeye, hizmet türüne, hastanın ihtiyaç ve maddi imkânına, yasal süreç veya protokollere, kullanılan araç ve gereçlerin maliyetine veya masraflarına ve çalışan personelin maaşları gibi faktörlere göre çeşitlilik gösterebilir. Fiyatlandırmada, ürün veya hizmetin maliyeti değil, aynı zamanda ilave olarak sahip olunan her bir özellik ekstra bir gelir özelliği taşımaktadır.

 Yer ve dağıtımda; yer olarak belirtilen kavram fiziksel olarak seçilen tesisisin konumudur. Ancak sağlık turizmi kapsamında hizmet sunumu olduğu için hasta, hizmet alacağı destinasyona ulaşmadan önce ön araştırma yapması, online danışma, rezervasyon ve hizmet alınacak destinasyona ulaştığında personelle temasa geçmesi de yer kapsamında değerlendirilmektedir (Gülmez, 2017).

Dağıtım kanalları çeşitli şekillerde farklılaşabilmektedir. Bunlar tüketiciyle bağlantılı hizmet sağlayan aracılar, operatörler ve ağızdan ağza pazarlama modelleridir. Hizmet sağlayan aracılar sağlık turizmi olarak tedavi satın almak isteyen hasta ile sağlık turizmi hizmeti sunmak isteyen satıcılarla bir araya gelerek belirli ücret karşılığında dağıtım kanalında görev alır. Operatörler aracılığı ile seyahat planları, hizmet, ulaşım, konaklama ve diğer turizm hizmetleri ile birleştirilerek 24 saatten fazla bir süreyi kapsayarak paket program halinde tüketiciye sunabilmektedirler. Sağlık turizminden fayda sağlayan sağlık turistleri deneyimlerini anlatabilmekte, internet ortamında yaşadıkları tecrübeleri forum siteleri üzerinden yazarak dağıtım kanalına dâhil olabilmektedirler (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007; Korkmaz Özcan ve Aydın, 2015).

Pazarlama iletişimi (tutundurma) çeşitli iletişim araçları yollarıyla sağlık hizmetlerini tanıtma çabalarıdır. Bu tanıtımlar; kişisel satış, reklam, halkla ilişkiler, broşürler gibi yöntemlerdir (Gülmez, 2017). Sağlık işletmelerinde yoğun bir rekabet bulunmaktadır. Rekabet ortamında sunulan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık turizmi pazarlamasında, teşhis ve tedavinin yanı sıra sağlık hizmetinin verildiği yerin iç ve dış görüntüsü, ulaşımı, çalışan personelin ve hekimin davranışları ve varsa otelcilik hizmet kalitesi müşteri tatmininde önemli faktörlerdir (Karaçor ve Arkan, 2014).

2.6.1. Sağlık Turizmi Kapsamında Uluslararası Tanımlar, Hedef Pazar ve Alt Pazarlar

Pazarlama faaliyetleri arasında pazar fırsatlarının analizi, hedef pazarın araştırılması, seçimi, stratejilerin geliştirilmesi, pazarlama tekniklerinin planlanması ve pazarlama çalışmalarının sonuçlarının uygulanması yer almaktadır (Reddy, 2017). Pazarlama stratejisinin oluşturulabilmesi için öncelikle hedef pazar ya da pazarlar belirlenmeli ve sonrasında hedef pazara yönelik pazarlama bileşenleri oluşturulmalıdır. Hedef pazar; işletmelerin ve destinasyonların hizmet etmek istediği ortak istek ve ihtiyaçlara sahip potansiyeldir (Karamustafa ve Akın, 2017).

2.6.1.1. Hedef Pazar

 Sağlık turizmi açısından ele alındığında hedef pazar; sağlığı bozulmuş, sağlığını korumaya yönelik tedavi almak isteyen turistler veya sağlık turistleridir. Sağlık turizmi katılımcıları ise; hastalar, hasta yakınları ve sağlığına önem verip sağlığını korumak isteyen kişilerdir (Özsarı ve Karatana, 2013). Mevcut veya potansiyel olan tedavi almak isteyen hastaları tanımak, bilmek ve ayrıntılı olarak değerlendirmek gerekir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde orta ve üst gelir grubu hedef alınırken, gelişmekte olan ülkelerde üst gelir grubu hedef pazarı oluşturmaktadır (Gülmez, 2017).

Uzun uçuşlar ve uzak destinasyonlardan uluslararası sağlık turizmi hizmeti almak isteyen hastaların rahatsızlıkları göz önüne alındığında hedef pazar olarak komşu ülkelere odaklanılabilir (Esiyok ve ark, 2016). Bazı ülkelerin vize uygulamaları, kolaylığı veya zorluğu hedef pazar olarak seçilen ülkeler açısından önemli bir rol oynamaktadır (Khafizova, 2011). Olumlu hasta deneyimleri sağlık kurumlarının başarısı için çok önemlidir. Memnun kalan hastalar diğer tedavilerinde de aynı hastanede tedavi olmayı tercih etmekte ve kendi yakınlarına da referans olmaktadırlar (Rosenbusch ve ark, 2019).

2017 yılında tüm ülkelerde sağlık turizmine katılan sağlık turisti sayısının 14-16 milyon, küresel olarak yıllık harcanan toplam miktarın 45-72 milyar USD olduğu tahmin edilmektedir (Dalen ve Alpert, 2019).

Sağlık turistlerinin harcama potansiyeli, bir hedef Pazar olarak değerlendirilmesinde önemli bir fırsat olarak dikkate alındığında, bu yönde farklı bulgulara rastlanmaktadır. Söz gelimi 2011 yılında kişi başı sağlık harcamasında en yüksek ilk üç ülke sırasıyla; ABD 8,508 USD, Norveç 5,669 USD, İsviçre 5,643 USD’dır. 2011 yılında kişi başı sağlık harcaması Türkiye’de 906 USD’dir (OECD, 2013). 2013 yılında kişi başı sağlık harcaması en yüksek ilk üç ülke olarak sırasıyla; ABD 4,819 USD, İsviçre’de 6,325 USD ve Norveç’te 5,862 USD’dir. 2013 yılında kişi başı sağlık harcaması Türkiye’de 941 USD’dir (OECD, 2015). 2016 yılında kişi başı sağlık harcaması en yüksek ilk üç ülke sırasıyla ABD 9,892 USD, İsviçre 7,919 USD ve 2013 verilerinde 4,371 USD ile dokuzuncu sırada olan Lüksemburg 7,463 USD harcamayla üçüncü sırada yer almıştır. Bir önceki yıl üçüncü sırada yer alan Norveç ise 6,647 USD ile dördüncü sırada gelmektedir. 2015 yılında kişi başı sağlık harcaması Türkiye’de 1,088 USD’dir (OECD, 2017). 2017 yılında kişi başı sağlık harcaması ilk üç ülke; İsviçre 5,799 Euro, Lüksemburg 4713 Euro ve Norveç 4,653 Euro’dur. Türkiye’de 824 Euro’dur. 2017 yılı göstergelerinde ABD yer almamakta ve para birimi Euro olarak gösterilmektedir (OECD, 2018).

Sağlık turistlerinin sağlık turizmi seyahatlerinde ortalama maliyetleri ziyaret başına Kim ve ark (2017)’na göre 3,600 USD ilâ 7600 USD arası, Dalen ve Alpert (2019)’e göre 3,800 USD ilâ 6,000 USD arasında, Sarıçay ve Ücal (2013)’a göre ise 2,500 USD ortalamasındadır.

Gelecekte ise bu rakamların Rosenbuch ve ark (2019)’na göre 2021 yılında 46,6 milyar USD, Global Health Care Outlook (2017)’a göre 2020 yılında 8734,6 milyar USD, Global Wellness Intitute (2018)’ye göre 2022’de 91,900 milyar USD’nin üzerinde olacağı öngörülmektedir. Ülkeler bazında yapılan araştırmalarda Jabbari ve ark (2013)’na göre 2020 yılına kadar İran önemli bir sağlık turizmi destinasyonlarından biri olacağını ve 55,000 sağlık turisti ile 27,5 USD gelir elde edecektir. Majumdar ve Kishore (2018)’e göre Hindistan 2020 yılında 7-8 milyar USD gelir elde edecektir.

The Treatment Abroad (2012)’un yapmış olduğu sağlık turizmi anketine göre, İngiliz sağlık turistlerinin % 41’i kozmetik, % 32’si diş, % 9’u obezite, % 4’ü kısırlık ve ortopedi tedavisi nedeniyle seyahat etmektedir. Bir İngiliz hastanın tedavi için 5 bin ilâ 8 bin USD arasında ödeme yaptığı hesaplanmıştır.

Sağlık tedavileri ülkelerine göre karşılaştırıldığında; ABD’de 2,000 USD tutarındaki implant tedavisi Meksika’da 479 USD’ye, yine ABD’de 5,0000 USD’lik bir tedavi Macaristan’da 20,000 USD’ye sunulabilmektedir. Eggertson (2006)’a göre kalça operasyonu ABD’de 40,000 USD, Fransa’da 15,000 ve Hindistan’da 6,000 USD ‘dir. Khan (2010)’a göre by-pass operasyonu Hindistan’da 10000 USD, Tayland’da 11,000 USD, Singapur’da 18,500 USD iken ABD’de 130000 USD’dir. Karababa (2017)’ya göre ABD’de by-pass ameliyatı 94,000-21,0000 USD arasındayken Türkiye’de 1,000 USD, anjiyo ameliyatı 44,000-98,000 USD arasındayken Türkiye’de 3,500 USD’dir. 2013 yılında ABD’de kalbi delik bir çocuğa yapılan ameliyat maliyeti 70,000 USD iken aynı operasyon Hindistan’da 4400 USD’dir.

 Türkiye ise Avrupa ülkelerine göre % 60’a yakın oranda daha uygun fiyatlarla hizmet veren bir sağlık turizmi destinasyonudur. Harcamalar açısından hasta başına 2 bin USD’den başlamakta olup medikal turizmde bu rakam 12 bin USD’ye kadar çıkabilmektedir (Dinçer ve Serdaroğlu, 2017). 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı olan Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı performans göstergeleri incelendiğinde, medikal turizm turist sayısının 2013 yılında 308.500 kişi, 2014 yılında 360,000 kişi, 2015 yılında 435,000 kişi, 2016 yılında 520,000 kişi, 2017 yılında 620,000 kişi ve 2018 yılında 750,000 kişi olduğu görülmektedir (Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, 2013). Türkiye 2023 yılında 2 milyon uluslararası hastayı hedef olarak belirlemiştir. Ekonomik olarak beklenen katkı ise 20-25 milyar USD olması yönündedir (Türsab Sağlık Turizmi Raporu, 2014).

İşletmeler ve destinasyonlar pazarın istek ve ihtiyaçlarını pazarlama karması ile karşılayabilmektedir. Bireylerin farklı yaşam koşulları ve farklı ihtiyaçlarının bulunması pazar bölümlendirmeyi önemli hale getirmektedir. Bu sebeple kitlesel pazarlama yerine odaklı bir yaklaşımla bireylerin istek ve ihtiyaçlarına yönelik pazar bölümlendirme tercih edilmedir. Pazar bölümlendirme, birbirine benzemeyen bireylerin istek ve ihtiyaçlarına göre ayrı pazarlar oluşturabilmektir. Bu amaçla bölümlendirilmiş pazar seçilen grubun istek ve ihtiyaçlarına yönelik beklentilerini daha iyi ürünler ve hizmetler geliştirerek uygun fiyatlarla pazarlama faaliyeti sunmaktadır (Karamustafa ve Akın, 2017).

Önümüzdeki 35 yıl boyunca 60 yaş üzeri kişilerin küresel nüfustaki payının iki katına çıkması beklenmektedir. Dolayısıyla yaşlı kişilerin seyahat pazarındaki oranının büyümesi muhtemeldir. Bu talebi karşılayabilmek için alt yapı ve destek hizmetlerinin düzenlenmesi gerekebilir (OECD, 2017b). Uygun bir sağlık turizmi bölümlendirmesi, seyahat eden bireylerin ihtiyaçlarının karşılanacağı ve ödeyecekleri maliyetlerin buna değecek olduğu hissini yaratabilmektir. Pazar bölümlendirme genel olarak demografik, coğrafi, psikografik ve davranışsal olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir (Karamustafa ve Akın, 2017).

Sağlık turistleri, dünyanın dört bir tarafına cerrahi olarak; kalça protezi, diz replasmanı, gastrik baypas, göz ameliyatı, diş bakımı olarak; kaplama, diş kaplaması, diş beyazlatması, diş implantı, estetik cerrahi olarak; burun estetiği, karın germe, yağ aldırma, bariatrik operasyonlar, hücre ve doku nakilleri olarak; kök hücre, organ nakli veya kardiyoloji ve cinsiyet değiştirme, fertilizasyon gibi çeşitli sağlık hizmetleri arayışına girmektedir (Jaapar ve ark, 2017; Horowitz ve Rosensweig, 2007). Araştırmacılar, sağlık turizmini tercih eden turistlere yapılacak olan tıbbi tedavi türüne göre de sınıflandırılabilmektedir (Turner, 2011).

Çalışmanın bu bölümünde sağlık turizmi çeşitli kriterlere göre alt hedef pazar tanımları ve alt pazar bölümleri kapsamında ele alınmıştır

2.6.1.2. Uluslararası Yerleşik Yabancı Sınıflandırması

Çalışmanın bu bölümünde, Kuşadası’nda faaliyet gösteren IDC’nin bir hedef pazar olarak potansiyelinin ele alındığı yerleşik yabancı kavramıyla ilgili açıklamalar yer almaktadır. Yabancı kavramı, Devletler Hukuku Enstitüsü tarafınca 1892 yılında gerçekleştirilen Cenevre Toplantısında “bir devlet ülkesinde bulunup da o devletin uyrukluğunu iddiaya hakkı olmayan kimse” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre bir ülkede bulunup, o ülkenin vatandaşı olmayan herkes yabancı olarak adlandırılır (Ayan, 2018; Dirlik, 2009).

Yabancı ve yerleşik yabancı kavramları arasında bazı farklar bulunmaktadır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008). Avrupa Birliği Mevzuatı içerisinde yerleşik yabancılar “üçüncü ülke uyruğuna sahip uzun dönemli yerleşik” olarak yer almaktadır. Tanımlamalar kısmında Avrupa Birliği vatandaşı olmayan, yerleşik yabancı olabilmek için başvuru yapmadan önce kesintisiz beş yıl ikamet etmiş olmak şartı aranmaktadır (İltica ve Göç Mevzuatı, 2005). Türkiye’de hukuki anlamda tam olarak bir tanımı olmamasına rağmen yerleşik yabancılar, mülk satın alma veya kiralama, iş kurma ve evlilik gibi sebeplerle uzun süre kalan ve yerleşen yabancıları tanımlamaktadır (Dirlik, 2009).

Yerleşik yabancı ve göçmen kavramları birbirlerine çok yakın iki kavramdır. Göçmenler eğitim, çalışma gibi sosyokültürel, ekonomik sebeplerle veya doğal-beşeri afetler sonucu (Kınık, 2018) kendi ülkelerinden kendi isteği ile ayrılarak başka bir ülkeye yer değiştirmek amacıyla giden kişilerdir (Göç İstatistik Raporu, 2017). Kendi isteği olmadan ülkesini terk eden ve iltica talebi onaylanan kişiler mülteci, mülteci olmak isteyen kişiler ise sığınmacı olarak tanımlanmaktadır (Kınık, 2018). Göçmenlerin, göç ettikten sonra vatandaşı oldukları ülke tarafından korunmaları devam etmektedir (Göç İstatistik Raporu, 2017).

Göçmen kavramı ile yerleşik yabancı kavramı aynı veya birbirinin yerine geçecek biçimde de kullanılmaktadır (Yontar, 2011). Yerleşik yabancı kavramı göç sosyolojisi içerisinde yer alsa da “göç” terimi yabancılar tarafından olumsuz bir etki uyandırdığı için “yerleşik yabancı” terimi tercih edilmektedir (Dirlik, 2009).

Yerleşik yabancılar; Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlıkları olmadıkları, daha önce Türkiye’de ikamet etmedikleri hâlde hayatlarının belirli bir döneminde, mülk edinerek veya uzun süre kiralayarak yılın yarısından fazlasını Türkiye’de geçiren kişilerdir (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

Bu hareketler sonucu ülkelere kalıcı olarak yerleşen turistler farklı bir anlam kazanmış ve “yerleşik yabancı” olarak literatüre geçmişlerdir (Kavacık ve ark, 2014). Turizm çerçevesinde ele alındığında tatil amaçlı gidilen yerin beğenilmesi üzerine kendi ülkeleri ile ekonomik ve sosyal anlamda fazla bağı kalmamış turistler yerleşme eğilimi gösterebilmektedir (Dirlik, 2009). Yıllar itibari ile bakıldığında Türkiye nüfusu 2015 yılında 78,741 053, 2016 yılında 79,814 871, 2017 yılında 80,810 525 ve 2018 yılında 82,003 882 kişidir. Yıllara göre ikamet izni ile ülkemizde bulunan yabancılar ise 2015 yılında 422,895, 2016 yılında 461,217, 2017 yılında 593,151, 2018 yılında ise 856,470 kişidir. İkamet izni ile ülkemizde bulunan yabancıların illere göre dağılımına bakıldığında 471,112 kişi ile İstanbul ilk sıradadır. Yabancılar kısa dönem, aile, öğrenci, çalışma, ikamet izinleri veya farklı yollarla Türkiye’de bulunabilmektedirler (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2019; TUIK, 2019).

Yerleşik yabancılarla ilgili istatistiklerde resmî evraklarda sorunlar oluşmaktadır. Bunun en büyük sebebi Türkiye’de yaşayan yerleşik yabancıların kendilerine tanınan ikamet izninin bitiminden önce en yakın ülkeye veya Yunan adalarına giriş-çıkış yaparak aslında yıllarca Türkiye’de yaşadıkları hâlde resmî evraklarda normal bir turistten farklarının olmamasıdır. Ülkemizde yerleşik yabancı olarak yaşayan kişilerin geliş nedenleri ve özellikleri beş kategoride sınıflandırılmıştır. Bunlar; tatilciler veya yazlıkçılar, huzur ve farklılık arayanlar, emekliler, yatırımcılar ve iş için gelenlerdir. Kalış sürelerine göre incelendiğinde; tam yerleşikler, mevsimlik kalanlar ve fırsat buldukça kalanlar olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategorilerden farklı olarak yerleşik yabancıların Akdeniz ülkelerinde yerleşmesine sebep, Batı Avrupa’da özellikle sağlık ve eğitim alanında yaşanan aksaklıklarıdır. Özel hizmetlere erişim açısından fiyatlar alt düzey grubu için yüksek olabilmektedir. Bu duruma karşılık Avrupa’da veya ABD’de yaşayan kişiler sağlık ihtiyaçlarını gelişmekte olan ülkelerden karşılama eğiliminde bulunmaktadırlar. Yerleşik yabancılar kendi arasında farklı alt dilimlere ayrılmaktadır. Türkiye'de yerleşik yabancıların büyük çoğunluğu, 50 yaş ve üzeri olup, güneşli ülkede düşük masraflarla yaşamayı tercih eden emekli kişilerden oluşmaktadır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

Genç olan yerleşik yabancılar şirketler veya kurumlar aracılığı ile çalışmak amacıyla gelmektedir. Türk Lirası’nın, vatandaşları oldukları ülkenin para birimlerine göre değer olarak düşüklüğü yerleşik yabancılara artı değer sağlamaktadır. Bu artı değer yerleşik yabancıların ev alma veya mülk edinme konusunda da pozitif düşünmelerini sağlamaktadır. Kendi ülkelerinde yaptıkları mütevazi birikim ile Türkiye'de görece değerli taşınmazları, çok güzel arazileri veya evleri almak mümkündür. Türkiye'nin iklim koşulları da göz önüne alındığında yerleşik yabancılar açısından hizmetlere erişim de kolay ve ucuz olmaktadır. Ayrıca sürekli tatil ortamında bulunmaları sebebiyle, psikolojik nedenlerden kaynaklanması muhtemel fiziksel sorunlarında ciddi oranda azalmalar görülmektedir. Yerleşik yabancılar arasında en dikkat çekici olanı ise evlenmek için yaptıkları yerleşmelerdir. Türk erkekleri ile yabancı uyruklu kadınlar arasındaki evliliklerde genellikle; Türk erkekleri ikinci bir vatandaşlık almayı, yabancı uyruklu kadınlar ise Türkiye’deki yaşamlarını bürokrasiye fazlaca takılmadan sürdürmeyi hedefleyebilmektedir. Yerleşik yabancıların bir diğer katkısı ise, yaptıkları sağlık harcamaları ve akraba, arkadaş gibi sosyal çevrelerine yönelik fahri tanıtımları ile sağlık turizminin geliştirilmesini sağlamaktır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

2.6.1.2.1. Yerleşik Yabancı Gelinler

Yabancı uyruklu kadınlar, geçici yabancı göçmen iken Türk erkekleri ile evlenerek yerleşik yabancı statüsüne geçmektedir. Göçmen olarak gelen yabancı kadınlar sahte veya gerçek evlilikler yaparak Türk vatandaşlığına geçebilmektedirler. Türk vatandaşlığına geçebilen yabancı gelinler, Türk Vatandaşlık Kanunu’ndaki değişiklik üzerine en az üç yıl evli olma ve birlikte yaşama gibi şartları yerine getirilerek vatandaşlık hakkı elde edebilmektedir (Ekiz Gökmen, 2011). Evlilik yapmak, göçmen olarak gelen kadınların kendilerini yasallaştırmanın tek yolu olarak görülmüştür. 1995-2005 yılları arasında Türk vatandaşlığı elde etmiş olan Moldovalı kadın sayısı 41.430’dur (Kaşka, 2006).

Genellikle yaşça büyük yabancı kadınlar “olgun kadınlar” olarak da nitelendirilmektedir. Yerleşik yabancı gelinler 20-30 yaş arası Türk erkeklerle evlenerek  Türkiye'de kalmaktadır. Özellikle Didim'deki kadın nüfusunun % 50’yi bulması  buna en uygun örnektir. Aynı durum Tayland için de söz konusudur. Yaşlı erkekler genç Taylandlı kadınlar ile evlenerek Tayland’a yerleşmektedir. Öte yandan yabancılar yaşamlarını kendi ülkelerinde devam ettirmeyi tercih etmektedirler. Özellikle Avrupa Birliği pasaportunun geçerliliği ve geldikleri ülkelerdeki sosyal yardımlar buna neden olmaktadır.  Bu evliliklerin çoğu gizli bir anlaşmaya dayandırılarak yapılmaktadır. Bu kapsamda evlilik yapan Türk erkekleri eşini kandırarak onların maddi imkânlarından yararlanabilmektedir. Bu şekilde birikimlerini kaybeden ve mağdur olan yerleşik yabancı gelinler bulunmaktadır. Karakola başvurarak eşleri tarafından dolandırıldığını iddia edip şikâyetçi olan gelinler söz konusudur. Bu gelinler bazen mahkemeye başvuru yapsa bile bu tür durumlara nadiren rastlanmaktadır. Didim’de 2005 yılında yapılan 237 evlilikten 85’i yabancılar ile gerçekleştirilmiştir. Bu evliliklerin büyük çoğunluğunda gelinler Birleşik Krallık vatandaşı olmakla birlikte, 40 yaşının üzerindedir (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

2.6.1.2.2. Emekli Yerleşik Yabancılar

Dünyada 2050 yılına gelindiğinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde oranının artacağı öngörülmektedir. Bunun temel sebebi, sağlık alanında yapılan teknolojik ilerlemelerin insanoğlunun ortalama ömrünü uzatacağı kabulüdür. Gelişmiş ülkelere bakıldığında her 5 kişi den biri emekli olur iken, 2025 yılında bu oranın % 25 e çıkacağı ve 2050 yılında  60 yaşının üzerinde olan kişilerin sayısının 3 kat artış göstereceği beklenmektedir (Karakaya ve Turan, 2006).

Batı Avrupa’da erken yaşlarda emekli olan kişiler emeklilik hayatlarını kırsal alanlarda veya yurtdışında yaşamayı tercih ederek geçirebilmektedirler. Avrupa’daki yaşam maliyetlerin yüksek olması, iklimin görece soğuk olması gibi sebeplerle emekliler yeni bir emekli göçü motivasyonu ile farklı bir süreci başlatmışlardır. Emekli yerleşik yabancıların büyük bir çoğunluğunun maaşlarını Türkiye’ye transfer ettikleri bilinmekte (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

Çalışan yabancılar, emeklilik hayatına geçiş yapmaları sonucunda elde ettikleri emeklilik aylıkları ile hayatlarını sürdürmede güçlük çekmektedir. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu (2008)’nun yapmış olduğu bir araştırmaya göre; birçok Avrupalı emekli emeklilik yaşamlarını sürdürmek için Türkiye, Yunanistan, İspanya ve İtalya gibi Akdeniz iklimine sahip ülkeleri tercih etmektedir. Rosenmöller ve Lluch (2006)’a göre İspanya’da üç uzun süreli yaşayan grup vardır. Bunlardan biriside çoğunluğu Birleşik Krallık, Almanya, Fransa ile İskandinav ülkelerinden gelen Avrupalı emekli kişilerdir. Khan (2010)’a göre 1,200,000 emekli ABD ve Kanada’da yaşam standartlarının artmasından dolayı ortaya çıkan yüksek maliyetler sebebiyle Meksika’ya yerleşmiştir. Karakaya ve Turan (2006) göre emekli göçleri, Kanada ve Kuzey ABD eyaletlerinden Meksika ve bir Güney ABD eyaleti olan Florida'ya; Almanya, İngiltere ve Hollanda gibi ülkelerden ise Güney Avrupa’ya doğru hareket halindedir. 2020 yılında dünyadaki 8 milyar insanın % 95’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (Brian ve Parsley, 2018).

 Ülkemizde Ege ve Akdeniz kıyılarında yaşamayı tercih eden emekli yerleşik yabancıların bu bölgeleri tercih etme sebeplerinin; bölge iklim koşullarından ve güneşten faydalanmak ve daha mutlu bir hayat sürmek olduğu ifade edilmektedir. Son dönemlerde Norveç'in emekli vatandaşlarını Türkiye'ye veya Romanya’ya yerleştirmeyi planladığı bilinmektedir. Bu duruma benzer başka bir plan ise Silver Columbia planı olup Japon hükûmeti emekli olan vatandaşlarını Avustralya’ya yerleştirmek istemektedir. Fakat bu durumu Avustralya’nın kabul etmemesi üzerine plan iptal edilmiştir. 1992 yılında emeklilerini yurtdışına gönderebilmek için Japon Uzun Sureli Vakfı kurulmuştur. Bunun en önemli sebebi yaşlanan nüfusun temel ihtiyaçlarını kendi ülkelerindeki maliyetleri ile karşılanmasının giderek zorlaşmasıdır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008). Miyashita ve ark (2017) yaptıkları bir çalışmaya göre Japonların Tayland’dan aldıkları ilk üç hizmet; diş, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına ilişkindir. Aynı çalışmaya göre 2014 yılında emeklilik vizesi kapsamında 3.000 Japon Tayland’da kalmıştır.

 Öte yandan Malezya gibi ülkeler daha fazla emekli yerleşik yabancı çekebilmek için vize kolaylıkları sunmaktadır. Malezya, ülkesine gelen emekli yerleşik yabancılara ilk girişten itibaren 5 yıllık vize ve oturma izni vermektedir. “Malezya Benim İkinci Yuvam” sloganıyla 1.550 euroyu geçen veya tek seferde 22.000 Euroluk hesap açtıran yabancılar çeşitli teşviklerden faydalandırılmaktadır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008). Birleşik Krallık Sosyal Güvenlik kurumlarının Birleşik Krallık’ta yaşayan vatandaşlarına vermek zorunda olduğu maddi destek Türkiye gibi bir ülkede daha düşük rakamlara mal olabilmektedir. Bunun diğer bir nedeni de Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin Birleşik Krallık ile karşılaştırıldığında çok daha ucuz olmasıdır. Ayrıca Türkiye gibi farklı ülkelere yerleşen yerleşik yabancılar kendi ülkelerinde kalabalıklığa sebep olmadıkları için hastane bekleme sureleri kısalmakta ve devletler ciddi tasarruflar sağlamaktadır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008). Türkiye’de 2000 yılından sonra yerleşik olarak yaşayan emeklilerin farklı bir alternatif olarak Dalyan’ı da tercih ettikleri görülmektedir. Yerleşik yabancı olarak gelen emeklilerin düzenli gelirleri bulunmakta ve mevcut gelirleri ile yerleştikleri yerde tüm ihtiyaçlarını karşılayabilmektedirler. Ancak yaş durumları göz önüne alındığında temel istek ve ihtiyaçlarının sağlık ve bakım hizmetleri olduğu görülmektedir. Türkiye’de sağlık turizmi ve emekli göçünün aynı anda desteklenerek sürdürülebilirliğinin olması, ekonomik anlamda yeni ve önemli bir potansiyel pazarın oluşturulduğunu ifade etmektedir (Özerim, 2012).

2.6.1.2.3. Baby Boomers

Yakın tarihlerde doğan ve aynı dönemin şart, koşul ve problemlerini yaşamış ve buna benzer özelliklere sahip topluluklara kuşak adı verilmektedir (Arslan ve Baycan, 2018). Baby Boomers kuşağı; 1946-1964 yılları arasında doğan kuşak olarak kabul edilmektedir (Arslan ve Baycan, 2018; Chang ve ark,2018; Littrell ve ark, 2005). II. Dünya Savaşı sebebiyle “Soğuk Savaş Dönemi Çocukları” olarak da bilinmektedirler. Bu dönemin çocukları iyi yaşam standartlarının ancak çok çalışmakla elde edilebileceğini düşünmektedirler (Arslan ve Baycan, 2018).

1946-1964 yılları arasında ABD’de doğan Baby Boomers sayısı 78 milyondur. 2010 yılında nüfusun % 26,1’ini oluşturmaktadırlar (King ve ark, 2013). Tayvan dâhil birçok ülkede de nüfusun büyük çoğunluğunda baby boomers’ların önemli bir ağırlığı vardır. Son yıllarda ise yaş itibariyle iş gücünden emekli statüsüne geçmeye ve farklı ülkelere göç etmeye başladıkları görülmektedir (Chang ve ark, 2018).

Baby Boomers’lar, emeklilikleri yaklaşırken kişisel gelişim ve kendilerini ifade etme konularında yeni fırsat arayışı içindedirler (Littrell ve ark, 2005). Gelecek yıllarda Baby Boomers’ların dental turizm alanında önemli bir potansiyel pazar olacağı öngörülmektedir (Lee ve ark, 2001).

2.6.1.2.4. **Devlet ve Kurumlar Açısından Geliş Nedenlerine Göre Yerleşik Yabancıla**r

Avrupa kıtasından Birleşik Krallık ve Norveç gibi ülkeler sosyal maliyetler nedeniyle vatandaşlarını başka ülkelere yönlendirmeye çalışmaktadır. Yerleşik yabancılar incelendiğinde vatandaşlarını yurtdışında yaşamaya yönlendiren en etkili hükümetin Birleşik Krallık olduğu açıklanmıştır (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

Yetkili makamlar tarafınca Türkiye’de belirli bir süre veya yerde yaşamak amacıyla verilen izinler bulunmaktadır. Bu izinler, yabancıların talepte bulunması üzerine gerekli evraklarla başvurması hâlinde düzenlenmektedir. Türkiye’de doksan günden fazla konaklama talebinde bulunan yabancılar ikamet izni almak zorundadır. İkamet izinleri; kısa dönem, uzun dönem, aile, öğrenci, insani ve insan ticareti mağduru ikamet izni olarak altı farklı kategoride değerlendirilmektedir (Türkiye Göç Raporu, 2017).

İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü İkamet İzin Çeşitlerinin (2019) bulunduğu internet sayfasındaki güncel bilgilere göre Türkiye’de kesintisiz olarak sekiz yıl ikamet eden veya göç politikaları kurulunun şartlarına uyan yabancı uyruklu kişilere uzun dönem ikamet izni verilebilmektedir. İkincil koruma statüsü sahipleri, mülteci, şartlı mülteci ve insani ikamet izni sahiplerinin uzun dönem ikamet iznine geçmesi için hakları bulunmaktadır. Uzun dönemli ikamet, süresiz olarak düzenlenmektedir. Ülkemizde bulunan yabancıların illerine göre dağılımı tablosu incelendiğinde, ikamet izni ile Aydın ilinde 6,372 kişi bulunmaktadır (İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2019). Türkiye’de ikamet izni ile bulunan yabancılar 2015 yılında 422.895; 2016 yılına göre ise 461.217 kişidir (Türkiye Göç Raporu, 2017).

2.6.1.3. Uluslararası Sağlık Turizmi Alt Pazar Seçenekleri

Çalışmanın bu bölümünde sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen alt pazar seçeneklerine yönelik açıklamalara yer verilmiştir. Sağlık turizmi, hastalık, rahatsızlık veya tıbbi bakım almak amacıyla seyahat eden turistlerle bir bütündür (Loureiro, 2017). Sağlık turizmi, sağlık turisti tarafından gerçekleştirilen bir eylemdir (Abukar ve Ilkan, 2016). Sağlık hizmeti almak için başka bir ülkeye seyahat eden hastalar sağlık turisti olarak adlandırılır (Dalen ve Alpert, 2019; Sülkü, 2017).

 Bu terimin ortaya çıkması ABD’de pahalı sağlık sistemlerine sahip oldukları için Amerikalıların yurtdışında tatil yaparken daha uygun fiyatlarla cerrahi, diş veya estetik cerrahi gibi operasyonlarını protokollere takılmadan yaptırmayı hedeflemeleri ile ortaya çıkmıştır. 2017 yılında 1.4 milyondan fazla Amerikalı, dünya çapında çeşitli ülkelerde sağlık hizmeti almıştır (Dalen ve Alpert, 2019). Sağlık turistleri sanılanın aksine zengin kişiler değildirler. Ancak tıbbi bakım maliyetlerinin çok yüksek olması nedeniyle daha düşük alternatifler için ödeme yapabilmektedirler (Connell, 2006). Diğer yandan Jaapar ve ark (2017)’a göre zengin kişiler, az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere sağlık sebebiyle ziyaret etmektedir.

2.6.1.3.1. Transplant Turizmi Pazarı

Böbrek veya karaciğer gibi nakiller için sağlık turizmini tercih eden turistlere “transplant turisti” denilmektedir (Turner, 2011). Potansiyel hastanın, potansiyel donörün veya her ikisinin seyahatini kapsayabilen hareketi tanımlayabilmek için başka ülkeye seyahat etmeleri transplantasyon turizmi olarak tanımlanmaktadır (Merion ve ark, 2008). Söz gelimi Kanada’nın Quebec kentinden ABD’nin Vermont kentine seyahat ederek transplant hizmeti almak isteyen kişiler transplant turisti olarak adlandırılır (Turner, 2011).

Yapılan bir araştırmaya göre, yurtdışında böbrek nakli yaptıran hastaların çoğunun gittikleri ülkede daha önceden o bölgeye ait bir yakınlığının olduğu, çalışmış veya yaşamış oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada tıbbi komplikasyonlarla karşılaşılabileceği için katılımcılar ikiye ayrılmıştır. Bazı katılımcılar transplant turizmine karşı risklerin olduğunu ve bazı ülkelerde karaborsa işlemlerin gerçekleştiğini vurgularken, diğer katılımcılar yurtdışında gerçekleştirilen nakillerin son teknoloji olduğunu savunmaktadır. Bazı doktorlar, transplantasyon turizminde organların satılması gibi gelir elde edici faaliyetlerin olabileceğini düşünerek, transplant turizmini desteklememektedir (Ambagtsheer ve ark, 2012).

Transplant turizmindeki asıl problem organ nakli için gelen transplant turistinin organ naklinde veya sonrasında önemli tıbbı sorunlar yaşamasıdır. Kendi ülkelerine dönüp, transplantasyon merkezlerine gittiklerinde genellikle ne yapıldığına dair herhangi bir kaydı veya bilgisi olmayan hastaya, yetersiz bilgi sebebiyle herhangi bir müdahale yapılamamaktadır. Standart altı cerrahi teknikler, sağlıksız donörler, nakil esnasındaki kötü uyum veya transplantasyon sonrası enfeksiyonlar transplant turistinin ölümüne yol açabilir. Aynı zamanda sahip olduğu organları satan kişiler de bulunmaktadır. Ticari olarak organlarını satan kişiler aracı kişiler veya organ satıcıları tarafından dolandırılabilmektedir (Schiano ve Rhodes, 2010).

2.6.1.3.2. Kök Hücre Turizmi Pazarı

Kök hücre; farklı hücre tiplerine dönüşebilme imkanı olan, kendisini de yenileyebilen hücrelerdir. Kas, karaciğer hücrelerinin görevleri belirlidir ancak kök hücrelerin belirli bir fonksiyonları yoktur. Aldıkları sinyale göre değişik hücre tipine dönüşebilirler. Bir bölgede oluşan hücre yıkım veya ölümü sonrası hangi tip hücreye ihtiyaç varsa kök hücreler o hücre tipine dönüşebilmektedir (Şahin ve ark, 2005). Kök hücre turizmi yeni oluşmakta olan bir kavramdır. Çin, Hindistan ve Ukrayna kök hücre nakilleri için hasta kabul etmektedir (İlçin Gönenç, 2016). Kök hücre bulmak amacıyla başka ülkelerdeki kliniklere kök hücre enjeksiyonları için seyahat eden hastalar ”kök hücre turisti” olarak adlandırılmaktadır (Turner, 2011).

 2.6.1.3.3. Fertilite Turizm Pazarı

Fertilite turizmi dikkat çeken farklı bir branştır. Bu sağlık turizmi çeşitinde doğurganlığı olmayan kişilerin ikamet ettikleri ülkede bulunmayan teknik imkânlar veya ülke tarafından yasal olarak izin verilmeyen toplumsal veya dini nedenlerle hizmete ulaşamamaları sebebiyle seyahatlere yönelmektedir. Örneğin Fransa’da aynı cinsiyetten çiftlerin doğurganlık tedavisinden yararlanılmasına izin verilmemektedir. Bu durum birçok kadın çiftin donör spermine ulaşmak için Belçika’ya gitmesine sebep olmaktadır. Ayrıca fertilite için Hindistan önemli bir destinasyondur (Hanefeld ve ark, 2016). Birleşik Krallık’ta doğurganlık tedavileri için bekleme süreleri çok uzun olabilir. Bu nedenle hastalar “fertilite turist” olarak yurtdışında tedavi görebilir (Connell, 2006). Treatment Abroad isimli şirketin yaptığı ankete göre, Avrupalı hastaların % 4,5’i kısırlık tedavisi için Türkiye’yi tercih etmektedir (Baka, 2013). ABD’de ise fertilite, sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (Dalen ve Alpert, 2019).

2.6.1.3.4. Ölüm Turizmi Pazarı

Ötenazi kelime anlamı olarak, tedavisi mümkün olmayan bir hastalıkla yaşamak durumunda kalan kişilerin kendi isteği ile tıbbi yollarla hayatına son verilmesidir. Yunanca “güzel ölüm” anlamına gelmektedir. Bu kavram intihar turizmi olarak tanımlanabilir. İntihar kişinin kendi hayatına son vermesiyken, ötenazide bu işlem tıbbi yollarla yapılmaktadır. Özellikle ötenazi için yapılan seyahatler ötenazi turizmi olarak tanımlanmaktadır. Hasta olan kişi, hayatına son vermek için İspanya’da düzenlenen San Fermin Festivali gibi festivallere katılım göstererek boğaların altına kendisini atabilmek için seyahat edebilir. Ötenazi, İsviçre’de ve Kanada’da resmi olarak kabul edilmiş bir uygulamadır (Çoban ve ark, 2017). Kendi isteği ile ötenazi isteyen hastalar “ölüm turisti” olarak adlandırılmaktadır (Connell, 2006).

2.6.1.2.5. Bariatri Turizmi Pazarı

Obezite vücut yağ kitlesinin normal kilo olarak kabul edilen rakamların üzerine çıkması anlamını taşımaktadır. Gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki her üç kişiden biri kilolu, biri ise obezdir. Günümüzde dünya genelinde yaklaşık 500 milyon kişinin ve 50 milyon çocuğun obezite sebebiyle sağlık problemleri bulunmaktadır. Obezite hipertansiyon, tip 2 diyabet, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi sendromu, kanser sıklığı ve kardiyovasküler sebeplerle ölüm riskini arttıran bir hastalıktır. Bariatrik operasyonlar ile obezitenin tedavi edilmesi sağlanmaktadır. Günümüzde bariatrik operasyonlarda 4 farklı cerrahi yöntem kullanılmaktadır. Bunlar: Ayarlanabilir gastirkband, sleevegastrektomi, roux-en-Y gastrik bypass ve biliopankreaktikdiversiyon ±duedonalswitchdir. Bariatrikbandlar ile midenin 30 ml’lik kısmı bantlanır. Bu da kişinin tokluk hissetmesini sağlamaktadır. Kilo kaybı ilk yıl % 40-50 aralığındadır. Sleevegastrektomi yönteminde mide hacmi kısıtlanır. Kompleks operasyonlar öncesi fazla kiloları azaltmaya yöneliktir. İştahı azaltmaktadır. Süper obezlerde uygulanır. Kilo kaybı ilk yıl % 60 - 67 aralığında oluşur. Roux-en-Y gastrikbypass’ta midenin bir bölümünden bir alan belirlenerek ince bağırsak ile arasına roux bacağı yerleştirilir. Zor bir tekniktir bu sebeple iyi bir ekiple çalışılmalıdır. Kilo kaybı ilk yıl % 70 civarındadır. Biliopankreaktikdiversiyon ±duedonalswitch operasyonları oldukça komplikedir. Parsiyelsleevegastrektomi ile roux-en-Y bacağı ve bir kısa ortak kanalın birlikte oluşturduğu bir operasyondur. Süper obezlerde ve hacim küçültme işlemlerinde olumsuz sonuçlanan durumlarda bir seçenek olarak sunulmaktadır. Teknik olarak zor olup tecrübeli cerrahlar tarafından yapılmalıdır. Hastalarda kilo kaybı ilk yıl % 75 civarındadır (Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 2018).

Obezite dünya çapında bir salgın olup her beş Kanadalı yetişkinden biri obezdir. Hastalar diyetle uzun süre kilo vermek için çaba göstermektedir. Bariatrik operasyonlar uzun süre kilo kaybı sağlayan, diyabetli olan hastalara dahi etkin bir şekilde tedavi eden düşük maliyetli bir girişimdir. Kanada genelinde ortalama beş yıl süren bekleme süresi bariatrik hastaların başka bir şehri veya ülkeyi tercih etmesine sebep olmaktadır (Kim ve ark, 2016). Kilo sahibi hastalar uzun bekleme süreleri nedeniyle yurtdışında eş değer bakım ve uygun fiyatlarla tedavi olmayı tercih edebilirler. Ortalama olarak Kanada’da özel bir hastanede gastrit bantların maliyeti 16,000 USD’dir (Sheppard ve ark, 2014). Brezilya’da sunulan en önemli hizmetlerden biri bariatrik operasyonlardır (Aydoğdu, 2016).

2.6.1.3.6. Kozmetik Cerrahi Turizmi Pazarı

Kozmetik cerrahi gerçekte vücutlarında sevmediği bir yeri değiştirmek isteyen hastalar tarafından tercih edilir. Bu sebeple çoğu zaman “seçmeli” olarak değerlendirmeye alınmaktadır ve ödemeler hasta tarafından yapılmaktadır. Göğüs büyültme veya küçültme, yüz ve boyun gerdirme, gençleşme, göz kapağı ve burun operasyonları, kilo kaybı, karın sıkılaştırma ve tıbbi operasyonlar dışında kalan, estetik cerrahi kapsamındaki saç ekimi (Soysal, 2017) gibi işlemleri kapsamaktadır. İngiltere Uluslararası Yolcu Anketine göre 72,000 sağlık turistinden 30.000’nin kozmetik operasyonlar sebebiyle seyahat ettikleri belirlenmiştir (Uysal, 2016).

Kozmetik cerrahi her kesimden kişinin tercih edebileceği, ancak hastaların çoğunluğunun kadınlar tarafından oluşturulduğu bir pazardır. Kozmetik cerrahi sadece operasyonel anlamda olmayabilir. Örneğin Kosta Rika’yı kozmetik cerrahi için tercih eden sağlık turistleri, güzellik arayışı yerine bunun “zihinsel sağlık”, “geçiş” veya “yeniden doğuş” olarak tanımlamaktadır. Operasyonlarsonrası kozmetik cerrahi turistleri evlerine döndüklerinde yeni egzersiz ve diyet rejimlerine girmeye karar vermektedir. Kozmetik cerrahi operasyonları sebebiyle seyahat eden kişiler “kozmetik cerrahi turistleri” olarak adlandırılmaktadır (Ackerman, 2010).

2.6.1.3.7. Diğer Sağlık Turizmi Pazarı

Yeni bir kavram olarak “mental sağlık turizmi” Japonya’da turizm alanında yeni bir gelişmedir. Kalabalık olan şehirlerde yaşayan veya devamlı bilgisayar karşısında çalışan kişilerde gelişen depresyonun giderilmesi amacıyla sunulan bir hizmettir. Hastalar; kısa süreli olarak oteller, zindelik merkezleri gibi yerlere gidebileceği gibi uzun dönemli iyileşmeyi amaçlayan küçük kasabalardaki pansiyonlarda kalabilmektedir (Tontuş, yyyj). Ülkelerde bulunan sağlık hizmetlerinde hastaların seyahat etmesinde ana sebep, uzun bekleme süreleri, tedaviye uygun uzman ve teçhizatın bulunmamasıdır. Bu hastalar uluslararası anlaşmalara istinaden, sağlık turizmi acenteleri tarafından dış ülkelere gönderilmekte ve bu kişiler dış kaynaklı hastalar olarak adlandırılmaktadır (Yirik ve ark, 2015a).

2.6.1.3.8. Dental Turizm Pazarı

Dental Turizm, dental turistlerin diş tedavisi satın alma işleminin turizm ile birleştirilmesi ile uluslararası seyahat etme sonucu ortaya çıkan bir sağlık turizmi çeşididir (Kaçmaz ve Kahveci, 2016). Diş tedavileri yapısı gereği diğer sağlık hizmetlerinden farklılık göstermektedir. Diş tedavileri iki farklı kategoride değerlendirilmektedir. İlk kategori genel muayene ve genel diş bakımını kapsayan; detertraj, basit dolgular ve diş beyazlatmalardır. İkinci kategori ise uzmanlar tarafından gerçekleştirilebilen; komplike restoratif tedaviler, kanal tedavileri veya implant gibi işlemlerdir (Jaapar ve ark, 2017; Kamath ve ark, 2015).

Dental turistleri etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar; uygun fiyat, tedavi planında belirtilen süreç ve bu sürece uyum, işlem sürecinin tatil ile birleştirilebilesi, ucuz ulaşım, bekleme süresinin kısa olması ve internet ortamından bilgi edinerek bilgiye kolay erişimdir. Bazı dental turistler, egzotik bir destinasyonda pahalı işlemleri tercih ederken bazı dental turistler ise sadece ekonomik yönü ele alarak hareket etmektedir (Kaçmaz ve Kahveci, 2016). Birleşik Krallık’ta başka ülkelere diş tedavisi için seyahat eden sağlık turistlerinin ilk önceliklerinin tedavi maliyetlerinin daha düşük olması bu duruma bir örnektir (Hanefeld ve ark, 2016).

2.6.1.3.9. Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye’ye Gelen Diğer Sağlık Turizmi Pazarı

Türkiye’ye gelen uluslararası hastalar çeşitli özelliklere göre de sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada sağlık turizmi kapsamındaki hastalar, turistin sağlığı kapsamındaki hastalar, sağlık alanında ikili antlaşmalı ülkelerden gelen hastalar ve sosyal güvenlik kurumu kapsamında gelen hastalar yer almaktadır (Kaya ve ark, 2013).

2.6.1.3.10. Sağlık Alanında Ülkelerle İkili Antlaşması Olan Sağlık Turizmi Pazarı

Sağlık alanında milletlerarası ikili antlaşma ile uluslararası hastalar Türkiye’ye gelebilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığının antlaşma yaptığı bazı ülkeler bulunmaktadır. Bu hastalar Türkiye’ye gelerek tedavisi Sağlık Bakanlığı’nca planlanmaktadır. Genel Müdürlüklerden alınan resmi bir yazı ile kamu veya üniversite hastanelerine yönlendirilmektedirler. Türkiye’nin Sudan, Afganistan, Yemen, Arnavutluk, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Kosova ve Azerbaycan ile ikili antlaşmaları bulunmaktadır. 2012 yılında yapılan hastane türlerine göre uluslararası geliş şekilleri verileri incelendiğinde ikili antlaşma kapsamında Türkiye’ye 544 başvuru yapılmıştır. Ülkemize ikili antlaşmalı ülkelerden gelen sağlık turistlerinin; 8’i devlet hastanelerini, 534’ü eğitim ve araştırma hastanelerini, 2’si ise devlet üniversite hastanesini tercih etmiştir (Kaya ve ark, 2013).

2.6.1.3.11. Uluslararası Sosyal Güvenlik Kurumu Antlaşması Olan Sağlık Turizmi Pazarı

Hastalar sosyal güvenlik kuruluşları arası antlaşma ile tedavi olmak amacıyla Türkiye’ye gelebilmektedir. Türkiye bu anlaşma gereği sağlık yardım hakkı bulunan hastalara ve yurtdışında yaşayan Türk hastalara hizmet verebilmektedir. 2012 yılsonu itibariyle; Almanya, Avustralya, Azerbaycan, Hollanda, Belçika, Fransa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Romanya, Arnavutluk, Lüksemburg, Makedonya, Bosna Hersek, Çek Cumhuriyeti ve Hırvatistan ile antlaşma yapılmıştır. Bu hastaların Türkiye’de sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunduğunda tedavi ücretlendirmeleri öncelikle sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmekte, sonrasında hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarından tahsil edilmektedir. 2012 yılında yapılan hastane türlerine göre uluslararası geliş şekilleri verileri incelendiğinde; sosyal güvenlik kurumu ile anlaşmalı olan ülkelerden 21,530 başvuru yapılmıştır. Ülkemize sosyal güvenlik kurumu ile anlaşmalı ülkelerden gelen sağlık turistlerinin 3,328’i devlet hastanelerini, 2,679’u eğitim ve araştırma hastanelerini, 15,427’si özel hastaneleri, 84’ü devlet üniversite hastanelerini ve 12’si vakıf üniversitelerini tercih etmiştir (Kaya ve ark, 2013).

2.7. Tüketici Davranış Modellerine Göre Sağlık Turizmi

Model, olayın ortaya çıkış süreci veya olayların arasındaki ilişkileri gösteren düşünce yoludur. Modeller, pazarlama stratejisinin şekil alma ve geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Modeller bütüncül bakış açısıyla bakmamıza, bilgi ihtiyacımızı karşılamamıza, değişkenler arasında oluşan farklılıkları ortaya koyup test etmemize, pazar bölümlendirmemize, rehberlik etmeye ve strateji geliştirmemize yardımcı olmaktadır. Bu çerçevede tüketici davranış modelleri iki grupta incelenmektedir. Bu iki model klasik/açıklayıcı model ve modern/tanımlayıcı modeldir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.1. Klasik /Açıklayıcı Modeller

Bu modeller tüketici davranışlarını güdüler ile açıklar ve bir ürünün tercihinde neden o ürünü seçtiğini güdülere dayanarak açıklar. Güdü bireyin tercih yönünü, önceliklerini ve gücünü belirleyen ve bireyin harekete geçmesini sağlayan bireyin kendisine ve çevresine bağlı olan güçtür. Bu durum bireyin ihtiyacını karşılayamamasından ortaya çıkmaktadır ve ihtiyaç karşılandıkça da gerilim azalmaktadır. Güdüler fizyolojik ve psikolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. Fizyolojik güdüler günlük ihtiyacımız olan yeme, içmeyi kapsayan psikolojik ihtiyaçlarımız sevme, nefret gibi eğilimlerden kaynaklanır. Maslow’un belirtmiş olduğu hiyerarşik düzende, alt sıralardaki ihtiyaçların karşılanmadığı sürece birey tarafından daha üst sıralardaki ihtiyaçlara yönelmenin mümkün olmayacağı ifade edilmektedir. Ancak ihtiyaçlarımız, Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarjisi kapsamındayken son dönemlerde sıralamalar bireylerin tercihlerine göre değişmeye başlamıştır. Klasik model içerisinde; iktisadi güdüler olarak ekonomik model, psikolojik güdüler olarak Freud modeli, öğrenme güdüsü olarak Pavlov modeli, sosyal güdü olarak ise Veblen modeli yer almaktadır. Bu modellerin ortak noktası tüketici davranışlarını güdüler ile açıklamalarıdır. Her bir model tüketici davranışlarını farklı açılardan ele almıştır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.1.1. Ekonomik Model

Tüketicilerin satın alma kararları ekonomik hesaplara dayanmaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017). Ekonomik model tüketici davranışlarının ve satın alma kararının mantıksal ve bilinçsel olduğunu savunur. Tüketici alacağı ürünün kendi ekonomik durumuna göre en fazla fayda sağlayacak şekilde olması taraftarıdır. Tüketici kendine en uygun fiyatlı olan ürünü tercih eder (Papatya, 2005). Bu durumda tüketicinin tükettiği bir ürünün her ilave biriminden ettiği fayda marjinal fayda olarak adlandırılır (Yiğit, 2018).

 Bu modelde sadece ekonomik yön ele alındığı için tüketiciler, fiyatı düşen ürünleri talep eder veya aynı ürün için farklı alternatifleri araştırabilir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.1.2. Freud’un Benlik Modeli

Tüketici gereksinimlerini çeşitli yollardan karşılamaya çalışır. Bilinçaltı, bilinç ve bilinç üstü gibi gereksinimlerin giderilmesinde çözümleri değerlendirir (Papatya, 2005). İslamoğlu ve Altunışık (2015)’ın belirttiğine göre benlik; ilkel benlik, benlik ve üst benlik olmak üzere üçe ayrılmaktadır. İlkel benlik: çocukluk döneminde tatmin edilmeyen duyguları, üst benlik vicdan gibi değerleri, benlik ise ilkel benlik ile üst benlik arasında bir dengeyi oluşturmaya çalışır. Psiko–analitik modeline bağlılığın da söz konusu olduğu savunulur (Papatya, 2005). Tüketicilerin, tercihlerinin bir kısmının psikolojik olduğu savunulmaktadır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.1.3. Pavlov’un Öğrenme Modeli

Öğrenme olgusu, kişinin isteğine, tecrübesine ve uyarıcılarına bağlı oluşan bir davranış değişikliğidir. Her bireyde farklı gözlemlenebilir. Pavlov’un “Koşullu Refleks” temeline dayanmaktadır ve dört ana kavramdan oluşur. Bunlar; dürtü, uyaran, tepki ve pekiştirmedir. Kişinin bir şeyler öğrenmesi bu dört faktörün etkisiyle gerçekleşir. Pazarlamada özellikle reklamcılık konusunda kullanıldığı görülür (Papatya, 2005). Bu model tüketicinin bir markayı başka bir markaya tercih etmesinde öğrenmenin etkili olduğunu ifade etmektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.1.4. Veblen’in Toplumsal Modeli

Tüketici çevresinden onaylanma oranı yüksek olan tüketimleri tercih edebilme eğilimindedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017). Model antropolojiden etkilenip tüketicinin içinde bulunduğu grupların, kültürün ve davranışların etkisinde kalabileceğini vurgulamaktadır. Gösteriş için tüketim söz konusudur. Üründen elde edilecek yarardan çok kavuşulacak üne önem verilir (Papatya, 2005).

2.7.2. Modern/Tanımlayıcı Modeller

Bu model bireyin satın alma davranışının nasıl gerçekleştirdiğini bir süreç olarak ele alır. Tüketici davranışını etkileyen değişkenler Assael Modeli, Hs modeli olan Howard Sheth, EKB modeli olan Engel-Kollat-Blackwell ve Nicosia Modeli olarak belirtilmektedir. Bu modeller içsel ve dışsal uyarıcılara karşı bir tepki değil, bir süreç dâhilinde ele alınmaktadır. Bu modellerin ortak noktaları, tüketicinin karar verme sürecini problem çözme süreci gibi değerlendirmek, tercihin kaynağı ile değil, nasıl yapıldığı ile ilgilenmek ve iç ve dış faktörlerin satın alma sürecine etkide bulunduğunu varsaymaktır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.2.1 Assael Modeli

Assael Modeli’ne göre satın alma iki boyutludur. İlk boyut, karmaşık karar verme veya rutin bir karar olup olmadığı ile ilgilidir. İkinci boyut tüketicinin ilgi boyutuna yöneliktir. Satın alma sürecinde tüketici bilgi toplayıp alternatifleri değerlendirilerek konu ile ne kadar ilgilendiğini göstermektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.2.2. Howard Sheth – HS Modeli

HS Modeli’ne göre satın alma üç boyutludur. Bunlar; otomatik satın alma, sınırlı sorun çözme ve sınırsız sorun çözmedir. Otomatik satın alma tüketicinin ürün hakkında hiç veya az bilgiye sahip olup marka bağlılığı ile ortaya çıkan durumlardır. Sınırlı sorun çözmede tüketici biraz bilgiye sahip olup alternatif markaları da inceler. Tüketicinin bu durumda marka değiştirme ihtimali, deneme veya başka sebeplere göre değişiklik gösterir. Sınırsız sorun çözmede ise tüketicinin ihtiyacı acil olmayıp, bilgi ihtiyacı risk sebebiyle yüksektir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.2.3. Karmaşık Karar Verme Süresi

Karmaşık karar verme süresi beş basamaktan oluşmaktadır. İhtiyacını karşıladıktan sonra tüketici yeni bir ihtiyacı olması hâlinde tekrar aynı ürünü tercih eder. Fakat memnuniyetsizlik söz konusu olduğunda tüketici satın alma sürecini tekrardan başlatır. (İslamoğlu ve Altunışık, 2017). Müşteri memnuniyeti ileriye yönelik bir ölçüdür. Şirketler, tüketicileri sadece memnun etmeyip, aynı zamanda tüketicileri sevindirerek beklentilerini aşmayı hedeflemektedirler (Kotler, 2017). Bu süreç; ihtiyacın uyarılması, satın alma öncesi bilgi edinme, alternatifleri değerlendirme, satın alma ve satın alma sonrası olarak bölümlere ayrılmaktadır. Satın alma öncesi tüketici bilgi edinme sürecine girmektedir. Tüketici öncelikle bir eksikliğinin farkına varmaya çalışır. Bu ihtiyaca yönelik tüketicinin ihtiyaç duyduğu bilgi, satın almanın önemi, karmaşıklığı, ihtiyacın özelliği ve bu bilgiyi elde etme maliyeti, davranışın nasıl şekilleneceğine rehberlik eder. Edinilen bilgiler dâhilinde alternatifler değerlendirilir. Bu süreçte ürün ve marka faktörü ön plandadır. Son olarak satın alma ve satın alma sonrası eylemi gerçekleşmektedir. Bu aşamada tüketici bundan önceki süreçleri tamamlamalıdır. Satın alma eylemi para ve uygun olan zamana bağlı olarak gelişmektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.3. Motivasyon

Tüketici satın alma sürecinde aşamaların her birinde yeniden güdülenir. Güdü veya motivasyon; istekleri, gereksinimleri, arzuları, ilgileri kapsayan bir tanımdır (Kıdak ve Aksaraylı, 2009; İslamoğlu ve Altunışık, 2017)**.** Tüketicinin hissettiği eksikliğe ihtiyaç, ihtiyacını gidermek için tüketicide oluşan güce dürtü ve ihtiyacını gidermek için yönelmesine güdü denilmektedir. Bir ürün veya markanın tüketiminin gerçekleşebilmesi için o ürünün satışında rol alan faktörler tespit edilirse, o ürün veya markanın sunduğu güdünün gücü tüketicileri satın almaya yönlendirecektir. Güdünün gücü; içeriği, önemi ve şiddetine bağlıdır (İslamoğlu ve Altunışık, 2017).

2.7.3.1. Sağlık Turisti Motivasyonu

Tedavi tipine göre seyahat eden sağlık turistleri arasında, karar alırken endüstri özellikleri ve farklı motivasyonlar ortaya çıkmaktadır (Hanefeld ve ark,2016). Sağlık turistleri için seçimi nasıl yaptıklarını anlamak zordur. Hastalar, hizmetin ekonomik olması, bekleme sürelerinin az olması, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve çeşitliliği, son teknolojik teçhizat ve tedavi yöntemleri, kendi ülkelerindeki prosedürler, yetersiz veya olmayan sigorta, etik olma, kültürel yakınlık, normlar, din, yiyecekler ve tatilden yararlanabilmek şeklinde farklı motivasyonlarla harekete geçebilmektedir (Mathijsen, 2019).

Dental turistlerin temel motivasyonları ise daha az bekleme süreleri, işlemlerin ucuz olması, yurtdışında dental sağlık turizm pazarının bilinirliği ve hizmet sonrası hizmet verilmeye devam edilmesidir. Turizmle birleştirilme noktasında ise ucuz uçuşların olması ve internet aracılığı ile yurtdışındaki diş hekimleriyle bağlantı kurulabilmesidir (Lovelock ve ark, 2018). Avrupa ve ABD’den gelen emeklilerin temel motivasyonları açısından bir değerlendirme yapıldığında uzun süre boyunca yaptıkları planları gerçekleştirme isteğinin öne çıktığı aynı zamanda Türkiye’nin iklimi, şehir yaşantısından uzak ve farklı kültür deneyimleme isteklerinin de motivasyona dahil olduğu ifade edilebilir (Özerim, 2012).

 Cross-Border Health Services in the EU Analytical Report (2007) 2007 yılında 27.200’den fazla kişiyle yaptığı ankette tedavi türünün ülkede olmayışı, uzmandan tedavi alınamaması, daha kaliteli hizmetin yurtdışında olması, ekonomiklik, işlemlerin daha hızlı olacağı gibi düşüncelerin başka bir Avrupa Birliği ülkesine gidilmesi için öne çıkan motivasyonlardan bazıları olduğu ifade edilmiştir.

2.8. Kuşadası’nda Sağlık Turizmi: IDC Örneği

2008 yılında Harvard Üniversitesi, Boston Üniversitesi, Johns Hopkins ve Cleveland Clinic dâhil olmak üzere ABD dışında yerli veya yabancı sağlık turistleri için klinikler kurulmuştur (Dalen ve Alpert, 2019). Sağlık turizmi, üniversite hastaneleri için bir potansiyel oluşturmakta olup, ülke ekonomisine büyük katkılar sağlayabilecek güçtedir (Sayın ve ark, 2017). Türkiye’nin 2023 hedefleri arasında sağlık turizminin geliştirilmesine ve gelirin artırılmasına yönelik hedefler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı ve Ekonomi Bakanlığı birlikte, sağlık turizmine yönelik yasal düzenleme, planlar, yeni uygulamalar ve destekleri yürürlüğe koymuştur (Dinçer ve Serdaroğlu, 2017).

Aydın, Kuşadası ilçesi Türkiye’de İstanbul dışında turizmin ilk başladığı yerdir. Efes Antik Kenti ve Meryem Ana Evi’ne yakınlığı sebebiyle kruvaziyer gemilerinin tercih ettiği önemli destinasyonlardan birisidir. Kuşadası deniz, kum ve güneş üçlüsünü sunan ve bunun yanı sıra kültür, sağlık gibi alternatif kaynakları bulunan bir destinasyondur. Sağlık turizminin hızla büyümekte olduğu günümüzde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile sağlık turizmi üzerinde çalışmalar başlatılmıştır (Tuna ve ark, 2017).

Üniversitenin dâhil olduğu bir yapılaşma ise Kuşadası’nda bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi International Dent Care Diş Kliniği (IDC)’dir. Ülkemizde Dental sağlık alanında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından 24 Nisan 2018 tarihinde Kuşadası’na açılmış olan IDC Diş Polikliniği yerli ve yabancı hastalara hizmet vermektedir. IDC Care ülkemizde devlet teşviki ile devlet üniversitesi tarafından sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik ilk yatırım olma özelliğini ve önemini taşımaktadır. Üniversite olarak, akademik uzman kadrosu, farklı diller bilen uzman hekimleri, Türk Dişhekimleri Birliği (TDB)’nin belirlediği sabit fiyatlar üzerinden uygulanan fiyat politikası ve 7/24 çağrı merkezi sistemi ile güven teşkil eden bir ortam sunmaktadır. Klinik, randevu sistemi ile çalışmakta olup, hiçbir hasta beklemeden tedaviye alınmaktadır. Devlet üniversitesi olmasına rağmen çalışma saatleri esnektir. Hastalardan yaptırdıkları işlemler için sadece yazılı onam formu alınmakta ve hastalar herhangi bir protokole takılmadan işlemlere başlayabilmektedirler. IDC’nin herhangi bir sigorta firması ile anlaşması bulunmamakta olup, hastalar tedavi ücretini kendileri ödemektedir.

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

 Giriş bölümünde literatür araştırması yapılarak araştırmanın temelleri oluşturulmuştur. Bu bölümde araştırmanın problemi, amaç ve önemi, sınırlılıkları, modeli, yöntemi ve bulguları analiz edilmiştir.

3.1. Gereç

3.1.1. Literatür Taraması

 Problemlerin uygun olarak tanımlanması için detaylı bir literatür taraması yapılması gerekmektedir. Literatür taraması problemin tanıtılmasına, çözümlenmesine, yanıtlanmasına yardımcı olan tüm teorik bilgileri toplayarak sunmak için yapılır. Araştırma konusu farklı veya bilgi alanı kısıtlı olan araştırmalar için öncelikle temel kitap ve makaleler okunmalıdır (İslamoğlu, 2011). Bu çalışmada öncelikle sağlık turizmi ile ilgili kitaplar, tezler ve uluslararası makaleler okunmuştur. Ülkelerle ilgili istatistikler araştırılmış ve Bakanlıklar tarafından yayımlanan raporlar incelenmiştir. YÖK dokümantasyon merkezinde sağlık turizmi ile ilgili yapılan akademik yayımlar gözden geçirilmiştir..

3.1.2. Doküman Analizi

Doküman analizi yöntemi, ulaşılmak istenen olgular hakkında bilgi veren yazılı materyallerin analizidir (Dilek ve ark, 2018). Doküman analizi IDC ve İl Göç İdaresi’nin verileri incelenerek oluşturulmuştur. IDC’nin veri tabanına erişebilmek için öncelikle Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesin’den Ek 7’de bulunan izin belgesi alınmıştır. Elde edilen veriler, sunulan hizmetler halkla ilişkiler koordinatörünün verdiği bilgiler göz önünde tutularak incelenmiş ve Tablo 2 ve Tablo 3’de yer aldığı üzere sınıflandırılmıştır.

Kuşadası’nda yaşayan ikamet izni olan yabancıların rakamsal olarak tespit edilmesi amacıyla T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü resmî internet sayfasının bilgi edinme bölümünden başvuru formları indirilmiş, bu formlar doldurulmuş ve bir dilekçe yazılarak Kuşadası İlçe Göç İdaresi’ne başvuru yapılmıştır. Gerekli istatistiklerin Aydın İl Göç İdaresi’nde bulunduğu ifade edilmiştir. Aydın İl Göç İdaresi ile yapılan görüşme sonrası, Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) üzerinden üniversite tarafından resmi yazı yazılmış ve bu yazının ardından 2015-2018 yılları arası ikamet eden yerleşik yabancıların verileri disk halinde araştırmacıya ulaştırılmıştır.

3.1.3. Gözlem

Gözlem bilgi toplama yöntemlerinden biridir (İslamoğlu, 2011). Gözlem herhangi bir ortamdaki davranışı ayrıntılı olarak tanımlamamıza yardımcı olur. Nitel araştırmalarda gözlem daha çok araştırmayı konu alan olgu ve duruma ilişkin ayrıntılı ve derinlemesine açıklamalar ve tanımlamalar yapmaya yöneliktir. Gözlem türleri alanda veya sahada, yapılandırılmış veya yapılandırılmamış gözlemler olarak gruplara ayrılmaktadır. İslamoğlu (2011)’e göre gözlemler katılımlı ve katılımsız olmak üzere iki grubta sınıflandırılır. Katılımsız gözlemde, araştırmacı dışarıdan gözlem yapmaktadır. Katılımlı gözlemde ise araştırmacı, gruba katılarak o grubun bir üyesi gibi davranmaktadır. Gözlem formu ise açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan gözlem sonrası araştırmacı tarafından doldurulan bir formdur (Sağ, 2018).

IDC Diş Kliniği, 24 Nisan 2018 tarihinde açılmış ve tüm yaz sezonu boyunca hizmet vermiştir. Bu süreçte detayları Tablo 2’de bulunan 45 yerleşik yabancı ve turist hasta bir doğal ortamda davranışları göz önünde bulundurularak gözlem formu oluşturulmuştur. Bu durum dolaylı olarak araştırmacının çalışmada katılımlı gözlem yapmasına olanak sağlamıştır.

Öte yandan hastalar ve refakatçilerin IDC’ye geldiklerinde farklı sorular sordukları ve davranışlarının birinci seansa ve ikinci seansa göre değişiklik gösterdiği araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Hasta refakatçilerinin sağlık turizmine olan ekonomik etkilerini ortaya koyan Abubakar ve ark (2018) ve Japonya’da sağlık turizmi amacıyla seyahat eden refakatçili hastaların konaklama maliyetleri ile ilgili sorun yaşadığını ifade eden Tontuş (yyyj)’un çalışmaları incelendiğinde hasta ve refakatçi olgusunun ayrıldığı görülmektedir.

Dolayısıyla bu çalışmalar ve araştırmacının tecrübelerinden faydalanılarak gözlem formlarının hasta ve refakatçisi olmak üzere birinci seans ve ikinci seans olarak düzenlenmesinin daha uygun bir gözlem kararı olacağı düşünülmüştür. Gözlem yaptıktan sonra gözlem formu doldurularak notlar alınmalıdır (Creswell, 2016). Bu nedenle araştırmada Ek 3, Ek 4 Ek 5 ve Ek 6‘da bulunan 1. seans hasta, 1. seans refakatçi, 2. seans hasta ve 2. Seans refakatçi gözlem formları oluşturulmuş ve gözlem yapıldıktan sonra gerekli notlar uygun gözlem formlarına yazılarak not alınmıştır. Araştırmada birinci seansta 1 hasta ve 1 refakatçi, ikinci seansta 4 hasta ve 2 refakatçi olmak üzere toplam 8 kişi IDC Diş Kliniği ortamında gözlemlenmiştir.

3.1.4. Görüşme

Nitel araştırmadaki görüşme yöntemi, katılımcıların tecrübelerini, duygularını ve algılarını şeffaf bir şekilde ortaya koymaktadır. Görüşme, nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Katılımcının, görüşme yöntemiyle; deneyim, tutum, şikâyet veya duygularına yönelik bilgiler elde edilebilmektedir. Gerçek nedenler ile ilgili daha net bilgiye ulaşılmasına da katkı sağlamaktadır. Elde edilen bilgilerle konunun ve ana başlıkların belirlenmesi daha detaylı ve derin bilgiler elde edilmesini sağlamaktadır. Derinlemesine görüşmelerde, görüşme yapan kişi iyi bir dinleyici olmalı ve geri besleme yöntemi kullanarak katılımcıyı cesaretlendirmelidir (Sevencan ve Çilingiroğlu, 2007). Görüşme esnasında katılımcılara sorular açık uçlu yöneltilmektedir. Görüşme öncesi soruların hazırlanması, test edilmesi katılımcılarla randevulaşılması ve gerçekleştirilmesi görüşme sürecinin aşamalarıdır.

Görüşmelerde sözlü iletişim kullanılması, katılımcıların ifadelerini gözlemleme imkânı da sunmaktadır (Burns ve Bush,b2015; Yıldırım, 1999). Görüşmelerde açık uçlu sorularla keşif odaklı bir yöntem kullanılmalıdır (Kamboj ve Rahman, 2017).

Görüşmeler; tam yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olarak üç kategoriye ayrılmaktadır. Yapılandırılmış görüşmelerde araştırmacı, genellikle katılımcıdan bir terim ve ifade duymak ister. Yapılandırılmış görüşmeler, katılımcılardan demografik özellikleri alırken kullanılır. Yarı yapılandırılmış görüşmede, katılımcının soruları daha çok kendi algıladığı şekilde cevaplaması istenir. Bu görüşme tarzında sorular esnek ve açık uçlu olmalıdır. Yapılandırılmamış görüşmelerde ise araştırmacı konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Araştırmacı soru hazırlamayarak keşfedici görüşmeler yapar (Merriam, 2018).

Bu çalışmada ise yarı yapılandırılmış görüşme için gerekli ön görüşme soruları, turizm geliri ilişkisini araştıran Karababa (2017), tedavi masraflarının artması sebebiyle hastaların farklı ülkeleri tercih ettiğini ortaya koyan Türofed Turizm Raporu (2017) ve yaşlanma oranın artmasıyla sağlık harcamalarının arttığını ifade eden Khan (2015) ve üniversite hastanelerinin sağlık turizmi alanında potansiyele sahip olduğunu belirten Sayın ve ark(2017)’nın çalışmalarından ortaya çıkan bulgular incelenerek hazırlanmıştır.

IDC’de gerçekleştirilen görüşmeler çoklu kodlayıcılar kullanılarak tutarlılıkları denetlenmiştir. Görüşmeler yapılmadan önce IDC diş kliniğindeki sorumlu hekimlere, hemşireye ve genel alanlardan sorumlu personele hastaların kendilerine neler sordukları, tutum ve davranışları sorulmuş, onların bu tecrübelerinden faydalanılarak ön uygulama soru formu oluşturulmuştur. Ön görüşme soruları altı soru (Ek 1) olarak katılımcılara sorulmuştur. Bu sorulardan biri katılımcıların soruyu anlayamadıklarını ifade etmeleri üzerine kısmi/ifade değişikliğine gidilmiş ve soruların yetersizliği saptanarak beş yeni soru eklenmesi uygun görülerek nihai görüşme soruları hazırlanmıştır.

Nihai görüşme soruları ise yukarıda belirtilen çalışmalar ışığında, detayları Tablo 2’de bulunan 45 yerleşik yabancı ve turist hastanın halkla ilişkiler koordünatörüne sordukları sorular göz önünde bulundurularak elde edilen bilgiler ışığında ve İl Göç İdaresi verileri de dikkate alınarak ön uygulama formu sonuçlarına göre oluşturulmuştur (Ek 2). Nihai görüşme soruları Saban (2007)’nin gerçekleştirdiği gibi, ikili görüşmeler düzenlenerek 17 yerleşik yabancıyla yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

3.1.5. Odak Grup

Odak grup görüşmeleri geçmişi eskiye dayanan ve sıklıkla kullanılan veri toplama araçlarından birisidir. Görüşmelere alternatif olarak 1930’lu yıllarda ortaya çıkmıştır. Odak grup görüşmelerinin çıkışı; sosyal, iletişim ve psikoloji teorileridir. Pazar araştırmalarında da sıkça kullanılan bir yöntemdir. Sosyal bilimlerde derinlemesine görüşmeler ve anket çalışmaları ile kullanılan bu yöntem derinlemesine görüşmeler ve anketlerin sağlam bir temel oluşturmasını sağlar (Çokluk ve ark, 2011). Odak grup görüşmelerinde ürün veya hizmet hakkında katılımcıların fikirlerini öğrenmek ve nasıl hissettiğini anlamak temel amaçtır. Odak grubun kaç kişiden veya kimlerden oluşturulacağı konusu tamamen araştırma konusu ile ilişkilidir. (Sevencan ve Çilingiroğlu, 2007). Bu çalışmada, 2019 yılı Mart ayı içerisinde dört odak grup gerçekleştirilmiştir. Odak gruptaki katılımcılar, kendi ülkelerinden yeni gelmiş veya kış aylarında Kuşadası’nda yaşamakta olan yabancılardan oluşmuştur. Odak grupta yer alan gruplar coğrafi ve zamansal sorun yaşadıkları için aynı mahalleden veya aynı apartmandan olacak şekilde düzenlenmiştir. Odak gruplara ilişkin detaylar Tablo 14, Tablo 15, Tablo 16 ve Tablo 17’de verilmiştir.

Başlangıçta çalışma grubu için katılımcıları belirlemek zor olabilmektedir. Bu çalışmada kartopu örneklem tekniğinden yararlanılmıştır. Görüşme sonrası katılımcıların referans oldukları kişilerle irtibata geçilmiş ve yeni randevular düzenlenerek çalışmaya devam edilmiştir. Odak grup görüşmeleri için de kartopu örneklem yöntemi uygulanmıştır. Görüşmeler sonrası referans olunan Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar ile kişisel temaslar kurularak buluşma yer ve saatleri ayarlanmıştır. İkili görüşmeler ve odak grup görüşmeleri, katılımcıların kendilerini rahat hissetmeleri için katılımcıların evlerinde, IDC Diş Kliniğinde ve onların belirlemiş olduğu bir kafeteryada gerçekleştirilmiştir.

 3.2. Yöntem

Bu çalışmada, bir hedef pazar seçeneği olarak yerleşik yabancıların dental turizm kapsamındaki potansiyeli Kuşadası IDC örneği açısından ele alınmış ve nitel araştırma yöntemlerinden gömülü kuram yaklaşımı tercih edilmiştir.

Nitel araştırmalar, varsayımlar ile başlayıp yorumlayıcı ve sosyal bir sorun olarak oluşturulan probleme yönelik bireyin veya grupların amaçlarını ortaya koymak üzere araştırma sorularının çalışması olarak tanımlanabilir (Creswell, 2016). Nitel araştırma; sosyal olguları içerisinde bulundukları ortamda; görüşme, gözlem ve dökümanları değerlendirerek elde edilen verileri analiz edip kuram geliştirme imkânı sağlamaktadır. Araştırmacı verileri toplarken olgunun doğal ortamında aktif olarak rol alır, olayı gözler ve deneyimleri yaşar. Olguyu bütüncül olarak ele aldığı için farklı bilim dallarından yararlanır ve olguyu derinleştirerek netleştirir. Nitel araştırmalar; yorumlayıcı araştırmalar, doğal araştırmalar, tanımlayıcı araştırmalar, durumsal araştırmalar gibi disiplinlerle bağlantılı olduğu için araştırmacıya tek bir yönteme bağlı kalmadan çalışma imkânı sağlar (İslamoğlu, 2011; Yıldırım, 1999).

Gömülü kuram, sosyolog olan Anselm Strauss ve Barney Glaser tarafından geliştirilmiştir (Ünal ve Çatı, 2016). Glaser ve Strauss, son günlerini yaşayan hastalar ile doktorlar arasındaki etkileşimi ortaya koymuşlardır. Çalışmalarının sonucuna göre yeni kavram ve açıklamalara yer vermişler ve veri temelli açıklayıcı bir kuram ortaya koymuşlardır (Yıldırım ve Şimşek 2005). Gömülü kuram veriden, kuram, hipotez, kavram ve öneriler oluşturmamıza yardımcı olan bir yöntem olarak tanımlanabilir. Kavramların oluşturulabilmesi için de kavram ve kavramlar arasındaki ilişkiyi inceler. Bu aşamada kavram ise araştırma verisinde gömülü olarak bulunmaktadır. Dolayısıyla diğer kategoriler gömülü olan esas kategorinin etrafında bulunur ve esas kategori aracılığıyla kuram geliştirilir (Onat Kocabıyık, 2015). Gömülü teori 1967’de ilk kez tanıtıldığından itibaren biçiminde değişikliğe uğramamıştır (Corbin ve Strauss, 1990).

Gömülü teori üretmek uygun teoriye ulaşmanın bir yoludur. Önceden yapılan varsayımlar, mantıksal çıkarımlarla yarattığı teoriyle karşılaştırılmalıdır (Glaser ve Strauss, 2006). Strauss ve Corbin (1994)’e göre gömülü teori; sistematik olarak toplanan ve analiz edilen verilere dayanan, teori geliştirmek için tercih edilebilen genel bir metodolojidir. Creswell (2012)’e göre gömülü teori; geniş bir kavramsal süreci, bir eylemi veya temel bir konuyla ilgili bir etkileşimi açıklayan bir araştırma yöntemidir. Mil ve ark (2007)’ na göre gömülü teori gözlemlenen bilgiler temel alındıktan sonra elde edilen bulgular ve analizlerinden yola çıkılarak yeni olguların keşfedilmesi şeklinde açıklanmaktadır. Dolayısıyla teori oluşturmak ispatlanabilir bir gerekçe ile tümevarımsal olarak desteklenebilir olmalıdır. Charmaz (2012) gömülü teoriyi diğer nitel araştırmalardan ayıran özellikleri şu şekilde sıralamaktadır; süreçleri incelemek için açık araçlar sunan, olası teorik anlayışlara netlik kazandıran, kodlama ve kategorileştirme ile veriler hakkında geçici yorumlar yapabilen ve araştırmacının ana teorik kategorilerinin sistemik kontrollerin iyileştirilmesini sağlayan bir araştırma desenidir. Belirli bir teori yok iken gömülü teori deseni bulguların altında var olan konsantre bilgileri elde etmemizde yardımcı olabilir (Mil ve ark, 2007).

Gömülü teori, kavramsal olarak kategoriler arasında bulunan ilişkiyi göstererek kuramsal ilişkilerin hangi bağlamda oluştuğunu, değiştiğini ve sürdürdüğünü göstermektedir (Aksakal ve Kırkkaya, 2013).

Gömülü teorilerde veriler önceden toplanmaktadır (Aksakal ve Kırkkaya, 2013; Allan, 2003). Gömülü teori sürecinde problem ortaya atılır. İkinci aşamada veri toplama yöntemine karar verilir (Mil ve ark, 2007). Diğer nitel araştırmalardaki gibi gömülü teori için veriler çeşitli kaynaklardan oluşturulabilmektedir (Corbin ve Strauss, 1990). Görüşme verileri yapılandırılmış veya yapılandırılmamış gözlem (Onat Kocabıyık, 2015) yöntemi kullanılarak araştırmanın sağlamlığı arttırılabilmekte (Mil ve ark 2007) bunun yanı sıra devlet belgeleri, videokasetler, gazeteler, mektuplar ve kitaplar gibi kaynaklarda desteklenebilmektedir (Corbin ve Strauss, 1990). Çalışma grubu ise gözlem ve konu ile doğrudan ilgili bireylerle görüşülmesi ile oluşturulur. Araştırmacı farklı boyutları ortaya çıkartabilmek amacıyla esas kategori ve araştırma ile ilişkili anlamlı bireyleri çalışma grubuna dahil edebilir (Onat Kocabıyık, 2015). Bu kaynakların her biri görüşmeler veya gözlemlerle aynı şekilde kodlanabilir (Corbin ve Strauss, 1990). Kodlamalar; açık, aksiyal ve seçici olarak üç farklı şekilde uygulanabilir. Açık kodlamalar; verilere uygulanan ilk kodlama çeşidi olup (Onat Kocabıyık, 2015) bulgulardan alt kategoriler elde etmemizi sağlayan kodlamalardır. Aksiyal kodlamalar; açık kodlamanın devamı olup alt kümelerin veriye dayalı olarak (Onat Kocabıyık, 2015) test edilmesidir. Seçici kodlamalar ise her alt kategoriyi diğer alt kategorilerle değerlendirme imkânı sağlar (Mil ve ark, 2007). Toplanan verilerde ortak olan noktalar tespit edilir (Mil ve ark, 2007). Elde edilen kavramlar sonra uygulanacak olan veri toplama aşamalarına dâhil edilir (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Gömülü teoride veri toplama ve analiz aynı anda yürütülmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2005). İlk olgu kodlandıktan sonra araştırmanın bir sonraki evrelerinde de devam ederse ilk olgu, yeni karşılaşılan olgularla karşılaştırılmaktadır. Araştırma esnasında, kodlama yapılan olgu belirli sıklıkta görülmeye başladığında kesin bir kodlama yapılabilmektedir (Onat Kocabıyık, 2015). Kodlama esnasında birden çok kod ortaya çıkabilir (Allan, 2003). Kodlamalar ardından elde edilen veriler teori oluşturmak amacıyla analiz edilir, literatür ile karşılaştırılır ve teori oluşturulur (Mil ve ark, 2007). Bu yöntem aynı zamanda araştırmacının esnek ve özgür olmasına, klasik disiplin sınırlarının ötesine geçmesine de izin vermektedir (Tarfaoui ve Zkim, 2015).

Bu açıdan ele alındığında bu çalışma dental turizm açısından, sistemik olarak verilerin toplanıp, kavramsal bir süreci açıklamaya çalışmak üzere toplanan her bir adımdaki verilere şüphe ile yaklaşarak yeni olguların keşfedilmesine olanak sağlamıştır. Bu sayede gömülü teori, dental turizm sektörü içerisinde gizli kalmış farklı bulgulara ulaşarak zengin bilgiler elde edilmesine zemin hazırlamıştır.

Gömülü teori çerçevesinde değerlendirme yapılan bu çalışmada öncelikle her bir adımda toplanan veriler ayrı ayrı incelenmiştir. Bunun için ilk olarak IDC ve Aydın İl Göç İdaresi’nden elde edilen veriler sınıflandırılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve toplanan verilereden açık kodlar oluşturulmuştur. Açık kodlama sonucu elde edilen alt kategoriler aksiyal kodlama yöntemine tabi tutulmuş, aynı zamanda IDC kliniğinde bulunan hekim, hemşire ve genel alan sorumlusu personele bu alt kategorilerin doğruluğu test ettirilmiştir. Sonrasında katılımlı gözlemler ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu sayede seçici kodlama yöntemi ile diğer alt kategoriler ile değerlendirme imkânı oluşturulmuştur. Verilerin toplanması ve analiz süreci eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Sonrasında ise elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak benzer ve farklı yönleri ortaya konulmuştur.

3.3. Çalışma Grubu

Araştırma Aydın ili, Kuşadası ilçe sınırları içerisinde yapılmıştır. IDC Diş Kliniği’nden alınan verilere göre; yerleşik yabancıların Kuşadası merkez, Davutlar ve Soğucak gibi farklı bölgelerde yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sebeple araştırma belirli bir bölge seçimi yapılmadan ve uluslararası tüm hastaları kapsayacak biçimde Kuşadası ilçe sınırları içerisinde uygulanmıştır. Çalışma grubu olarak yerleşik yabancılar dikkate alınmış olup yılın belirli aylarında Türkiye’de yaşayan, kendi ülkelerine gidebilen veya uzun dönem ikamet edebilen ve tedaviye devamlılığında konaklama problemlerinin olmaması için yerleşik olan, çifte vatandaş olarak Kuşadası’nda ikamet eden, ikinci bir konutu Kuşadası’nda olan kişiler dikkate alınmıştır. Ayrıca çalışmaya dâhil edilen yerleşik yabancıların en az altı ay Kuşadası’nda kalmaları göz önünde bulundurulmuştur.

İlk olarak Kuşadası Kaymakamlığı resmi internet sayfasında bulunan Kuşadası içerisinde faaliyet gösteren dernekler listesinde bulunan 235 dernek incelenmiştir. Bu incelemeler sonucunda doğrudan yabancılara yönelik dernekler tespit edilmiştir. Kuşadası Yabancılar Danışma ve Dayanışma Derneği, Ege Finlandiyalılar Derneği ve Kuşadası Ukrayna Kültür Derneği ile iletişime geçilmiştir. Kuşadası Yabancılar Danışma ve Dayanışma Derneği başkanı ile WhatsApp üzerinden görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeci 10,000 dolayında yabancı üyeleri olduğunu, yılda iki veya üç hafta Kuşadası’nda konaklayıp ülkelerine döndüklerini ve Kuşadası’nda yaşayan 4,900 yerleşik yabancı olduğunu açıklanmıştır. Ege Finlandiyalılar Derneği Başkanı ile Facebook üzerinden görüşme yapılmış ve randevulaşılarak 08.01.2019 tarihinde kendisiyle yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Kendi derneklerinde 30 üye olduğu bilgisi alınmıştır. Finlandiyalıların Didim bölgesinde yaşadıkları da ifade edilmiştir. Ukrayna Kültür Derneği Başkanı’na ise tüm çabalara rağmen ulaşmak mümkün olamamıştır.

Sonrasında T.C. İçişleri Bakanlığı Kuşadası İlçe Nüfus Müdürlüğü Müdür Vekili ile bir görüşme yapılmıştır, ancak Müdürlük tarafından araştırmacıya verilen bilgiler oldukça kısıtlı kalmıştır. Bu nedenle Aydın İl Nufüs ve Vatandaşlık Müdürlüğü aranmış, randevu tarihi alınmıştır. Alınan randevu ile il müdürü ile görüşme yapılmıştır. Ancak İl Nufüs Müdürlüğü’nün de sunmuş olduğu bilgilerin oldukça sınırlı olması nedeniyle gerekli bilgiler farklı resmî internet sitelerinden temin edilebilmiştir.

Çalışmada katılımcı sayısını artırmak için yerleşik yabancılar içerisinde yabancı uyruğa sahip, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ile evlenerek “geçici yabancı göçmen” olan statülerini “yerleşik yabancı gelin” statüsüne geçirerek (Ekiz Gökmen, 2011). Kuşadası’nda yaşayan kişiler de araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu şekilde daha homojen bir grup elde edilmeye çalışılmıştır. Miyashita ve ark (2017)’nin belirttiğine göre göç geçmişi olan emeklilerin yurtdışı sağlık deneyimleri üzerine nitel çalışmalar oldukça azdır. Türkiye'deki uluslararası emekli göçmenler söz konusu olduğunda ise bu konu hakkında çalışmaların yetersiz kaldığı görülmektedir (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, 2008).

Kişisel temaslarla yerleşik yabancılarla iletişime geçilmiş ve kartopu örneklem yoluyla üçüncü kişilere ulaşılmıştır. Kartopu örneklemde görüşülen kişiler bir sonraki kişilere yönlendirme yapabilir ve ulaşılmaya çalışılan bilinmeyen kişilere ulaşılmaya imkân sağlanabilir (Baştürk ve Taştepe, 2013).

Katılımcılarla görüşmeler gerçekleşmeden önce, kendilerine ilk olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. 27.02.2019-18.03.2019 tarihleri arasında 17 yerleşik yabancı ile görüşme, 8 yerleşik yabancı ile katılımlı gözlem ve 4 yerleşik yabancılardan oluşan odak grup görüşmesi tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye’de Aydın ilinin bir ilçesi olan Kuşadası’nda daha önce yerleşik yabancıların dental turizm kapsamındaki potansiyelinin ölçülmemesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi IDC Diş Kliniği”nin Türkiye’de ilk sağlık turizmi yapan kamu kurumu olması ve daha önce kliniği konu olarak ele alan herhangi bir çalışmanın yapılmamış olması araştırmayı özgün kılmaktadır. Öte yandan yerleşik yabancılar üzerinde dental turizm araştırmaları kısıtlı olduğu için elde edilen bulguların karşılaştırılmasında zorluk yaşanmıştır.

IDC Diş Kliniği’nin özel hizmet vermesi nedeniyle haksız rekabet oluşturmaması adına yasal olarak reklam vermede sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sebeple reklam yapamamaktadır.

Araştırmanın en önemli sınırlılılıklarından biri de IDC’nin 24.04.2018 tarihinde açılmış olması nedeniyle katılımcı sayısının az olmasıdır. Öte yandan IDC’de ortodontik tedavi gören yerleşik yabancı olmadığı için araştırmada ortodonti hastası bulunmamaktadır.

 Aydın’da 17 ilçe bulunmaktadır. İl Göç İdaresin’den alınan verilere göre Karpuzlu İlçesine ait veri bulunmamaktadır. Bu sebeple Karpuzlu ilçesi araştırmaya dâhil edilememiştir.

IDC Diş Kliniği’nde her hasta için özel randevu saati ile çalışılmaktadır. Hastalar farklı ülkelerden veya farklı kıtalardan gelmektedir. Operasyonlar sırasında uygulanan işlemler; her bir hastanın ihtiyacına yönelik olduğu için iyileşme süreleri değişkenlik göstermektedir. Bu sebeple hastalar farklı tarihlerde klinikte bulunduğundan dolayı odak görüşmeler yapılamamıştır. IDC Diş Kliniği’nde akademik kadroda bulunan her akademik uzman branşa göre hizmet vermektedir. Hastaya özel verilen randevularda akademik uzmanlar sadece o hastalar için gelmektedir. Hasta trafiği yoğun olmadığı için akademik uzmanlar da randevularda belirtilen saat aralıklarında klinikte bulunmaktadır. Aynı zamanda akademik uzmanların farklı yerlerde görevleri söz konusu olduğundan dolayı klinikte bulunma süreleri onların müsaitlik durumlarına göre ayarlanmaktadır. Söz gelimi sabahtan randevusu bulunan akademik uzman randevusu bitince klinikten ayrılmaktadır. Aynı gün içerisinde randevusu olan akademik uzmanlar randevu saatlerindeki farklılıklardan dolayı karşılaşamayabilmektedirler. Bu sebeple akademik uzman kadro ile odak görüşme yapılamamıştır.

3.5. Veri Toplama

Bu bölümde nitel veri toplama yöntemleri ile veri toplama süreci hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama ve analiz süreci birbiri ile bağlantılı süreçlerdir. Gömülü teoride analiz, ilk elde edilen verinin ardından başlamaktadır. İlk analizden elde edilen veriler görüşme ve gözlem yöntemi ile doğrudan bağlantılıdır. Bu sebeple ilk elde edilen veriler analiz edilerek sonraki adımlara yönelik yeni ipuçları yakalanmalıdır (Çelik ve Ekşi, 2015.).

Bu araştırmada öncelikle detaylı bir literatür araştırması yapılmıştır. IDC’nin veri tabanından alınan bilgiler ile kategoriler ve alt kategoriler oluşturularak araştırmanın çerçevesi çizilmiştir. Nitel araştırma yöntemleri için çalışma grubu belirlenmiş ve veri toplama süreci başlamıştır. Veri toplama süreci Şekil 1’de detaylı olarak açıklanmıştır.

****

Şekil 1. Veri Toplama Süreci

3.5.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ilk aşamasında 01.02.2019 - 22.02.2019 tarihleri arasında yerleşik yabancı olan 10 kişi ile ikili görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Sorular İngilizce ve Türkçe olarak hazırlanmıştır.

Bu görüşmeler için yerleşik yabancıların dental sağlık alanında hedef pazar olarak değerlendirilebilmelerine yönelik sorular hazırlanmıştır. Görüşmelerde yerleşik yabancılara 6 soru yöneltilmiştir. Ön uygulamada yerleşik yabancıların soruları algılama durumları anlaşılmaya çalışılmıştır. Görüşmeler sonucunda soruların sayıca yetersiz olduğu görülerek 5 soru daha eklenmiş ve 1 soruda ise kısmı/ifade değişikliğine gidilmiştir. Görüşmeler IDC Diş Kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 1.** Ön Uygulamaya Katılan Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Görüşme** **Tarihi** | **Kuşadası’nda Yaşama Süresi** | **Sahip Olunan Ülke****Vatandaşlıkları** | **Cinsiyet** | **Yaş** |
| 15.02.2019 | 6 ay | Filistin | Erkek | 25 |
| 15.02.2019 | 6 ay | Yunanistan | Kadın | 30 |
| 19.02.2019 | 8 yıl | Rusya/ Almanya | Kadın | 58 |
| 20.02.2019 | 3 yıl | Lübnan/ Almanya | Kadın | 53 |
| 20.02.2019 | 6 ay | Filistin | Kadın | 63 |
| 20.02.2019 | 6 ay | Filistin | Erkek | 63 |
| 20.02.2019 | 6 ay | Filistin | Erkek | 30 |
| 21.02.2019 | 15 yıl | Hollanda/Türkiye | Erkek | 46 |
| 22. 02.2019 | 2 yıl | Finlandiya/ Türkiye | Erkek | 52 |
| 22.02.2019 | 2 yıl | Finlandiya | Kadın | 61 |

Ön uygulama, 01.02.2019-22.02.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, pilot çalışma neticesinde kısmı/ifade değişikliğine gidilmiştir.

* “Türkiye’deki döviz kuru artışı Kuşadası’nda tedavi olma fikrinizi etkiler mi?” sorusunun “Kuşadası’nda yaşarken Türkiye’deki döviz kuru artışı Kuşadası’nda tedavi olma fikrinizi etkiler mi?” şeklinde değiştirilmesinin yararlı olacağına karar verilmesi üzerine derinlemesine görüşme formu son halini almıştır.

Yapılan pilot çalışmada soruların yetersiz olduğu görülmüştür. Bu sebeple aşağıdaki 5 sorunun eklenmesi uygun görülmüştür.

* Nerede doğdunuz?
* Yaşınız? Mesleğiniz?
* Gelecekte Kuşadası’nda yaşamaya devam etmeyi düşünüyor musunuz?
* Kendi ülkeniz ile Türkiye arasında diş tedavilerinde fiyat karşılaştırması yapar mısınız?
* Kuşadası’nda yaşarken diş probleminiz olduğunda Kuşadası’nda bir kliniğine gider misiniz?

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmacıda yarı yapılandırılmış görüşmeler, katılımlı gözlemler ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Tüm veri analiz süreci Şekil 2’de gösterilmektedir.

Verilerin analizi için ilk olarak IDC’ den elde edilen veriler incelenmiş, katılımcılar ülkelerine ve dental tedavi türlerine göre endodonti, cerrahi gibi kategorilere ve bu branşlar içerinde bulunan retreatment, implant gibi alt kategorilere ayrılarak gruplandırılmıştır. Aydın Göç İdaresi verilerinde de aynı yol izlenmiştir. Bunun için Aydın İl sınırları içerisinde yaşayan yerleşik yabancılar öncelikle kategorilere ayrılmış ardından alt kodlamalar yapılmıştır. IDC ve Aydın Göç İdaresi’nden alınan veriler MS Excel programı ile tablolaştırılmıştır

Görüşmeler yapıldıktan sonra belirli başlıklar oluşturularak kodlamalar yapılmalı ve verilerin tutarlı olduğundan emin olunmalıdır (Babat ve ark, 2017). Yücel ve ark (2017)’nın kendi çalışmalarında uyguladığı veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yönteme göre yarı yapılandırılmış görüşmeler ve odak grup görüşmelerine ait notlar ve ses kayıtları MS Word dosyasına aktarılmış ve elde edilen veriler “içerik analizi tekniği” ile analiz edilip yorumlanmıştır. Ayrıca görüşmelerde elde edilen notlar katılımcılara gösterilerek, verilerin iç güvenilirliği sağlanmıştır. Buna ek olarak Saban (2007)’ın kendi çalışmasında katılımcıların ifade ettiği söylemlere doğrudan alıntılar da yaptığı görülmüş bunun üzerine bu çalışmada da doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

Selvi ve Işık (2015)’in uygulamış olduğu yöntem uygulanmıştır. Buna göre gözlem ile ilgili gözlem formu oluşturulmuş ve notlar alınmıştır. Elde edilen veriler kavramlarla birleştirilmiştir.

****

Şekil 2. Veri Analiz Süreci

3.7. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Gömülü teori araştırmalarında geçerlilik konusu sürecin aktif bir parçasıdır. Glaser’ci geçerlilik gömülü teori deseninde; örtüşme, işe yararlılık, bağlantılılık ve değiştirilebilirlik olarak dörde ayrılmaktadır. Örtüşme; teori içerisindeki kategorilerin verilerle örtüşmesi anlamına gelmektedir. IDC’den ve Göç İdaresi’nden alınan veriler ile görüşme, odak grup soruları ve gözlem formu, araştırmanın problemine göre düzenlenmiş ve birbiri ile örtüşmeleri sağlanmıştır. İşe yararlılık; geliştirilen teori, olgu hakkında açıklama yapılabilecek, tahmin edebilecek ve yorumlayabilecek bir durum sergilemelidir. Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında bir sonraki adımı tahmin edilmiş ve yorumlanmıştır. Bağlantılılık; Mevcut teoriler yerine verilerdeki çekirdek problem ve araştırma sürecindeki bulgular arasında anlamlı bir bağlantı olması gerekmektedir. Araştırmada ana problem belirlenmiş ve araştırma bulguları probleme göre anlamlı bağlantılar oluşturulacak şekilde ele alınmıştır. Değiştirilebilirlik; Değişen dünya düzeninde geliştirilen teori de değiştirilebilir. Daha önce yapılan sağlık turizmi çalışmaları fiyat veya uluslarası seyahatler gibi konular üzerinden devam ederken bu çalışmada yerleşik yabancıların potansiyeli bundan sonraki çalışmalarda farklı veya aynı yönden üretilen bilgiyi kaybetmeden değişik açılardan ele alınabilir olması sağlanmıştır (Çelik ve Ekşi, 2015).

 Araştırmanın güvenilebilir olması için araştırmacı verileri kendisi toplamalı ve gerekli notları almalıdır (Babat ve ark, 2017). Bu çalışmada tüm veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

 Güvenilirlik farklı şekillerde ele alınabilir. Görüşmeler esnasında iyi bir ses kayıt sistemi kullanılmalı ve yazıya aktarılması ile güvenilirliği arttırılmalıdır. Bu çalışmada da güvenilirliği sağlamak amacıyla tüm görüşmelerde notlar tutulmuş ve katılımcıların izinleri ile görüşmeler ses kaydına alınmıştır. Verilerin analiz edilmesi için bilgisayar programları tercih edilebilir. Bu çalışmada elde edilen verilerin tümü Excel programına aktarılmış, rakamsal ifadelerin bulunduğu tablolar “formül yazma yöntemi” ile en doğru sonuç için formüle edilmiştir. Nitel araştırmalarda güvenilirlik veri setlerindeki çoklu kodlayıcıların kullanılmasıyla kodlayıcılar arası görüş birliğidir ve kodlayıcının cevaplarındaki kararlılık anlamını taşıması önemlidir (Creswell, 2016).

Ön uygulama sonrası oluşturulan nihai görüşme soruları çoklu kodlayıcı olan; sorumlu hekimlere, hemşireye ve genel alanlardan sorumlu personele gösterilmiştir. Görüşmeler esnasında çoklu kodlayıcı olarak görev alan kişilerden görüşme sonrası izlenimleri ve araştırmacının gözünden kaçan konular olup olmadığına dair sorular sorulmuştur. Güven ve Akıncı(2014)’nın belirttiğine göre Miles ve Huberman (1994) tarafından önerilmiş olan formül aşağıdaki gibidir. Bu formüle göre kodlayıcılar arası uygunluk test edilebilmektedir.

$$Güvenilirlik =\frac{Uzlaşma Sayısı}{Uzlaşma+Uzlaşmama Sayısı}$$

Araştırmacı ile çoklu kodlayıcılar arası elde edilen sonuçların % 70’den fazla olması beklenir (Güven ve Akıncı, 2014). Yarı yapılandırılmış görüşmelere uygulanan güvenilirlik testine göre araştırmacı ile çoklu kodlayıcılar arasındaki uygunluk % 87 oranında birbiri ile paraleldir. Bu anlamda araştırmanın güvenilirliğinde rakamsal olarak uygun olduğu söylenebilir

# 4. BULGULAR

Bu bölümde Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların sayılarını belirleyebilmeye yönelik 2015-2018 yıllarına ait Aydın İl Göç İdaresi’nden alınan veri tabanı bulguları, yerleşik yabancı ve turistlerin IDC’de tercih ettikleri dental işlemleri belirlemeye yönelik veri tabanı bilgileri bulguları, yerleşik yabancıların davranışlarını belirlemeye yönelik IDC’de gerçekleştirilen katılımlı gözlemlere ilişkin bulgular, 2019 Mart ayı içerisinde yerleşik yabancılarla yapılan odak grup görüşmeleri ve yerleşik yabancılarla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelere ilişkin bulgular sunulmaktadır.

4.1. International Dent Care’in Veri Tabanı Bulguları

 International Dent Care’den hizmet alan 45 kişi yerleşik yabancı ve turist olarak kategorizelendirilmiş ve muayene olanlarla tedavi yaptıranlar tablolaştırılmıştır.

**Tablo 2.** IDC’den Hizmet Alan Hastaların Yerleşik-Turist ve Muayene-Tedavi Kapsamında Ülkelere Göre Dağılımı.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÜLKE** | **YERLEŞİK** | **TURİST** |
| **MUAYENE** | **TEDAVİ** | **MUAYENE** | **TEDAVİ** |
| AZERBAYCAN | 2 |   |   |   |
| ALMANYA |   | 3 |   | 1 |
| FRANSA | 1 | 2 |   |   |
| HOLLANDA | 1 | 3 | 3 |   |
| İRLANDA | 1 | 1 |   | 1 |
| RUSYA | 1 |   |   |   |
| LÜBNAN |   | 2 |   |   |
| AVUSTRALYA |   | 4 |   |   |
| İNGİLTERE | 2 | 1 |   | 2 |
| BELÇİKA | 3 | 2 |   | 2 |
| AMERİKA | 1 | 2 |   |   |
| FAS |   |   |   | 1 |
| ROMANYA |   |   |   | 1 |
| FİNLANDİYA |   | 2 |   |   |
| **TOPLAM** | 12 | 22 | 3 | 8 |

 IDC’den elde edilen bulgular ışığında 01.05.2018 tarihinden 31.12.2018’e kadar gelen yerleşik yabancı ve turistlerin istatistikleri sınıflandırılmıştır. 34 yerleşik yabancı, 11 turist olmak üzere toplam 45 kişi kliniği ziyaret etmiştir. Bu kişilerden 15’i sadece muayene olarak fiyatlar hakkında bilgi almıştır. Geri kalan 30 kişi muayene olduktan sonra fiyatlar hakkında bilgi almış ve tedavilerini IDC’de yaptırmıştır. IDC’de tedavi gören ve muayene edilen hastalar ülkelerine göre Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Azerbaycan’dan gelen iki kişi Kuşadası’nda ikamet etmektedir. İki Azeri vatandaş Türk vatandaşı olmayıp, geçici ikamet kartı ile Kuşadası’nda bulunmaktadır. İki kişi farklı zamanlarda gelip birbirileri ile bağlantısı olmayan kişilerdir. Azeri vatandaşlardan birinin fiyatlar sebebiyle eşine danışmak istediğini, diğer Azeri vatandaşının ise tedavi fiyatları yüksek geldiği için tedavi yaptırmak istemediği görülmüştür.

Almanya’dan gelen dört kişiden üçü hem Kuşadası’nda hem de Almanya’da ikamet etmektedir. Diğer bir kişi ise otelde tatil yaparken kaplamasının düşmesi üzerine IDC’ye başvurmuştur. Tablo 3’te görüldüğü üzere kısıtlı zamanından dolayı sadece kuron yapıştırma işlemi uygulanmıştır.

Fransa’dan gelen üç kişi yerleşik yabancı kapsamındadır. Üç kişiden ikisi çift olarak IDC’ye başvurmuştur. Tedavi olmak amacıyla refakatçisi ile gelen hasta tedaviye alındığında eşi olan refakatçinin de muayene olma kararı verdiği gözlemlenmiştir.

 Hollanda’dan yedi hasta gelmiştir. Bu hastalardan dördü yerleşik yabancı olarak Kuşadası’nda yaşamaktadır. Üç yerleşik yabancı tedavi olurken bir yerleşik yabancı sadece muayene olup şehir değiştireceğini ifade ettiği için tedaviye başlamamıştır. Ayrıca bir Hollandalı turist önceden e-posta yoluyla IDC’den randevu almasına rağmen kliniğe geldiğinde uzun konuşmalar yapmış ve tedavi olmaktan vazgeçmiş olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin IDC’de yapılacak işlemin kendi ülkesindeki karşılığının öğrenmesidir. Diğer iki Hollandalı turist ise daha önce gittikleri bir güzellik salonu sahibinin IDC’yi tavsiye etmesi üzerine muayene olmaya geldiklerini ifade etmişlerdir.

İrlandalı üç kişiden ikisi yerleşik yabancı olarak Kuşadası’nda ikamet etmektedir ve anne–kız olarak IDC’ye başvurmuşladır. İrlandalı annenin refakatçi olarak gelen kızını yönlendirmesi üzerine, muayene olduğu ifade edilmiştir. Üçüncü kişi ise turist olup belirli dönemler de Kuşadası’na gelmektedir.

Rus olarak gelen hasta, evlenerek Kuşadası’nda yaşamaya başlayan yerleşik yabancı gelindir. Belirli dönemler de Rusya’ya gitmektedir. Hastanın diş korkusu olduğu ve Rusya’da kendi diş hekimi olduğu eşi tarafından vurgulanmıştır. Hasta, tedavilerini sadece kendi doktoruna yaptırmakta olup başka bir diş hekimine gitmemiştir. Rusya’da bulunan kendi doktoruna gidene kadar geçecek olan süreçte hastanın ağrısı için geçici bir çözüm bulunmuştur.

Lübnanlı hastalar anne-kız olarak IDC’ye başvurmuştur, öncelikle kızının tedavisinin ardından, kızı annesi için randevu almış ve annesini diş tedavisi için kliniğe getirmiştir. Aynı zamanda Azeri uyruklu muayene hastalarından birisi de aynı hastanın referansı üzerine gelmiştir. Ayrıca Lübnan’lı iki yerleşik yabancının da Kuşadası’nı beğendikleri için yaşamayı tercih ettikleri belirtilmiştir. Hastalar yılın belirli dönemleri Lübnan’a geri dönmektedir.

Avustralya’dan gelen dört kişi yerleşik yabancıdır. Bir hasta dişlerini yaptırmak için Aydın’da bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne başvurmuş, Kuşadası’nda da hizmet verildiğini öğrendiklerinde fiyat farkını kabul ederek işlemlerine Kuşadası’nda devam etmişlerdir. Avustralyalı hastalardan biri eşi tedavi görürken refakatçi olarak gelmiş, sonrasında kendi isteği ile refakatçi statüsünden hasta statüsüne geçerek tedavi olmuştur.

İngiliz hastalardan üçü yerleşik yabancı olup, ikisi turisttir. İki turist ve bir yerleşik yabancı tedavilerini IDC’de yaptırmıştır. Turist olarak gelen hastalardan biri gelmeden önce IDC ile iletişime geçmiş, fiyatlar hakkında bilgi almış ve Kuşadası’na ilk defa sağlık turizmi amacıyla geldiğini otel, uçak ve transferi kendisi tarafından organize edildiği ifade edilmiştir.

Belçika’dan gelen hastalardan beşi yerleşik yabancı olup bunlardan biri dört kişilik aile üyelerinden oluşmaktadır. Annenin muayene olması sonrası tedavi olma kararı vermesi üzerine bu karardan etkilenen iki refakatçi kızı da muayene olup fiyat almıştır, hastanın eşinin ise tepkisiz kaldığı gözlenmiştir. Hasta 3. seans tedavisinde yalnızca eşi tarafından refakatçilik edilmiş, kendi isteği ile muayene olmak istemiş ve tedavilerine IDC’de başlamıştır. Diğer yerleşik yabancı ise muayene olmuş ve bu teklifi düşüneceğini ifade etmiştir. Diğer turist olarak gelen hasta, otelde konaklamaktayken otel yöneticisinin yönlendirmesi üzerine IDC’ye gelmiştir. İkinci turist ise başka bir otele bırakılan broşürleri görmesi üzerine IDC’ye telefon etmiş, randevu almış ve tedavisini IDC’de yaptırmıştır.

 ABD vatandaşlarından birisi Aydın’da bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne başvurmuş, Kuşadası’nda da bir klinik olduğunu öğrenmesi üzerine fiyat farkını kabul ederek işlemlerine Kuşadası’nda devam etmiştir.

Fas’tan gelen hasta, Türkiye’ye turist olarak geldiği zaman diliminde seyahat acentasında bulunan IDC’ye ait bir broşürü görerek kliniğe başvurmuştur. Hizmetten memnun kaldığı için sosyal medya hesaplarında IDC ile ilgili görsel paylaşımlarda bulunduğu da görülmüştür.

Romanya’dan gelen hasta tatil esnasındayken dişinin ağrıması sebebiyle IDC’ye gelmiştir. Hasta, internet üzerinden IDC’yi bulduğunu ifade etmiştir.

Finlandiya vatandaşı iki hasta ise Kuşadası’nda yerleşik yabancı olarak yaşamaktadır. IDC’yi internet üzerinden bulduklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.** IDC’den Hizmet Alan Yerleşik Yabancı ve Turistlerin Aldıkları Tedavi Türüne Göre Dağılımları.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HASTA** | **ORAL DİAGNOS** | **PERİODONTOLOJİ** | **RESTORATİF DİŞ**  | **CERRAHİ** | **PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ** | **ENDODONTİ**  | **PEDODONTİ** |
| **PANORAMİK** | **PERİAPİKAL** | **TOMOGRAFİ** | **DETERETRAJ** | **KÜRETAJ** | **BEYAZLATMA** | **AŞIRI KOLE HASSASİYETİ** | **DOLGU** | **DİŞ ÇEKİMİ**  | **GREFT** | **SİNÜS LİFTİNG** | **BİOMETERYAL** | **İMPLANT** | **İMPLANT ÜSTÜ** | **GEÇİCİ PROTEZ** | **KAPLAMA** | **KRON YAPIŞTIRMA** | **GECE PLAĞI** | **KANAL TEDAVİSİ** | **RETREATMENT** | **DRENAJ**  | **DİŞ ÇEKİMİ** |
| **1 ALMAN HASTA**  | 1 |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2 ALMAN HASTA**  | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 6 |   |   |   |   |   |   |
| **3. ALMAN HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   | 3 |   | 2 |   | 8 | 12 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4 ALMAN HASTA (TURİST)** |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3 |   |   |   |   |   |
| **1. FRANSIZ HASTA** | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |
| **2. FRANSIZ HASTA** | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **1. HOLLANDALI HASTA** | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. HOLLANDALI HASTA** | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 4 | 2 | 2 | 3 | 7 | 13 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3. HOLLANDALI HASTA** | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |
| **1. İRLANDALI HASTA** | 1 |   |   | 1 | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. İRLANDALI HASTA (TURİST)** | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 7 |   |   | 1 |   |   |   |
| **1. LÜBNANLI HASTA**  | 1 |   |   |   |   |   |   | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. LÜBNANLI HASTA**  | 1 |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **1. AVUSTURALYALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. AVUSTURALYALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3. AVUSTURALYALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4. AVUSTURALYALI HASTA** | 1 | 3 | 1 | 1 |   |   |   |   | 7 | 1 | 2 | 1 | 10 | 20 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| **1.İNGİLİZ HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. İNGİLİZ HASTA (TURİST)** |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3. İNGİLİZ HASTA (TURİST)** | 1 | 1 |   | 1 |   | 1 | 1 | 7 |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   | 1 |   |   |
| **1. BELÇİKALI HASTA** | 1 | 1 |   |   |   |   |   | 2 |   | 1 |   |   | 1 | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |   |
| **2. BELÇİKALI HASTA** | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 3 |   |   |   | 8 | 15 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| **3. BELÇİKALI HASTA (TURİST)** | 1 |   |   | 1 |   |   |   | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4. BELÇİKALI HASTA (TURİST)** | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |
| **1.AMERİKALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2.AMERİKALI HASTA** | 1 |   |   | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **1. FASLI HASTA (TURİST)** | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **1. ROMANYALI HASTA (TURİST)** | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |
| **1. FİNLANDİYALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2. FİNLANDİYALI HASTA** | 1 |   |   | 1 |   |   |   | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **YERLEŞİK YABANCI** | 22 | 4 | 1 | 13 | 3 | 0 | 0 | 15 | 18 | 4 | 6 | 4 | 34 | 61 | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| **TURİST** | 6 | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| **TOTAL** | 28 | 7 | 2 | 16 | 3 | 1 | 1 | 28 | 18 | 4 | 6 | 4 | 34 | 61 | 2 | 14 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 |

Tercih edilen tedavi tipine göre IDC’ nin kayıtlı verileri incelendiğinde Tablo 3 oluşmaktadır. Yerleşik yabancı olarak gelip tedavi yaptıran veya görüntüleme tekniklerinden faydalanan 23 kişi, turist olarak gelip tedavi yaptıran 8 kişi bulunmaktadır. Oral Diyagnoz bölümü kapsamında yapılan görüntüleme tekniklerinde; panoramik, periapikal ve tomografi cihazı kullanılmıştır. Kliniğe gelen 30 hastadan, 22 yerleşik yabancı ve 6 turist panoramik röntgen çektirmiştir. Aciliyeti olmayan 4. Alman turist hasta sadece kuron yapıştırma işlemini talep ettiği ve 2. İngiliz turist hastanın yakın tarihli röntgeni olduğu bildirildiği için röntgenleri çekilmemiştir. Periapikal çoğunlukla endodonti bölümü tarafından tercih edilmiştir. Bu sebeple kanal tedavisi veya retreatment işlemi olan dört hasta, uzmanın istekte bulunması üzerine periapikali çektirmiştir. Farklı olarak 4. Avustralyalı hastanın ise implant tedavisi kapsamında periapikali uzman hekim tarafından istekte bulunması üzerine çekilmiştir. Tomografi sadece ik kişi için uygulanmıştır. Bu hastalardan biri klinikte tedavi görmekte olan 4. Avustralyalı hastadır. Hastanın çene kemiği yapısını incelemek için çekilmiştir. Diğer 2. İngiliz turist hasta ise dışarıdan başka bir hekim tarafından kendi muayenehanesinde tomografi cihazı olmadığı için kliniğe yönlendirilmiştir. Hasta tomografisini çektirdikten sonra ücretini ödeyerek tomografi görüntüsünün basılı olduğu CD’yi teslim alıp klinikten ayrılmıştır.

Periodontoloji bölümü kapsamında detertraj ve küretaj işlemleri gerçekleştirilmiştir. Detertraj, diş tedavilerinde ağız hijyeninin sağlanması devamında yapılacak olan işlemi etkilediği için ilk basamak olarak yapılan bir işlemdir. Aciliyeti olan işlemlerin dışında öncelikle detertraj yapılarak ağız hijyeni sağlanmaktadır. 30 hastadan, 13 yerleşik yabancı ve 3 turist detertraj işlemi yaptırmıştır. İki Avustralyalı hasta, turist olarak gelen bir Amerikalı ve bir Faslı hasta sadece detertraj işlemlerini yaptırmak için kliniğe başvurmuştur. Diğer hastalar ise tedavi planlaması sebebiyle öncelikle detertaj işlemlerini yaptırmışlardır. Daha detaylı ve diş eti ceplerine girilerek yapılan küretaj işlemini üç yerleşik yabancı yaptırmıştır. Küretaj işlemi yaptıran turist hasta bulunmamaktadır. 1.Hollandalı hasta detertraj yaptırmak istemeyerek sadece küretaj yaptırmıştır. 1. İrlandalı hasta ve 2. Amerikalı hasta hem detertraj hem de küretaj işlemlerini yaptırmayı kabul etmiştir.

Bir İngiliz hastanın talebi üzerine kendisine diş beyazlatma ve hassasiyet şikâyeti üzerine aşırı kole hassasiyeti tedavisi uygulanmıştır.

IDC’ de restoratif diş tedavileri kapsamında dokuz hasta dolgu yaptırmıştır. Yedisi yerleşik yabancı olup 15 adet, ikisi turist olup 13 adet dolgu yaptırmıştır. 1. Alman hasta bir, 1. İrlandalı hasta bir, 2. Avustralyalı hasta dört, 1. Lübnanlı hasta üç, 2. Lübnanlı hasta bir ve 1. Belçikalı hasta iki dolgu yaptırmıştır. Turist olarak gelen 1. İngiliz, 7 ve 4. Belçikalı hasta altı adet dolgu yaptırmıştır.

Cerrahi bölümünde beş yerleşik yabancıdan 18 adet diş çekimi gerçekleştirilmiştir. Diş çekimi yapılan dört kişi implant yaptırmak için dişlerini çektirmiştir. Yalnızca 2. Fransız dişinde ağrı olduğu şikâyetiyle kliniğe gelmiş ve dişini çektirmiştir. Greft işlemi uygun görülen üç yerleşik yabancı hastaya gref uygulaması yapılmıştır. Sinüs lifting uygun görülen üç hastaya da sinüs operasyonu uygulanmıştır. Biyomateryal iki yerleşik yabancıya uygulanmıştır. 4. Avustralyalı hastaya ve 2. Hollandalı hastaya hem greft operasyonu, sinüs lifting ve biyomateryal işlemi gerçekleştirilmiştir.

Cerrahi bölümü tarafından yapılan implantlar sadece yerleşik yabancılar tarafından tercih edilmiştir. Toplamda; 4. Alman hastaya sekiz adet, 2. Hollandalı hastaya yedi adet, 4. Avustralyalı hastaya on adet, 1. Belçikalı hastaya bir adet ve 3. Belçikalı hastaya sekiz adet olmak üzere toplamda 34 adet implant yapılmıştır.

Protez bölümü tarafından implant üstü olarak yapılan dişler yine implant yapılan hastalara uygulanmıştır. Toplamda; 4. Alman hastaya oniki adet, 2. Hollandalı hastaya onüç adet, 4. Avustralyalı hastaya yirmi adet, 1. Belçikalı hastaya bir adet ve 3. Belçikalı hastaya onbeş adet olmak üzere toplamda 61 adet implant üstü yapılmıştır. Cerrahi alanında yapılan implant, implant üstü ile birbirini tamamlayan parçalardır. İmplant yapılmadan implant üstü yapılamayacağı için implant ve implant üstü sayıları birlikte verilmelidir. Bu duruma göre genel toplamda 95 işlem gerçekleştirilmiştir.

 Bu süreçte dişsizlik yaşamamaları için 1. Avustralyalı ve 3. Belçikalı hastaya implant sayılarından dolayı birer geçici protez yapılmıştır. İmplantın dışında dişlerin kaplanması da söz konusudur ve 2. İrlandalı turiste yedi, 1. İngiliz turiste yapılan kanal tedavisi sonrası dişi korumak amacıyla bir kuron tedavisi uygulanmıştır. Düşen kuronunu yapıştırmak için 3. Alman turist üç kuronunu yapıştırtmak için kliniğe başvurmuştur. 1. İngiliz hastanın şikâyetleri göz önüne alınarak gece plağı yapılmıştır.

Endodonti bölümünü kapsayan kanal tedavisi için 2. İrlandalı turist ve 2. Belçikalı turiste kanal tedavisi yapılmıştır. Kliniğe başvuran 1. İngiliz turist konulan teşhise göre daha önce yaptırmış olduğu kanal tedavisi yenilenmiş ve retreatment işlemi uygulanmıştır. Ağrı ile kliniğe başvuran 1. Fransız yerleşik yabancıya drenaj tedavisi uygulanmıştır.

Dişindeki ağrı sebebiyle kliniğe başvuran Romen turist, çocuk olduğu için diş çekimi işlemi pedodonti alanında gerçekleştirilmiştir**.**

4.2. Aydın Göç İdaresi Veri Tabanı Bulguları

Aydın İl Göç İdaresin’den temin edilen veriler sınıflandırılarak Tablo 4 oluşturulmuştur. Bu tabloda 2015-2018 yılları arasında Aydın il sınırları içerisinde uzun süreli ikamet izni alarak yaşayan yerleşik yabancıların verileri yer almaktadır. 16 ilçede toplamda 6,168 uzun ikamet izni bulunan yerleşik yabancı yaşamaktadır. İlçeler bazında ele alındığında Bozdoğan 28, Buharkent 9, Çine 23, Didim 1903, Efeler 740, Germencik 37, İncirliova 90, Karacasu 2, Koçarlı 15, Köşk 46, Kuşadası 2888, Kuyucak 12, Nazilli 273, Söke 103, Sultanhisar 12 ve Yenipazar 23 uzun dönemli ikamet izni ile oturan yerleşik yabancı nüfusuna sahiptir. En çok yerleşik yabancının bulunduğu ilçe 2.888 kişi ile Kuşadası’dır. İkinci ilçe 1.903 kişi ile Didim, üçüncü ilçe ise 740 kişi ile Efeler’dir.

Alt kategorilere göre oluşan dağılımlarda Aydın il bazında yaşayan kadın sayısı 3,696, erkek sayısı 2,472 ve çocuk sayısı 155’dir. Çalışan kişi sayısı 1,513, emekli sayısı 2,345, öğrenci sayısı 352, ev hanımı sayısı 1,226, işsiz sayısı 301 olup 276 kişinin durumu ise bilinmemektedir. İlk sırada 2,345 kişi ile emekli olan yerleşik yabancılar en fazla kişi sayısına sahip alt kategoridir. İkinci sırada 1513 kişi ile çalışan grubu yer almaktadır. Üçüncü sırada ise 1,226 kişi ile ev hanımları bulunmaktadır.

**Tablo 4.** 2015-2018 Yılları Arası Aydın İl Sınırları İçerisinde Uzun Süreli İkamet İzni ile Yaşayan Yerleşik Yabancıların Dağılımı.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İLÇE** | **KADIN** | **ERKEK** |  |
| **ÇOCUK** | **ÇALIŞAN** | **EMEKLİ** | **ÖĞRENCİ** | **EV****HANIMI** | **İŞSİZ** | **BİLİNMİYOR** | **ÇOCUK** | **ÇALIŞAN** | **EMEKLİ** | **ÖĞRENCİ** | **EV HANIMI** | **İŞSİZ** | **BİLİNMİYOR** | **TOPLAM** |
| BOZDOĞAN | 2 | 3 |   | 3 | 18 |   | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   | **28** |
| BUHARKENT |   | 1 |   |   | 2 |   |   |   | 5 |   |   |   | 1 |   | **9** |
| ÇİNE | 1 | 6 |   |   | 11 | 1 |   |   | 3 | 1 |   |   |   |   | **23** |
| DİDİM | 5 | 136 | 629 | 22 | 297 | 10 | 14 | 4 | 136 | 606 | 26 | 2 | 8 | 8 | **1903** |
| EFELER | 17 | 106 | 10 | 34 | 112 | 5 | 108 | 6 | 256 | 6 | 60 | 2 | 10 | 8 | **740** |
| GERMENCİK | 1 | 7 | 1 |   | 16 |   | 1 |   | 9 | 1 |   |   | 1 |   | **37** |
| İNCİRLİOVA | 8 | 8 | 2 | 1 | 41 |   |   | 8 | 15 |   | 3 |   | 3 | 1 | **90** |
| KARACASU |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | **2** |
| KOÇARLI | 2 | 5 |   | 1 | 5 |   |   | 2 |   |   |   |   |   |   | **15** |
| KÖŞK | 2 | 3 |   | 1 | 32 |   |   | 2 | 4 |   |   |   | 2 |   | **46** |
| KUŞADASI | 37 | 350 | 546 | 94 | 519 | 150 | 41 | 35 | 354 | 530 | 87 | 3 | 96 | 46 | **2888** |
| KUYUCAK | 2 | 3 |   |   | 5 |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   | **12** |
| NAZİLLİ | 5 | 42 | 4 | 4 | 85 | 5 | 5 | 6 | 22 | 3 | 11 |   | 3 | 42 | **237** |
| SÖKE | 4 | 13 | 2 | 1 | 56 | 3 |   | 3 | 14 | 3 | 2 |   | 2 |   | **103** |
| SULTANHİSAR |   | 3 |   |   | 5 |   |   |   | 1 | 1 |   |   | 1 | 1 | **12** |
| YENİ PAZAR | 1 | 5 |   |   | 14 |   |   | 1 | 1 |   | 1 |   |   |   | **23** |
| **TOPLAM** | **87** | **691** | **1194** | **161** | **1219** | **174** | **170** | **68** | **822** | **1151** | **191** | **7** | **127** | **106** | **6168** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşmelere İlişkin Bulgular

Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar ile 27.02.2019-22.03.2019 tarihleri arasında yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 54.2’dir, ancak bir katılımcı yaşını belirtmek istememiştir. Dört yerleşik yabancının 3 farklı ikameti olup, 13 yerleşik yabancının iki ikameti bulunmaktadır. Yerleşik yabancıların Türkiye’de ortalama ikamet süresi 17 yıl 10 aydır. Kuşadası’nda ikamet sürelerinin ortalaması 16 yıl 4 aydır. Yerleşik yabancı olarak yaşayanlardan; 8’i emekli, 6’sı çalışan, 3’ü çalışmayan kişilerden oluşmaktadır. Görüşmeler ortalama 25 dakika olup IDC Diş Kliniğinde ve katılımcıların evlerinde gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 5.** Yarı Yapılandırma Yöntemi ile Görüşülen Kuşadası’nda Yaşayan Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat** | **Katılımcı** | **Yaş** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süreleri** | **Kuşadası’nda İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 27.02.201911.24 | 1 nolu katılımcı | 64 | Belçika/ KuşadasıSamsun | 16 yıl | 16 yıl | Emekli |
| 27.02.201911.46 | 2 nolu katılımcı | 59 | Belçika/ KuşadasıSamsun | 16 yıl | 16 yıl | Emekli |
| 01.03.201912.58 | 3 nolu katılımcı | 35 | Beyaz RusyaKuşadası | 14 yıl | 14 yıl | Çalışan |
| 01.03.201919.00 | 4 nolu katılımcı | 52 | Fransa/ Kuşadası | 14 yıl | 14 yıl | Çalışan |
| 02.03.201914.15 | 5 nolu katılımcı | 52 | Belçika/ Kuşadası | 15 yıl | 15 yıl | Çalışmıyor |
| 04.03.201910.53 | 6 nolu katılımcı | 73 | Almanya/ Kuşadası | 47 yıl | 47 yıl | Emekli |
| 04.03.201912.45 | 7 nolu katılımcı | 73 | Almanya/ Kuşadası | 47 yıl | 47 yıl | Emekli |
| 07.03.201915.12 | 8 nolu katılımcı | 31 | İran/ Kuşadası | 9 yıl | 7.5 yıl | Çalışmıyor |
| 11.03.201915.55 | 9 nolu katılımcı | 72 | Hollanda/ KuşadasıUşak | 19 yıl | 19 yıl | Emekli |
| 14.03.201922.19 | 10 nolu katılımcı | 33 | İran/ Kuşadası | 7 yıl | 7 yıl | Çalışan |
| 15.03.201910.36 | 11 nolu katılımcı | 46 | Hollanda/ Kuşadası | 15 yıl | 15 yıl | Çalışmıyor |
| 15.03.201915.19 | 12 nolu katılımcı | 46 | Amerika/ Kuşadası | 6 ay | 6 ay | Çalışan |
| 18.03.201910.49 | 13 nolu katılımcı | 68 | Avusturya/ İsviçreKuşadası | 26 yıl | 20 yıl | Emekli |
| 18.03.201911.47 | 14 nolu katılımcı | 60 | İrlanda/ Kuşadası | 15 yıl | 15 yıl | Emekli |
| 19.03.201919.18 | 15 nolu katılımcı | 25 | Beyaz Rusya/ Kuşadası | 14 yıl | 3 yıl | Çalışan |
| 22.03.201917.00 | 16 nolu katılımcı | 81 | Almanya/ Kuşadası | 18 yıl | 18 yıl | Emekli |
| 22.03.201917.30 | 17 nolu katılımcı | 58 | Almanya/Kuşadası | 5 yıl | 5 yıl | Çalışan |

Katımcılara gelecek yıllarda da Kuşadası’nda yaşamaya devam etmeyi düşünüp düşünmedikleri sorulmuştur. On yedi yerleşik yabancıdan, emekli olanların çoğunluğu Kuşadası’nda yaşamaya devam edeceğini ifade ederken Kuşadası’nda çalışmakta olan dört katılımcı iş sebebiyle şehir değiştirebileceğini, biri ise kendisi için fark etmeyeceğini vurgulamıştır. Ayrıca bir katılımcı hem Kuşadası’nda yaşamaya hem de tedavi olmaya devam edeceğini belirtmiştir.

Söz gelimi 11 nolu katılımcı;

“…*Ben mesela dişlerim bittikten sonra gözlerime lazer yaptıracağım. Hollandada tek göz 1500 euro. İki göz 3000 euro. Burda kaç para? Bin liraya bitirirsin. Bin lira sürmez. Para ikinci planda. Para… Olsa da gelip yaptıracağım olmasa da gelip yaptıracağım…*.”(46 yaş, Hollandalı, Erkek) şeklinde bir görüş bildirmiştir.

 Katılımcılara, Kuşadası’nda hiç tedavi oldup olmadığı sorulmuştur. On dört katılımcı tedavilerini Kuşadası’nda yaptırdıklarını ifade etmiştir. Bir katılımcı sadece diş muayenesi olduğunu belirtmiştir. Onbir katılımcı özel hastaneleri, altı katılımcı ise devlet hastanesini tercih ettiğini söylemiştir. Bir katılımcı diş tedavilerinde yabancı oldukları için mağdur edildiklerini, çok yüksek fiyatların söylendiğini esprili bir şekilde ifade etmiştir.

 11 nolu katılımcı;

“…*Adada oldu bi tane adam biraz uçtu. Adam 100 bin çekti adada. Nerdeyse yaklaşık ama o da çok attı. Adada yaptırmaktan vazgeçmiştim. Öyle az buçuk da değil. Böyle tam da değil (Ağzındaki tüm dişleri gösteriyor). Dedim ki bunun tapusunu ne zaman vereceksin? Gerçekten öyle dedim adama. Dedim bunun tapusunu ne zaman veriyorsun? Adam bir düşündü, ne tapusu dedi? Dedim dişlerin tapusu dedim. Bina dikecek mübarek…*”(46 yaş, Hollandalı, Erkek)

Katılımcılara yedinci soru olan kendi ülkeleri ile Türkiye arasında diş tedavilerinde fiyat karşılaştırmaları yapmaları istenmiştir. Katılımcılardan onaltısı Türkiye’de diş tedavilerinin çok daha ucuz olduğunu ifade etmektedir. Bir katılımcı fiyat sebebiyle kendi ülkesinde tedavi görmek isteyebileceğini vurgulamıştır.

 15 nolu katılımcı;

“…*Belki de daha ucuz olursa Belarus’a gidebilirim*…”(25 yaş, Beyaz Rusyalı, Kadın)

10 nolu katılımcı;

*“…Genelde Türkiye daha avantajlı. Bu sıralar fiyatlar birbirine benziyor çünkü orada da dolar yükseldi burada da baya değişikler oldu. Ama genel anlamda İran’da daha pahalı. Biz İran’da kuzeyde yaşıyoruz. Azerbaycan sınırında. Azeriler genelde İran’a tüp bebek için geliyor. Ucuz değil de ama sanırım doktorlar daha iyi. Onların söylediği. Şu aralar onların para birimi o kadar yükseldi ki İran’da çok ucuz geliyor herşey. O yüzden çoğu zaman normal bir doktora bile İran’a geliyorlar. Yani benim bölgemde yaşadığım yerde çok sağlık turizmi amaçlı gelen var. Ama diğer ülkeleri tam da bilmiyorum. Ama daha çok saç, diş ve kalp şeylerinde ve tüp bebekte. Çok uygun geliyor onlara onların para birimi şuan bize göre bizim para birimimiz o kadar değersiz ki gelince onlar için çok ucuza bir şey oluyor. Kendi ülkesinde daha pahalı. İran’da sağlık turizminni geliştirmeye çalışıyorlar. Böyle acenteler tur yapmaya çalışıyorlar insanları böyle anlatıp oraya getirmek falan bu tarz şeyler. Memnun kalıyor ki kendi geldiği zaman sonra farklı akrabasını getiriyor. Böyle gidip gelen doktorlar var. Burada da olur çoğu turist İran’a gelmek istemiyor veya gelemiyor. Ama Türkiye daha rahat. Avrupa’ dan buraya gelmek daha kolay. Birde bakış açısı İran’a önyargılılar bu sebeple çoğu turist yani yüzdesine göre buraya gelme şansları daha çok oluyor. Bence burada daha iyi olur diye düşünüyorum. Yani onların para birimi burada da değişiyor. Hiçbir şey onlar için yani çok ucuz oluyor*…” (33 yaş, İran,Kadın)

Katılımcıların büyük çoğunluğu döviz kurunun tedavi olma fikrini olumlu etkileyeceğini belirtirmiştir. Hastalar, döviz kuru sebepleriyle ülkeler arası seyahat edebildiği ve ülke imajının da bu durumu desteklediği ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra beş katılımcı ise döviz kurundan etkilenmediklerini tam tersine USD’nin artmasının değil sağlık personelinin güler yüzlü, saygılı olmasının ve kliniklerin temiz ve modern olmasının daha önemli olduğunu vurgulamıştır.

 9 nolu katılımcı;

“…*Etkilemez. Beni zaten çok etkilemiyor parası, açıkçası kalite… Mesela en ufak birşeyde geldiğim zaman siz ona ekstra ücret veya extra bir bakım parası şey yapmıyorsunuz. Ama Hollanda’ da gittiğin zaman bakım parası alıyorlar. Ama bu kalite olarak farklı. Türkiye gerçekten diş konusunda saç konusunda göz lazer konusunda bir basamak yüksek gerçekten. Hollandalıları görüyoruz işte. Hollandalılar Türkiye’yi sevmiyorlar, Türkleri sevmiyorlar ama gene de Türkiye’de tedavi oluyorlar. Dedin ya kurlar, kurlarla hiçbir alakası yok. Kurlar yükselmeden önce de Avrupalı insanlar Türkiye’yi tercih ediyordu…*.” (72 yaş, Hollandalı, Erkek)

 2 nolu katılımcı;

 “…*Mekânları iyi değil anla yani... Benim için temizlik çok önemli, hele bir de hastane. Adam bir yazıhane açmış otuz senelik masası var, kırk senelik masası var*…”(59 yaş, Belçikalı, Erkek)

 On beş katılımcıdan yedisinin Kuşadası’nda kendi diş hekimi bulunmaktadır. Katılımcılardan biri genel anlamda İzmir’i tercih ettiğini, iki katılımcı ise diş tedavileri için Söke Diş Hastanesi’ni tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise mesafeden dolayı Kuşadası’nı tercih ettiğini belirtmiştir.

 1 nolu katılımcı;

“…*Burası olmasaydı Almanya’ya gidecektim. Orda yaptırmayı düşünüyordum orda da var ama bana biraz uzak*…” (64 yaş, Belçikalı, Kadın)

 Başka bir katılımcı ise güven duyduğunu, araç gereç bakımından modern olunduğunu ve hekimlerin kendisini anladığını ifade etmiştir.

 11 nolu katılımcı;

“… *İşçiliğe güveniyorum. Çünkü sizin kullandığınız malzemelerle onların kullandıkları malzemelerde dağlar kadar fark var. Bizde ilerleme var. Bir diş yapılırken görünüm olarak da güzel görünüyor. Ordaki yaptıkları fazla sürmüyor. Çünkü anlamıyorlar senin ne istediğini anlamıyorlar. Ben diyorum şöyle istiyorum diyorum adam diyor bizde düz var. Adam burada gene istediğin şekilde olmayan şeyi bile yapabiliyorsun. Burada yaratıcılık var. Orda öyle değil düz standart. Bu bu…. iki seçeneğin var onun dışında şey yapamıyorsun*…” (46 yaş, Hollandalı, Erkek)

 12 nolu katılımcı;

“…*Burada hiçbir kliniği bilmiyorum. Aslında Amerika’ya dönmeyi beklerim. Çünkü orada yaşıyorum. Diş hekimim orada, dişçiye ihtiyacım olursa oraya giderim. Sigortam var ve o herşeyi kapsıyor. Neden çünkü İngilizler Türkçe bilmiyor. Bu yüzden güvenemiyorum. Eğer burada yaşamaya başlarsam dişim için Amerika’ya gitmem*…” (46 yaş, Amerikalı, Kadın)

 Katılımcıların çoğu IDC’yi daha önce duymamıştır. Bir katılımcı IDC’nin ne olduğunu araştırmacıya sormuştur. Katılımcılardan 4’ü arkadaşları aracılığı ile duyduğunu belirtmiştir. bir kişi ise çalıştığı yere mesafe olarak yakınlık sebebiyle tercih ettiğini ifade etmiştir.

 Sekiz katılımcı işlem sonrası memnun kaldıklarında başkalarına önereceğini belirtirken

 2 nolu katılımcı;

“…*Ediyorum bile... Birkaç arkadaşlarım var getireceğim onları da*…” (59 yaş, Belçikalı, Erkek)

Şeklinde hâli hazırda önerme davranışlarını fiilen gerçekleştirdiğini vurgulamıştır.

 9 nolu katılımcı;

 “…*Zaten boyuna kart dağıtıyorum ben. Aldım yine 5-6 tane kart (gülüyor). En güzel temsili bu… Kart kalmadı aldıydım bi on tane. Dün de bir arkadaş istedi Davutlar’dan mobilyacı arkadaş ona verdim. O da gelecek zaten*…” (72 yaş, Hollandalı, Erkek)

 Beş katılımcı çekimser kalarak bu soruya cevap vermek istememiştir. Bunun nedeni katılımcılara sorulduğunda tedavi bittikten sonra olumlu veya olumsuz olarak geri bildirimde bulunacaklarını ifade etmişlerdir.

4.4. Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde yerleşik yabancıların hizmet veya bilgi almak amacıyla IDC’ye gelen kişilerin katılımlı gözlemlere ilişkin bulguları sunulmaktadır

4.4.1. Birinci Seans Kapsamında Gerçekleştirilen Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular

Kuşadası IDC’den hizmet almak için 04.03.2019 tarihinde kliniğe ilk defa gelen 1 kadın 1 erkek olan 2 yerleşik yabancı gözlemlenmiştir.

**Tablo 6.** IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat** | **Katılımcı Hasta** | **Yaşı** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 04.03.201911.00 | 1 nolu hasta | 73 | AlmanyaKuşadası | 48 yıl | 48yıl | Emekli |

 Birinci seans muayene kapsamında gözlemlenen hastanın demografik özellikleri Tablo 6’da verilmiştir. Gözlem aralıkları olarak genel, personel ve tedavi gözlem aralıkları olarak üçe ayrılmış ve Tablo 7’de detayları verilmiştir.

**Tablo 7.**  IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Hasta Frekans Aralıkları.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frekans** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** |
| Genel Gözlem | 5 | 2 |
| Tedavi | 6 | 7 |
| Fiyat (Maliyet) |  2 |  4 |

Bir nolu hastanın genel gözlemlerine ait bulgularda hastanın refakatçi ile gelmesi, IDC’nin bağlı olduğu kurumun sorulması, IDC’nin açılışı hakkında bilgi edinmek istenmesi, sunulan ikramın kabul edilmesi, IDC hakkında bulunan gazete ve broşürlerin incelenmesi, hasta refakatçisinin de muayene olmayı istemesi ve IDC’yi tavsiye edeceğini belirtmesine yönelik gözlemler bulunmaktadır. Bu durumda bir nolu hastanın gözlem formunda yer alan davranışları büyük ölçüde sergilediği anlaşılmıştır.

Tedavi kısmında yer alan gözlemlerde; hasta şikâyetlerini kendisinin anlatması, IDC’de sunulan hizmetlerin sorulması, tedavinin kimler tarafından yapılacağının sorgulanması, implantın nasıl yapıldığı, markasının garantisinin Çin menşeili olup olmadığının öğrenilmesi, hasta tedavide işlem önceliği, Almanya’ya bir ay içerisinde dönüş yapacağı için tedavi önceliğinin değiştirilmesi, seans süreleri hakkında bilgi alınması, tedavilerde kullanılacak teçhizatı ve tedaviyi kabul etme ve onam formunun okunması davranışları gözlemlenmiştir.

Tedaviye ilişkin frekans aralıklarına göre gözlemlenemeyen bir bulgu da söz konusudur. Gözlemlenmeyen bu bulguya göre hastanın tedavi hakkında bilgisi olmadığı, tedavi planına müdahale etmediğini fakat tedaviye karşı uyumlu olduğu görülmektedir.

Fiyat (Maliyet) kısmında yer alan gözlemler; muayene ücretinin sorulması, röntgen ücretinin sorulması, tedavi fiyatlarının sorulması, fiyatta pazarlık edilmesi, fiyatlar konusunda başkalarına danışması ve röntgenini satın alabilme imkânının sorulmasına yönelik gözlem ifadeleri bulunmaktadır. Ancak fiyat (maliyet) konusunda herhangi bir gözlem yapılamamıştır. Alman hastanın genel anlamda fiyata karşı tutumu, pazarlık süreci, ücretleri sorgulamaya yönelik bir tutumu gözlemlenmemiştir.

**Tablo 8.** IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Refakatçinin Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat** | **Refakatçi** | **Yaşı** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 04.03.201911.00 | 1 nolu refakatçi | 73 | AlmanyaKuşadası | 48 yıl | 48 yıl | Emekli |

İlk muayene sürecinde gözlemlenen hasta refakatçisinin demografik özellikleri Tablo 8’de verilmiştir. Gözlem aralıkları olan, genel, personel ve tedavi gözlem olarak üçe ayrılmış ve Tablo 9’da detayları verilmiştir.

**Tablo 9.** IDC’de İlk Muayene Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Frekans Aralıkları.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frekans** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** |
| Genel Gözlem | 3 | 4 |
| Tedavi | 2 | 10 |
| Fiyat (Maliyet) | 1 | 5 |

 Refakatçiye ait frekans aralıklarına göre genel gözlemlerde, gözlemlenemeyen davranışların daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Genel gözlemde; refakatçi tarafından hastasının yalnız bırakması, IDC’nin bağlı olduğu kurumun sorulması, IDC’nin açılışı hakkında bilgi edinmek istenmesi, sunulan ikramın kabul edilmesi, IDC hakkındaki gazete ve broşürlerin incelenmesi, refakatçinin de muayene olmayı istemesi ve IDC’yi tavsiye edeceğini belirtmesine yönelik davranışlar bulunmaktadır. Ancak bu refakatçi belirtilen bu davranışları sergilememiştir. Bunun nedeninin ilk seans esnasında sorgulayıcı sorular yöneltmesi üzerine aldığı cevapların yeterli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

 Tedavi kısmında yer alan frekans aralıklarına göre tedaviler hakkında bilgi almak, tedaviye olan yaklaşım, müdahale ve tedaviye karşı uyumlu davranışları gözlemlenmemiştir. Tedavi kısmı gözlemlerinde refakatçinin öncelikle; IDC’de implantın nasıl yaptıldığını, implantın markasını, implantın Çin menşeili olup olmadığını ve implantın kaç yıl garantili olduğu sorulmuştur. Sonrasında, IDC’de sunulan diğer hizmetleri sorması, IDC’nin bir üniversite hastanesi olduğunu öğrendikten sonra gelen doktorların stajyer olup olmadığını ve doktor ünvanlarının öğrenilmesi, tedavide işlem önceliği, tedavi önceliğinin değiştirilmesi konusunda daha acil olan işlemlerden başlanılması talebi, seans süreleri hakkında bilgi almak, tedavilerde kullanılacak teçhizat, tedaviyi kabul etme ve onam formunun okunması davranışlarından oluşmaktadır. Refakatçi, IDC’de sunulan hizmetleri sormamış, tedavilerle ilgilenmemiş, refakatçisi olduğu hastaya uygulanan tedavi planına müdahale etmemiştir.

Fiyat kısmında yer alan gözlemler; muayene ücretinin sorulması, röntgen ücretnin sorulması, tedavi fiyatlarının sorulması, fiyatta pazarlık edilmesi, fiyatlar konusunda başkalarına danışılması ve röntgenini satın alabilme imkânının sorulmasına yönelik gözlem davranışlarını içermektedir. Ancak fiyat (maliyet) frekanslarına göre refakatçinin fiyatlarla ilgili hiç pazarlık etmediği, hatta fiyatları duymadan yapıcı yorumlar yaparak hastayı tedavi olması konusunda yönlendirdiği gözlemlenmiştir.

4.4.2. İkinci Seans Kapsamında Gerçekleştirilen Katılımlı Gözlemlere İlişkin Bulgular

Diş tedavileri bazı durumlarda tek seansta bitmeyebilir. Birinci seans sonrası tedavi devam ederse veya hekim uygun görürse ikinci bir seans düzenlenebilmektedir. İkinci seans tedavi veya kontrol amaçlı olabilmektedir. Bu sebeple birinci seans sonrası hastalar ve refakatçileri ikinci seans için tekrar kliniğe gelmektedir. İkinci seans kapsamında IDC Diş Kliniği’nde ikinci seansa 04.03.2019 ve 12.03.2019 tarihleri arası gelen 4 hasta ve 2 refakatçi gözlemlenmiştir.

**Tablo 10.** IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Hasta Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat** | **Katılımcı Hasta** | **Yaşı** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 04.03.201909.30 | 1 nolu hasta | 74 | BelçikaKuşadasıSamsun | 16 yıl | 16 yıl | Emekli |
| 2 nolu hasta | 73 | BelçikaKuşadasıSamsun | 16 yıl | 16 yıl | Emekli |
| 04.03.201913.00 | 3 nolu hasta | 73 | AlmanyaKuşadası | 48 yıl | 48yıl | Emekli |
| 12.03.201915.50 | 4 nolu hasta | 46 | HollandaKuşadasıUşak | 15 yıl | 15 yıl | Çalışmıyor |

İkinci seans kapsamında gözlemlenen dört hastanın demografik özellikleri Tablo 10’da verilmiştir. Dört katılımcının yaş oratalaması 66.5 olup ortalama 23 yıl 7 aydır Kuşadası’nda yaşamaktadırlar. Gözlem aralıkları olan; genel, personel ve tedavi gözlem olarak üçe ayrılmış ve Tablo 11’de detayları verilmiştir.

**Tablo 11.** IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Hastaların Frekans Aralıkları.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Katılımcı** | **Genel Gözlem** | **Personel Gözlem** | **Tedavi Gözlem** |
| **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** |
| 1 nolu hasta | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 |
| 2 nolu hasta | 3 | 0 | 4 | 1 | 3 | 1 |
| 3 nolu hasta | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| 4 nolu hasta | 2 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 |
| Toplam | 8 | 4 | 15 | 6 | 13 | 3 |

Genel gözlem kapsamında; hastanın refakatçisi ile gelmesi, IDC hakkında bulunan gazete ve broşürlerin incelenmesi ve sunulan ikramı kabul etmesi ifadeleri gözlemlenmiştir.

Katılımcıların birçoğunun IDC hakkında gazete ve broşürleri incelemediği ve hasta katılımcıların bir kısmının sunulan ikramları kabul etmediği görülmüştür. Sadece yapılacak işlem sebebiyle 4 nolu hasta sunulan ikramı kabul etmiştir.

Dört yerleşik yabancı ile yapılan gözlemlerde genel gözlem alanındaki davranışların büyük bir bölümü gözlemlenebilmiştir. Ayrıca, katılımcıların hepsi randevu saatine tam zamanında refakatçileri ile gelmiş, 1 ve 2 nolu hastaların verilen randevu saatinden daha erken kliniğe geldikleri görülmüştür.

Personel ile ilgili gözlemlerde; hastanın kliniğe hediye ile gelmesi, belirli kişilere özel hediye ile gelmesi, samimi davranışlarda bulunması, tedavi sonunda personelle el sıkışması ve personel ile sarılması gibi davranışlar gözlemlenmiştir.

 Katılımcıların veya refakatçi katılımcıların selamlaşma biçimleri de gözlemlenen davranışlar arasındadır. Kadın hastalar, halkla ilişkiler koordinatörüne genellikle sarılıp, kadın personeli öperek erkek personelle ise tokalaşma ve sözlü olarak selamlaşmalayı tercih etmişlerdir. Erkek hastalar ise genellikle halkla ilişkiler koordinatörü ve erkek personel ile tokalaşma, kadın personel ile sözlü olarak selamlaştıkları görülmüştür. Farklı olarak 1 nolu hasta halkla ilişkiler koordinatörünü üç defa olacak şekilde öpmüştür.

 1 nolu hasta ve 4 nolu hasta tarafından klinik ve halkla ilişkiler koordinatörü için yanlarında kendi ülkelerinden hediyeler, bireysel olarak halkla ilişkiler koordinatörüne özel hediye getirmişlerdir.

 Katılımcıların bazıları “bey” ve “hanım” ifadelerini kullanmaya devam ederken bazı hastaların personele “yeğenim, kızım, oğlum” gibi ifadeler kullanmaya başlaması ve kendisine “abi-abla” gibi daha samimi ifadelerin kullanılmasını talep ettikleri de gözlemlenmiştir.

 Hastaların büyük çoğunluğu tedavi sonrası klinikten çıkarken personelle vedalaşmıştır. Kadın hastalar halkla ilişkiler personeline sarılarak ve diğer personeli öperek, erkek hastalar ise herkesle tokalaşarak vedalaşmıştır. Örneğin 1 nolu hasta işlemleri bitince tüm personelle tek tek el sıkışmış içeride temizlik yapan personele ismiyle seslenerek ona da sarılarak veda etmiştir. Bu anlamda hastanın personelden memnun olduğu kanısına varılmıştır. Bu anlamda 3 nolu hasta tedavisi bittikten sonra hiç korktuğu kadar olmadığını, tüm personeli sevdiğini ve çok memnun kaldığını sözlü olarak ifade etmiştir. Hasta klinikten ayrılırken halkla ilişkiler personeline ilk girişindeki sarılma süresinden daha uzun sarılmış, diğer personelle de el sıkışmıştır. Öte yandan tedavi planı değişen 4 nolu hasta ve 2 nolu refakatçi, yeni planlama sonrası personelle tokalaşmamış uzaklaşarak el sallamıştır. Hasta ve refakatçisinin klinikten üzgün ayrıldıkları gözlemlenmiştir.

Tedaviye ilişkin gözlemlerde; birinci seans sonrası hastanın şikâyetlerini anlatması ve yaptırmaya yönelik girişimler, ikinci seans süresi hakkında bilgi alma, tedavi planı dışındaki işlemler hakkında bilgi alma ve onam formunu okuma davranışları gözlemlenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun 1. seans sonrası oluşan rahatsızlıklarının kendi ülkelerinde başka bir diş hekimine gitmek yerine ikinci seans randevu tarihlerini bekleyerek, tedavilerinin devamını IDC’de yaptırma yönünde olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların, ikinci seansta yapılacak uygulama ve planlama hakkında daha detaylı bilgi edinmek istedikleri de gözlemlenmiştir. Hastaların tedavi planına ve zamanlama konusunda özenli oldukları kendileri tarafından ifade edilmiştir. Diğer yandan 4 nolu hastanın tedavi planı, tedavi esnasındayken değiştirilmiştir. Buna karşın hasta yeni planına uyumlu davranarak yeni ödeme kalemlerinin oluşmasına rağmen tedaviyi kabul etmiştir.

Hastalar, birinci seans sonrasında öğrenmiş oldukları yeni tedavi yöntemlerini halkla ilişkiler koordinatörüne sormuşlardır. Hastaların tedavi planları dışında en çok sordukları soru; aynı gün içerisinde yapılan implant tedavisi ile ilgildir.

 Hasta katılımcıların onam formuna karşı tepkileri de gözlemlenmiştir. Hastaların çoğu onam formunu çok dikkatlice okumuş, anlamadığı yerleri halkla ilişkiler koordinatörüne sormuştur. 3 nolu hasta yeni bir tedaviye başlamak için ilgili branştaki onam formu hastaya sunulmuştur. Hasta onam formunu çok dikkatli okumuş ancak tedirgin olduğu gözlemlenmiştir. Bu yüzden randevusunu ertelemek istediğini ifade etmiştir. Hasta yurtdışına döneceği için onam formunda yazan komplikasyonların oluşmasından çekindiğini açıklamıştır. Halkla ilişkiler koordinatörü onam formları hakkında bilgi vermeye başladığında, hastanın kliniğe tekrar gelmek istemediği bilgisi sorumlu hekime iletilmiştir. Sorumlu hekim sorunu öğrenmek için resepsiyona gelmiştir. Beş dakikalık soru-cevap ardından hasta ikna olmuş ve onam formunu imzalamıştır. Bu işlemin riskli olmasından dolayı hastanın sürece olan güveni diğer işlemlere kıyasla daha az olduğu ve bu nedenle tereddüt yaşadığı anlaşılmıştır.

 Dört nolu hastaya uygulanacak olan tedavi yöntemine göre onam formu sunulduğunda hasta öncelikle onam formu hakkında detaylı bilgi istemiştir. 2 nolu refakatçi “imzala prosedürdür” demesinin ardından, hasta okuma işlemi bitmeden onam formlarını imzalamıştır.

**Tablo 12.** IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat** | **Refakatçi** | **Yaşı** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 04.03.201913.00 | 1 nolu refakatçi(3 nolu hasta) | 73 | Almanya Kuşadası | 48 yıl | 48 yıl | Emekli |
| 12.03.201915.50 | 2 nolu refakatçi(4 nolu hasta) | 72 | Hollanda Kuşadası Uşak | 19 yıl | 19 yıl | Emekli |

İkinci seans kapsamında gözlemlenen iki hasta refakatçisinin demografik özellikleri Tablo 12’de verilmiştir. Refakatçi katılımcıların yaş ortalaması 72.5 olup 33 yıl 5 aydır Kuşadası’nda yaşamaktadırlar. Gözlemler diğerlerinde olduğu gibi genel, personel ve tedavi gözlem olarak üçe ayrılmış ve Tablo 13’de detayları verilmiştir.

**Tablo 13.** IDC’de İkinci Seans Kapsamında Gözlemlenen Refakatçi Frekans Aralıkları.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Katılımcı** | **Genel Gözlem** | **Personel Gözlem** | **Tedavi Gözlem** |
| **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** | **Gözlemlendi** | **Gözlemlenmedi** |
| 1 nolu refakatçi | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 3 |
| 2 nolu refakatçi | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| Toplam | 0 | 4 | 5 | 5 | 1 | 5 |

 Refakatçi katılımcıların genel gözlem çerçevesinde; IDC hakkında gazete veya broşürleri incelemedikleri ve sunulan ikramları kabul etmedikleri görülmüştür. 1 nolu refakatçi ise hastasına, koordinatör hanımın Almanya’dan bir isteği olup olmadığını sormuştur. Refakatçinin personele karşı ılımlı bir yaklaşımının olduğu gözlemlenmiştir.

 Personel ile ilişkili olan gözlemde; hasta kliniğe hediye ile gelmiş, belirli kişilere özel hediye getirmiş, samimi davranışlarda bulunmuş, tedavi sonunda personelle el sıkışmış ve personel ile sarılmıştır. Bir refakatçi personel ile daha samimi olurken diğer refakatçi ikinci seans olmasına rağmen daha mesafeli bir davranış sergilemiştir.

Tedaviye ilişkin gözlemlerde ise birinci seans sonrası hastaya ait şikâyetleri refakatçinin anlatması, ikinci seans süresi hakkında bilgi alınması ve tedavi planı dışındaki işlemler hakkında sorular sorulması yönünde davranışlar gözlemlenmiştir. Ayrıca ikinci seansa gelen 1 nolu refakatçi, hastası tedaviye alındıktan sonra ilk seansta teklif edilmesine rağmen muayeneyi reddetmiş ancak ikinci seansta muayenenin ücretli olup olmadığını sormuş, kendi isteği ile muayene olmak istediğini belirtmiştir. Refakatçi de hastasının yan koltuğunda muayeneye alınmış ve tedavilerle ilgili gerekli bilgiler kendisine aktarılarak fiyatlar hakkında bilgi verilmiştir. Ancak refakatçi tedavi olmamıştır. 2 nolu hasta refakatçisinin de hastanın verdiği bilgilerde eksik olan bazı konularda hastayı destekleyici açıklamalarda bulunmuştur. Bunun sebebinin hastasının tam dil problemi yaşamasından kaynaklandığı refakatçi tarafında ifade edilmiştir.

4.5. Odak Grup Görüşmelerine İlişkin Bulgular

Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar ile 05.03.2019-18.03.2019 tarihleri arasında dört adet odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Odak gruplardan birincisi, Rus uyruklu yabancı gelinlerden oluşmaktadır. Diğer üç odak grup ise Avrupa vatandaşları ile tamamlanmış olup sadece I. Avrupalı Odak görüşmede ise bir yerleşik yabancı gelin yer almıştır. Odak grup görüşmelerindeki diğer katılımcılar emekli yerleşik yabancılardan oluşmaktadır. Yerleşik yabancılar ile gerçekleştirilen dört odak grubun ortalama görüşme süresi 32.5 dakikadır. Odak grup görüşmeleri, katılımcıların kendi talepleri doğrultusunda belirtilen bir kafeteryada, kendi evlerinde ve IDC Diş Kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

4.5.1. Rus Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular

 Kuşadası’nda 05.03.2019 tarihinde bir kafede odak grup görüşmesine katılan Rus Uyruklu yerleşik yabancıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 14’de yer almaktadır. Bu bölümde 35 dakika süren odak grup görüşmesi bulguları sunulmaktadır.

**Tablo 14:** Odak Grup Görüşmesine Katılan Rus Uyruklu Yerleşik Yabancıların Demografik Özellikleri.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat Aralığı** | **Katılımcı** | **Yaşı** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 05.03.201912:58-13.33 | 1 no’lu katılımcı | 37 | Rusya/Kuşadası | 10 yıl | 10 yıl | Yabancı Gelin |
| 2 no’lu katılımcı | 38 | Rusya/ Kuşadası | 7 yıl | 5 yıl | Yabancı Gelin |
| 3 no’lu katılımcı | 37 | Rusya/ Kuşadası | 10 yıl | 1.5 yıl | Yabancı Gelin |
| 4 no’lu katılımcı | 34 | Rusya/ Kuşadası | 7 yıl | 7 yıl | Yabancı Gelin |
| 5 no’lu katılımcı | 35 | Belarus Kuşadası | 14 yıl | 14 yıl | Yabancı Gelin |

**İkamet Durumu**

 Beş yerleşik yabancının yaş ortalaması 36.2 olup ortalama 7 yıl 4 aydır Kuşadası’nda yaşamaktadırlar. Yılın belirli dönemleri ailelerini görmek için Rusya’ya gittiklerini ve ikinci ikametleri olarak Rusya’yı gördüklerini belirtmişlerdir.

**Gelecek Planlamaları**

 Katılımcıların büyük bir bölümü Kuşadası’nda yaşamaya devam etmek istedikleri belirlenmiştir.

**Çalışma Durumları**

 Beş yerleşik yabancı Kuşadası’nda yabancı yerleşik gelin olarak yaşamaktadır.

**Kuşadası’nda Tedavi**

 Türkiye’deki sağlık sisteminden memnun olduğunu vurgulayan 1, 2, 3 ve 5 numaralı katılımcılar Kuşadası’nda tedavi olduklarını belirtmişlerdir. 4 numaralı katılımcı henüz diş problemleri sebebiyle diş hekimine gitmediğini ifade etmiştir.

**Kuşadası’nda Diş Kliniğinde Tedaviyi Tercih Etme**

 Türkiye’deki kliniklerin güzel olduğunu vurgulayan 1,3,4 ve 5 nolu katılımcılar Kuşadası’nda tedavi olduklarını belirtmişlerdir. 2 numaralı katılımcı ise kendisi için fark etmediğini dile getirmiştir.

 1 numaralı katılımcı Kuşadası’nda değil Söke’de dental tedavi gördüğünü belirtmiştir.

 “…*Orada da pahalı burada da pahalı. Ucuz değil. Burada Söke’ye gittin mi hiç? Var ya bizim özel hastane gibi bayıldım, bayılıyorum onu bulduktan sonra bizim özel hastane gibi. Ancak protez yok falan ama sigortalı bedava mükemmel bir doktorum var herkese tavsiye ederim*...” (37 yaş, Rus, Kadın)

 4 numaralı katılımcı:

 “…*Türkiye’deki hastaneleri gördükten sonra Rusya’yı tercih etmem, Türkiye’deki özel hastaneler 5 yıldızlı otel gibi*…” (34 yaş, Rus, Kadın)

 5 numaralı katılımcı ise branş bazında farklı bir yorum yapmıştır

“…*Türkiye ucuz ama Rusya’da silikon veya botoks daha güzel ve daha ucuz*…”(35 yaş, Rus, Kadın)

**Döviz Kuru**

 Rus uyruklu yerleşik yabancılar Türk Lirası dışında kendilerinin ve eşlerinin döviz kazandıklarını da belirtmişlerdir.

**Kuşadası’nin Tercih Edilmesi**

 Katılımcılardan 1,2,3 ve 5 no’lu olanlar Rus uyruklu kişilerin Rusya’dan Türkiye’ye sağlık hizmeti almak için gelmeyeceklerini ifade etmiştir. Bu anlamda

1 nolu katılımcı:

“…*Benim İngiliz müşterim var çoğu diş tedavisini burda yapar. Tatil yaparken burda yaparlar çünkü onlar için bedava gibi bir şey. Kendi ülkelerine göre. Çok var benim her sene geliyor o ona tavsiye ediyor o ona yazıyor. Tavsiye ediyor. Birbirini tanıyor 30-40 kişi birisinin birseye ihtiyacı varsa o diyor al kartı buna git. Biz yılda bir gidiyoruz tatile, tatil için geliriz. Randevu almak yerine denize gireceğiz*…” (37 yaş, Rus, Kadın) Şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

 Odak gruptaki 4 nolu katılımcı buna katılmadığını ve bir arkadaşı ile arasında geçen dialogu aktarmıştır:

 4 nolu katılımcı;

“…*Bir arkadaşım Moskova’da göz ile ilgili araştırmış. Türkiye daha uygunmuş*…” (37 yaş, Rus, Kadın)

**IDC**

 1,2,3 ve 4 nolu katılımcılar IDC’yi daha önce duymadıklarını ifade etmişlerdir. 5 nolu katılımcı ise işi gereği IDC’yi duyduğunu belirtmiştir.

**Tavsiye**

 Beş Rus uyruklu yerleşik yabancı da IDC’den hizmet almamıştır. Bu sebeple tavsiye konusunda fikirlerini beyan etmemişlerdir.

4.5.2. I. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular

 IDC’de 06.03.2019 tarihinde odak grup görüşmesine katılan yerleşik yabancıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 15’de yer almaktadır. Bu bölümde ortalama 52 dakika süren odak grup görüşmesi bulguları sunulmaktadır.

**Tablo 15.** I.Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve****Saat Aralığı** | **Katılımcı** | **Yaş** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 06.03.2019 15.01-15.53 | 1 nolu katılımcı | 56 | İngiltereKuşadası | 6 yıl | 6 yıl | Emekli |
| 2 nolu katılımcı | 48 | AlmanyaKuşadası | 32 yıl | 30 yıl | Yabancı Gelin |

**İkamet Durumu**

 Katılımcılardan 1 nolu katılımcı yerleşik yabancı olarak Kuşadası’nda yaşamakta olup altı ayda bir İngiltere’ye gitmekte olduğunu ifade etmiştir.

2 nolu katılımcı

 “….*Altı ayda bir olmasa da senede 1-2. Gidince mümkün olduğu kadar az kalıyorum. Orayı sevmiyorum. Yani hiç gitmesem de olur. Ama suyu havası insanları çok ııı tam bana göre. Ama İtalya’ da yaşanmaz*...” (48 yaş, Alman, Kadın)

**Gelecek Planlamaları**

 Katılımcıların her ikisi de Kuşadası’nda yaşamaya devam edeceklerini belirtmişlerdir.

**Çalışma Durumları**

 Katılımcılardan biri emekli olup 2 nolu katılımcı terzidir ve yabancı gelindir.

**Kuşadası’nda Tedavi**

 Katılımcılardan biri sadece IDC de hizmet aldığını belirtmiştir. 2 nolu katılımcı ise göz ve cilt tedavisi için İzmir’de doktora gittiğini ifade etmiştir.

**Sigorta**

 Her iki katılımcı da aynı zamanda sigorta konusundaki eksikliklere değinmiştir.

 1 nolu katılımcı

 “…*Sigortadan faydalanmak değil de daha az para ödemek anlamında. Neden devlet hastaneleri tercih edilmiyor? Türkiye’deki bürokrasi o kadar problemli ki. O işten anlamayan biri yoksa kimse o işe bulaşmak istemiyor. Yani bu da bir etken mesela poliste problem çıksa noterlik bir iş olsa çok fazla devletinde dahil olduğu birşeyi yapmak istemiyor kimse çünkü devamlı evrak işleri evrak işleri bizim paramız para ediyor bari parasını verip gidelim. Git sıra al onu bekle bunu yapdan daha kolay oluyor*…”(56 yaş, İngiliz, Erkek)

2 nolu katılımcı

 “….*Zaten ilk kaç bin 2000 mi 3000 mi kendin ödüyorsun ondan sonra sadece belli hastaneler eczaneler poliklinikler biliyorsun o rehberin arkasında yazıyordu ben bu sigortanın bir şey yapacağını ne derler “basic” yani bir kaza oldu bir şey oldu hoop nereye gönderecekler seni yok Kuşadası’nda yok bir şey İzmir’de var bu devletin istediği temel sigorta…*”(48 yaş, Alman, Kadın)

**Kuşadası’nda Diş Kliniğinde Tedaviyi Tercih Etme**

 Her iki katılımcı da Türkiye’deki sağlık imkânlarından memnun olduklarını ifade etmişlerdir. 2 nolu katılımcı Kuşadası’nda hem özel hem de devlet hastanelerini tercih ettiğini belirtmiştir.

 1 nolu katılımcı

 “…*Şu an sağlık ile ilgili konuştuğumuz için Kuşadası çok daha iyi. Bizim çevremizde çok yabancı var. ABD’ye gitmiyor Türkiye’ye geliyor. Dilde önemli mesela. Her şeyi geçtim Türkiye’ye gelmesinin bir artısı daha var bu tarz işleri yapan insanlar iyi İngilizce konuşanlar. Ya da almanca konuşanlar işte İstanbul’da Fransızca bilenler. Bu adamlar bunları İtalyanca da dâhil olmak üzere anadili gibi konuşuyor.. ee ne yapıyorlar O ona söylüyor bu buna söylüyor ve duyuluyor. Bu adamlar buraya geldiğinde üst sağ dişim diyince anlaşılıyor. Hiçbir dil bilmese bile ingilizce biliyor olması… Bu da bir etken*. …”(56 yaş, İngiliz, Erkek)

**Döviz Kuru**

 Her iki katılımcı da döviz kurundaki değişimden olumlu yönde etkilendiklerini belirtmiştir. 2 nolu katılımcı aynı zamanda Türkiye’deki giderlerinin de arttığına vurgu yapmıştır.

**Kuşadası’nin Tercih Edilmesi**

 Her iki katılımcı da Kuşadası’nda yaşamayı tercih etmektedir. 2 nolu katılımcı Kuşadası’nın tercih edilmesinde yabancıların güvenlik ile ilgili farklı düşündüklerini ifade etmiştir.

 2 nolu katılımcı

 **“…** *Balçova’da termal rehabilitasyon için çünkü ucuz Almanya’ da bir rehabilitasyon merkeze gittiğinde günde 100 Euro veriyorsun. Uçak bileti de alsan Çek, Yugoslavya içinde böyle ama Türkiye’de artık baya güzel yer alıyor. Benim okul arkadaşım 4 sene evvel 2 kızıyla gelecekti. İzmir’de yaşıyordum. Ee tam neresi patladı bilmiyorum. Arkadaşım diyor ki nee Türkiye mi gideceksin terör ülkesi gitme! E arkadaşımda tedirgin. Ben dedim bak burası izmir kızların istediği gibi gezebilir ben garanti veririm. Ama İzmir’e indik metrodayız biz alarm veriyor paldır kültür oluyor bunu garanti veremem. 4 sene geçti geçen Kasım’da geldi ya burası ne güzel. Millet demiş yine nee Türkiye’ye mi gideceksin? Havalimanında üstünü başını arıyacaklar bilmem ne bilmem ne ama bir geldi… ama yazın gelecek çünkü görünce millet ağzı açık kalıyor. Ben burası için konuşuyorum ama misafir perverlikte de üstünsünüz yani*…” (48 yaş, Alman, Kadın)

**IDC**

 Katılımcılardan biri, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi referansı ile geldiğini, 2 nolu katılımcı ise 1 nolu katılımcını referansı ile geldiğini belirtmiştir.

**Tavsiye**

 Her iki katılımcı da kesinlikle tavsiye edeceklerini ifade etmişlerdir.

1 nolu katılımcı

 **“…***Tabi herkesi ettim. İnsanlara numaranızı verdim. Hatta insanlar neresiydi orası diye evime geldi. Burada çay kahve içiyorsunuz dişiniz yapılıyor gidiyorsunuz*…”(56 yaş, İngiliz, Erkek)

4.5.3. II. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular

 Kuşadası’nda 18.03.2019 tarihinde gerçekleştirilen odak grup görüşmesine katılan yerleşik yabancıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler aşağıdaki Tablo 16’da yer almaktadır. Bu bölümde ortalama 28 dakika süren odak grup görüşmesi bulguları sunulmaktadır.

**Tablo 16**. II. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat Aralığı** | **Katılımcı** | **Yaş** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 18.03.201911.00-11.28 | 1 nolu katılımcı | 70 | HollandaKuşadası | 10 yıl | 10 yıl | Emekli |
| 2 nolu katılımcı | 60 | BelçikaKuşadası | 5 yıl | 5 yıl | Emekli |

**İkamet Durumu**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda yaşamakta olup yılın belirli dönemleri ailelerini görmek için kendi ülkelerine gittiklerini belirtmişlerdir.

**Gelecek Planlamaları**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda yaşamaya devam etmek istediklerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak

1 nolu katılımcı;

 “…*Evet çünkü emekliyim ve burada yaşıyorum. Parası için… Sizin paranız ve her şey ucuz. Daha önce İspanya ve İtalya’da yaşamayı denedim ama çok pahalıydı*…”(70 yaş Hollandalı, Erkek)

**Çalışma Durumları**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda emekli yerleşik yabancı olarak yaşamaktadır.

**Kuşadası’nda Tedavi**

 Katılımcılardan biri hiç hastaneye gitmediğini söylemiştir. 1 nolu katılımcı Kuşadası’nda dişlerini yaptırdığını buna ek olarak eşinin İzmir’de kanser tedavisi gördüğünü ifade etmiştir.

**Kuşadası’nda Diş Kliniğinde Tedaviyi Tercih Etme**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda diş tedavilerinin daha ucuz olduğunu açıklamışlardır. Öte yandan 1 nolu katılımcı devlet hastanesinde bekleme süresinin uzun olduğunu belirtmiştir.

**Döviz Kuru**

 Her iki katılımcı da Türkiye’de fiyatların daha uygun olduğunu ve döviz kurundan faydalandıklarını ifade etmiştir.

**Kuşadası’nin Tercih Edilmesi**

 İki katılımcının da Kuşadası’nda tedaviye sıcak baktıklarını ve burada daha kolay tedavi alabildikleri anlaşılmıştır.

 1 nolu katılımcı

 “…*Şimdiki dişlerim yeni ve burada özel kliniğe yaptırdım. 4000 Türk Lirasına yakın ödedim. Hollanda’da olsaydım 7000-8000 Euro öderdim. Bir diş Hollanda da 700 Euro 4200 Türk Lirası eder. Burda hepsi 4000… Hollanda’da dişçilik pahalı sigorta gerekli. Burada SGK’lıyım. Ama özel dişçiye gittim. Devlet hastanesinde bekletiyorlar ama özel hastanede ise bir dakika… Daha kolay. Geçen gün ehliyet almak için devlet hastanesine gönderdiler. Bekle bekle bekle… Ertesi güne özel hastaneye gittim. 10 dakikada işim bitmiş ve dışardaydım. Para ödüyorsun ama daha kolay. Hollanda’da doktora gidince ilk yıl ilk muayenede 400 Euro ödüyorsun sigortan olmasına rağmen. Çoğu Avrupalı özel kliniğe gidiyor çünkü ucuz. Devlet hastane bedava ama bekliyoruz. Bekliyoruz ve kalabalık. Geçen yıl özel hastaneye gittim yeni lens aldım. 9’da girdim 12’de yeni lensim gözümdeydi. Ama devlette belki de iki ayda… Özel hastanede doktor yeniden görmek istiyor. Çok arkadaşçalar. Eşim Şifa Hastanesindeyken 1,5 yıl tedavi gördü. Gece yarısı profesör ile konuşabiliyorsun. Saat gece bir oluyor onu hala orada görebiliyorsun. Hollanda’da hiç uzman veya profesör göremezsin. Asla görüşemezsiniz…*” (70 yaş Hollandalı, Erkek)

 2 nolu katılımcı

 “…*Doktora ödeme yaparsın ama onu asla göremezsin*…” (60 yaş, Belçikalı, Kadın)

**IDC**

 Katılımcılardan biri daha önce IDC’ yi duymadığını, diğer katılımcı ise duyduğunu ifade etmiştir.

**Tavsiye**

 İki katılımcı da IDC’den hizmet almamıştır. Bu sebeple tavsiye konusunda fikirlerini belirtmemişlerdir.

4.5.4. III. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Bulgular

 Kuşadasında 18.03.2019 tarihinde gerçekleştirilen odak grup görüşmesine katılan yerleşik yabancıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 7’de gösterilmiştir. Bu bölümde 15 dakika süren odak grup görüşmesi bulguları sunulmaktadır.

Tablo 17. III. Avrupalı Odak Grup Görüşmesine İlişkin Demografik Özellikler.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih ve Saat Aralığı** | **Katılımcı** | **Yaş** | **İkamet Ettikleri Yerler** | **Türkiye’de İkamet Süresi** | **Kuşadası İkamet Süresi** | **Statüsü** |
| 18.03.2019 10.00-10.15 | 1 nolu katılımcı | 60 | HollandaKuşadası | 3 yıl | 3 yıl | Emekli |
| 2 nolu katılımcı | 70 | HollandaKuşadası | 3 yıl | 3 yıl | Emekli |

**İkamet Durumu**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda yaşamakta olup yılın belirli dönemleri ailelerini görmek için kendi ülkelerine gittiklerini belirtmişlerdir.

**Gelecek Planlamaları**

 İki katımıcı da Kuşadası’nda yaşamaya devam etmek istediklerini ifade etmişlerdir.

**Çalışma Durumları**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda emekli yerleşik yabancı olarak yaşamaktadır.

 1 nolu katılımcı

“…*Hollanda’da restoran bar işletiyorduk. Emekli olduktan sonra Türkiye’ye yerleşmeye karar verdik*…” (60 yaş, Hollandalı, Kadın)

**Kuşadası’nda Tedavi**

 İki katılımcı da Kuşadasında hiç tedavi olmadıklarını ifade etmişlerdir.

**Kuşadası’nda Diş Kliniğinde Tedaviyi Tercih Etme**

 İki katılımcıda Kuşadası’nda hiç diş kliniğine gitmediğini vurgulamıştır.

**Döviz Kuru**

 Her iki katılımcı da döviz kurundan olumlu yönde faydalandıklarını ifade etmiştir.

**Kuşadası’nın Tercih Edilmesi**

 İki katılımcı da Kuşadası’nda tedaviyi tercih edebileceklerini açklamışlardır.

**IDC**

 İki katılımcı da da daha önce IDC’yi duymadığını söylemiştir.

**Tavsiye**

 İki katılımcı da IDC’den hizmet almamıştır. Bu sebeple tavsiye konusunda fikirlerini belirtmemişlerdir.

# 5. TARTIŞMA

 Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların, IDC açısından bir hedef pazar olarak değerlendirilmesinin mümkün olup olamayacağını ortaya koymak amacıyla yapılan bu araştırmada, gömülü teori yaklaşımı çerçevesinde nitel veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır. Gömülü teori yaklaşımında öncelikle veriler toplanlanırken bir yandan da analiz edilmekte, elde edilen bulgular problemin saptanmasına ışık tutmakta ve sonrasında probleme açıklık getirecek diğer veri toplama teknikleri kullanılarak sonuca ulaşılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmada, ilk olarak IDC verilerinden yararlanılmış, sonrasında bu veriler sınınflandırılarak yerleşik yabancılar ile turistler arasında sağlık turizmi ihtiyaçları kapsamında bazı farklılıklar olduğu yapılan kodlamalar sonucunda ortaya çıkartılmıştır. Elde edilen ilk bulgular araştırmacıya yerleşik yabancıların bir hedef pazar olabileceği fikrinin oluşmasına yardımcı olmuştur. Sonrasında yerleşik yabancıların potansiyel bir pazar özelliği taşıyıp taşımadığını tespit edebilmek için çeşitli dokümanlar incelenmiştir. Bu incelemelerde rakamsal olarak Aydın İl Göç İdaresi’nden 2015-2018 yılları arası ikamet izni alan yabancıların verileri oldukça yararlı olmuştur. Verilerin incelenmesinin ardından Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler, katılımlı gözlemler ve odak grup çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması ve analizleri eş zamanlı gerçekleştirilerek bir sonraki adıma taşınmış, böylelikle araştırma probleminin aydınlatılmasına ne kadar yakınlaştığı sürekli kontrol altında tutulmuştur.

 Ünal ve Çatı, 2016; Hallberg ve Klınberg, 2007; Kartal ve Kıncal, 2012; Arpacı, 2011’nın yapmış oldukları çalışmalarda da gömülü teoriden faydalanarak tümevarımsal bir veri analizleri yapılmıştır. Bu çalışma, önceki çalışmaların izlediği yolla paralellik göstermiş ve elde edilen bulgular eşliğinde tümevarımsal bir sonuca ulaşılmaya çalışmıştır.

5.1. Araştırmanın Problem, Amaç ve Alt Amaçlarının Tartışılması

 IDC’den ve Aydın İl Göç İdaresi’nden elde edilen veriler kategorize edilmiştir. Sonrasında 17 yarı yapılandırılmış görüşme, birinci seans kapsamında 1 hasta, 1 refakatçi, ikinci seans kapsamında 4 hasta, 2 refakatçi ile katılımlı gözlem ve 4 odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular ile araştırma problemi, amacı ve alt amaçlarına açıklık getirilmiştir.

 Araştırmanın temel problemi olan Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların potansiyel bir hedef pazar olup olamayacağı yönünde bir değerlendirme yapıldığında; elde edilen bulguların genel olarak bu özelliğin sergilendiği yönünde güçlü bir kanıya ulaşıldığı görülmüştür. Sözgelimi, IDC’den elde edilen ikincil verilere göre, yerleşik yabancılar turistlere kıyasla tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanma eğilimi göstermişlerdir. Bu anlamda; Kuşadası’nda bulunan IDC Diş Kliniğinden elde edilen bulgular ışığında yerleşik yabancıların bir hedef pazar olarak değerlendirilmesi fikri, Aydın Göç İdaresi’nden elde edilen veriler ile birleştirildiğinde, 2,888 yerleşik yabancıya ev sahipliği yapan en büyük ilçenin Kuşadası oluşu, Kuşadası’nda değerlendirilebilecek bir hedef pazarın varlığına işaret etmektedir. Aynı zamanda yabancılar tarafından kurularak Kuşadası’nda faaliyet gösteren dernek başkanları ile görüşülmesine istinaden, Kuşadası Yabancılar Danışma ve Dayanışma Derneği yaklaşık 10,000 yabancı üyesi olduğu ve Ege Finlandiyalılar Derneğinde de 30 üyenin bulunduğu bilgisine de ulaşılmıştır. Dolayısıyla yerleşik yabancıların IDC operasyonları açısından ölçülebilirlik bağlamında bir potansiyel taşıdığından söz etmek mümkündür.

Yerleşik yabancı olarak Türkiye’de yaşayacak yabancılar sağlık sigortası yaptırma yükümlülüğü de taşımaktadırlar. Elde edilen bulgular ışığında katılımcılar sigorta hakkındaki düşüncelerini de iletmiştirler. Bu anlamda katılımcılar sigorta şiketleri tarafından belirli hastanelere yönlendirildiklerini ve sigortalarının ilk müdahale ve basit tedavileri kapsadığını vurgulamışlardır. Aynı zamanda devlet tarafından ön görülen sigorta firmasının Kuşadası’nda herhangi bir sağlık kurumu ile anlaşmasının bulunmadığı ve en yakın sağlık kurumunun İzmir’de olduğu da anlaşılmıştır. Dolayısıyla bu boşluk IDC operasyonları açısından bir fırsat anlamına da gelmektedir. Nitekim Özerim (2012)’in yaptığı bir çalışmada Dalyan’da yaşayan yabancıların bakıma muhtaç olmaları halinde; kendi ülkelerine dönerek sağlık sigortalarından faydalanmak istedikleri belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar sağlık sigortaları sebebiyle kendi ülkelerine gitmek durumunda olduklarını veya Avrupa Birliği (AB) ülkesi olan Rodos Adasına giderek sağlık ihtiyaçlarını orada karşılamak zorunda olduklarını da dile getirmişlerdir. Bu durum IDC açısından değerlendirildiğinde devlet tarafından ön görülen sigorta firmaları ile anlaşılması durumunda bu sigortayı yaptıran AB ülkesi yerleşik yabancıların bir pazar olarak değerlendirilmesi mümkün olabilecektir.

 Yerleşik yabancılar kendi içlerinde; emekli yerleşik yabancılar, baby boomerslar, yerleşik yabancı gelinler, devlet ve kurumlar açısından geliş nedenine göre yerleşik yabancılar şeklinde alt kategorilere de ayrılmaktadır.

Aydın İl Göç İdaresi’nden elde edilen bulgular Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların büyük çoğununluğunun emeklilerden oluştuğunu göstermektedir. Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar ile yapılan görüşme, gözlem ve odak grup sonuçlarına göre katılımcıların çoğunluğunun emekli yerleşik yabancı olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuç Aydın İl Göç İdare’sinden elde edilen verileri doğrulamaktadır. Emekli yerleşik yabancıların yaş itibari ile diş kayıpları yaşayabileceği ön görüsü ile diş kliniğe başvurma oranları oldukça yüksektir. Bu durum IDC’nin, Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıları bir hedef pazar olarak değerlendirebilmesinde oldukça önemli bir ihtiyacı karşılama potansiyeli taşıdığına işaret etmektedir. Yanısıra, yaşamlarını Kuşadası’nda sürdürmeyi düşünen emekli yerleşik yabancıların IDC açısından sürekliliği olan bir alt hedef pazar potansiyeli anlamına gelmesi de bu özelliği güçlendirmektedir.

Baby Boomers’ların emekli yerleşik yabancılara göre daha iyi durumda olduğu ve yaş ilerledikçe hayatta kalma oranlarının yükseldiği yönündeki sonuçlar King ve ark (2013) ve Lee ve ark (2001)’nın yaptıkları çalışmalarda vurgulanmıştır. Bu çalışmada yer alan baby boomers kategorisinde değerlendirilen yerleşik yabancılar da henüz yeni yeni diş ağrısı çekmeye başladıklarını, hatta ilk diş dolgularını 55 yaş sonrasında yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Martin ve ark (2009)’nın yaptığı bir çalışmaya göre baby boomers’ların sağlık ihtiyaçları incelenmiş ve son dönemlerde sağlık problemleri yaşamaya başladıkları sonucu elde edilmiştir. Dolayısıyla uzun yaşam beklentileri olan baby boomers’ların yeni karşılaşmaya başlayacakları sağlık sorunlarının gerek günümüzde gerekse gelecek yıllarda bir alt hedef pazar kategorisi oluşturabilecekleri ve bunun IDC açısından da bir potansiyel olabileceğinden söz etmek mümkündür.

Kuşadası’nda yerleşik yabancı gelinler de yerleşik yabancı statüsünde yaşamaktadır. Odak grup görüşmelerinden elde edilen bulgulara göre yabancı gelinlerin Türkiye’deki hastaneleri beğendikleri ve hizmet almak istedikleri yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Dirlik (2009)’in bir çalışmasında, Fethiye’de mülk sahibi olan yerleşik yabancıların sosyo - kültürel ve ekonomik durumları incelenmiş ve Türk eşli yabancı gelinlerin Türkiye’de yaşama fikrinin yabancılar üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla Türkiye’de yerleşik yabancı gelin statüsünde olan yabancıların da emekli ve baby boomerslarda olduğu gibi bir alt hedef pazar seçeneği olarak değerlendirilebilmesi mümkün görülmektedir.

 Bu araştırmada elde edilen önemli sonuçlarından biri de güven konusunun sağlık turizminde oldukça önemli bir yere sahip oluşudur. Güven iki farklı kategoride değerlendirilmektedir. İlk kategoride değerlendirilen güven, Türkiye’nin imajı hakkındadır. Bu çalışmanın bulgularına göre yerleşik yabancıların Türkiye’ye yönelik ülke imajına olan güvenleri genel olarak olumlu yöndedir. Öte yandan doğrudan Türkiye’ye hiç gelmemiş yabancıların ise ön yargıları söz konusudur. Örneğin, Alman vatandaşları Türkiye’yi kötü bir imaja sahip gibi lanse ederken, farklı bir bulguya göre Avrupalılar, İran’a ülke imajı sebebiyle gitmeyip Türkiye’yi tercih edebilmektedir. Yirik ve ark (2015b)’na göre yerleşik yabancıların, Türkiye’yi başarılı ve güvenli buldukları, sağlık ve fiyatlandırmadaki uygunluklarından dolayı ileri yaştaki Avrupa Milletleri tarafından tercih edilebileceği açıklnmıştır. Yirik ve ark (2015b)’in araştırma bulguları ile Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancı katılımcıların bulguları birbirine paralel niteliktedir. Bu durumda yerleşik yabancıların bu ön yargıyı kırdıklarının görülmesi genel olarak sağlık turizmi özel olarak IDC operasyonları açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir.

Diğer güven konusu ise hekime karşı duyulan güvenin oluşması kapsamında değerlendirilmektedir. Bu çalışmadaki katılımcıların çoğunun Kuşadası’ndaki diş hekimlerine güven duydukları yönünde bulgular elde edilmiştir. Sözgelimi görüşmelerden elde edilen bulgularda katılımcıların Türkiye’deki diş hekimlerinin yeteneklerini önemsedikleri belirlenmiştir. Ancak gözlemlerden elde edilen bir bulguya göre, ilk seansta hasta refakatçisinin muayeneyi reddetmesine karşın, ikinci seansta ön yargılarını kırarak kendi isteği ile muayene olmak istemesi, potansiyel hastaların diş hekimlerinin yeteneklerini görmeden önce kişisel olarak güven duymalarının önemli olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla hastaların güven duydukları takdirde dental turizme olan etkileri artabilecektir. Elde edilen destekleyici bir başka bulguya göre; diş korkusu olan bir hasta, hekime güven duyduktan sonra tedavilerini o hekim ile devam ettirebileceğini ifade etmiştir. Bodrumlu ve ark (2006) hekimlerin, hastalarının dental korkularının düzeylerini ve korkuya sebebiyet veren faktörler hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiğini ve hekimlerin bu özellikteki hastalarına daha hassas davranmaları ve hastalarını daha sık kontrole çağırmaları gerektiği önerilmektedir. Dolayısıyla diş hekiminin anlayışlı davranıp, hasta ile daha sık görüşmesi böylelikle hastaların güvenini kazanması sonucunda korkuları yenmesiyle tedavi olma eğilimi daha fazla artabilecektir. Bu fikrin fiilen gerçekleştirilmesi ise hedef pazar sayısının rakamsal olarak artmasını kolaylaştırabilecektir.

Öte yandan katılımcıların yabancı oldukları için kendilerine yüksek fiyatlar söylendiğinin kolaylıkla farkedildiği ve bu olumsuz durumun güven kaybına yol açtığı da anlaşılmıştır. Elde edilen bulgular ışığında hastaların IDC’den önce farklı kliniklere gittikleri ve fiyat açısından kendilerine yüksek rakamlar söylendiği tespit edilmiştir. Dirlik (2009)’in yapmış olduğu bir çalışmaya göre yerleşik yabancılara, yabancı oldukları için farklı fiyatlar söylendiği ve bu durumdan rahatsız oldukları ortaya çıkartılmıştır. Bu durumun farkına varan yabancılar ise güven erozyonu nedeniyle o klinikte tedavi olmayı reddetmektedirler. Konu bu açıdan ele alındığında IDC’de sunulan fiyatların TDB’nin uygulamış olduğu fiyatlar olması ve herhangi bir komisyon ya da uygulanan rakamın üzerine çıkılmadığının hastalar tarafından bilinmesiyle, güven oluşumuna önemli ölçüde destek olunduğundan söz edilebilir.

Araştırmanın alt amaçlarından ilki IDC’den hizmet alan turistlerin ve yerleşik yabancıların tercih ettikleri diş tedavileri arasındaki farklardır. IDC’den hizmet alan turistler ve yerleşik yabancılardan elde edilen bulgulara göre yerleşik yabancıların turistlere kıyasla daha fazla diş tedavisi tercih ettikleri belirlenmiştir. Araştırma sürecinde bunun en temel sebebinin ise tedavilerin ikinci ve üçüncü seanslar halinde devam etmesi ve düzenli kontrole gelinmesi zorunlululuğundan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Yerleşik yabancılar ikinci veya üçüncü seansları kabul ederek farklı dental ihtiyaçlarını da karşılamakta iken, turist hastalar yalnızca acil müdahale gerektiren işlemleri sınırlı tatil programları sürecinde yaptırabilmektedirler. Dolayısıyla yerleşik yabancıların sınırlı bir süre dâhilinde dental hizmet alan tuistlere göre daha fazla potansiyel taşıdıkları söz etmek mümkündür. Ayrıca implant gibi IDC açısından göreli olarak daha kârlı tedaviler açısından yerleşik yabancıların potansiyeli daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır.

 Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların tedavi olmayı kabul etmeleri ile döviz kurlarındaki değişimin olası etkisinin anlaşılabilmesine yönelik oluşturulan ikinci alt amaç açısından bir değerlendirme yapıldığında, özellikle emekli konumundaki katılımcıların durumlarının öne çıktığı görülmüştür. Zira bu çalışmadaki katılımcıların büyük çoğunluğu emekli olup, geçimlerini emekli aylıkları ile sağlamaktadırlar. Uluslararası Araştırma Kurumu tarafından yayınlanan bir raporda (2008) Avrupa vatandaşı olan kişilerin emekli olduktan sonra yaşam standartlarının zorlukları ve sağlık amacıyla Türkiye’ye geldikleri vurgulanmıştır. Bu çalışmadaki bazı katılımcıların da raporda belirtildiği gibi İspanya, İtalya gibi ülkelerde yaşamaya çalıştıkları, ancak bu durumu çok fazla devam ettiremedikleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla emekli aylığının Avrupa standartlarına görece düşük olması sebebiyle, döviz kurundaki farklılıklar Türkiye’de daha fazla gelir elde etmelerini sağlayarak tedavilerini Türkiye’de yaptırmalarını olanaklı hale getirmektedir. Bu hususta Uluslararası Araştırma Kurumu (2008) tarafından elde edilen bulgular ile araştırma bulguları paralellik taşımaktadır. Bu çerçevede döviz kuru avantajının yerleşik yabancıların IDC’den hizmet almalarını kolaylaştıran bir etmen olduğundan söz etmek mümkündür.

 Alt amaçlardan üçüncüsü olan Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların dental turizme olan katkısı açısından ele alındığında, çoğu yerleşik yabancının Kuşadası’nda çeşitli diş tedavisi yaptırdıkları ve hali hazırda kendi diş hekimleri oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılardan bazılarının belirttiğine göre dental tedavilerde yurtdışında sağlık erişiminde çok fazla bekledikleri ve uzman kişilerle görüşemedikleri ifade edilmiştir. Çoğu katılımcı aynı durumun Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde de olduğunu, uzun zaman sıra beklediklerini ve bu sebeple özel hastaneleri tercih ettiklerini vurgulamışlardır. Nguyen ve ark (2018)’nın yılında yapmış oldukları bir çalışmaya göre bekleme süresi arttıkça hastaların azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla bu durum IDC açısından değerlendirildiğinde, kişiye özel randevu sistemi ile çalışıyor olması ve hiçbir hastanın bekletilmeden tedaviye alınması hastalar tarafından memnuniyet algısı oluşturmaktadır. Aynı zamanda 7/24 ulaşılabilir telefon hattı ile hastalar istedikleri zaman sorularını halkla ilişkiler koordinatörüne yönlendirebilmekte ve hekimlerle görüşme imkânı sağlanabilmektedir. Böylece hastaları bekletmeden kaliteli hizmet sunarak ve bu hizmeti rekabetçi fiyatlandırma yöntemiyle uygulayarak IDC’nin sunmuş olduğu hizmetleri Kuşadası’ndaki yerleşik yabancılara yöneltmek mümkün olabilmektedir.

 Dördüncü alt amaç, IDC’den hizmet alan yerleşik yabancıların en çok hangi dental işlemleri tercih ettikleriyle ilgilidir. Bulgular ve Tablo 3 incelendiğinde, yerleşik yabancıların öncelikle implant tedavisini, sonrasında diş çekimi ve protez alanında gerçekleştirilen dolgu işlemini tercih ettikleri belirlenmiştir. Diş çekimleri implant tedavisinin bir parçası olduğu için diş çekimi operasyonlarını implant içerisinde değerlendirmek de mümkündür. Aynı zamanda görüntüleme tekniklerinden panoramik filmler de sayıca fazladır. Panoramik film sayısının fazla olmasının nedeni, doğru teşhis ve tanı için her hastadan talep edilen bir uygulama olmasıdır. Öte yandan implant operasyonlarının yüksek maliyetli oluşu yurt dışında implant tedavisinin sigortalar tarafından kapsanmamasına yol açmaktadır. Bu bağlamda döviz kuru farklılıklarından faydalanılarak genelde Türkiye’de ve özelde IDC’de bu operasyonların daha uygun maliyetlerle gerçekleştirebilmesi mümkün olabilecektir.

Alt amaçlardan beşincisi olan; IDC den hizmet alan yerleşik yabancıların Kuşadası’nı coğrafi konum sebebi ile tercih etmelerindeki rolü açısından bir değerlendirme yapıldığında, bazı yerleşik yabancıların zaman zaman kendi ülkelerine dönmelerine rağmen büyük çoğunluğunun Kuşadası’nı konumu, iklim ve doğal güzellikler gibi çekicilikler açısından önemsedikleri görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca sık sık ülkelerine giden katılımcıların tedavilerini aksatmadan IDC’de sürdürebilmelerinin mümkün olabileceği de anlaşılmıştır. Gheorge ve ark (2017) tarafından İsviçre’de dental tedavilerin yüksek maliyetli olmasından dolayı yakınlığı sebebiyle Almanya’yı tercih ettiklerinin belirlenmiş olması, bu araştırmanın sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Coğrafi yakınlık sebebiyle aynı zamanda kültürel benzerlik gibi faktörlerin oluşması da söz konusudur. Musa ve ark (2012)’nın yapmış olduğu bir çalışmaya göre Endonezya vatandaşlarının Malezya’yı tercih etme sebepleri sıralandığında; kısa mesafe, kültürel benzerlik ve paralarının karşılığını alabilme olarak ifade edilmiştir. Bu bulgulara göre de elde edilen sonuçlar birbirlerini destekler niteliktedir.

Ayrıca katılımcılar tarafından Kuşadası’nın coğrafi konumu, iklim şartları açısından da ele alındığında; yerleşik yabancıların Avrupa’da güneşli gün sayısının azlığı yüzünden kendi ülkelerine sadece ailelerini görmek üzere gittikleri, yaşamak için ise Kuşadası’nın kendi doktorları tarafından tavsiye edildiği anlaşılmıştır. Karakaya ve Turan (2006) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmaya göre Didim’de yaşayan yabancı emeklilerin daha iyi bir hayat beklentisi, sıcak iklim, ekonomik faktörler ve deniz gibi nedenlerle Didim’e yerleştikleri belirlenmiştir. Bu çalışmayı destekleyen Yazan ve ark (2017)’nın yaptığı bir başka araştırmaya göre 65 yaş üzeri Alanya’da yaşayan yerleşik yabancıların depresyon eğilimleri ölçülmüş ve Alanya’da yaşadıkları süre zarfında deprosyon eğimilerinde azalma görüldüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla elde edilen bu bulgular ile önceki çalışmaların birbirlerini desteklediği görülmektedir. Türkiye’ye komşu olan, aynı kültür benzerliklerine sahip ve kısa uçuş mesafisinde bulunan ülkelere de doğru pazarlama stratejileri geliştirildiği takdirde hedef pazar payının arttırılabileceği ifade edilebilir. IDC açısından ele alındığında, bu durum önemli bir avantaj da sağlamaktadır. Nitekim deniz, kum ve güneşin birleştiği, güneşli gün sayısının fazla olduğu Kuşadası, yabancılar tarafından tercih edilirken aynı zamanda yerleşik yabancıların Kuşadası’nda uzun süre yaşaması hedef Pazar olma özelliğini dah da artırmaktadır.

Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların kendi ülkeleri ile Kuşadası’ndaki dental hizmetler arasında kalite açısından değerlendirme yapmaları altıncı alt amaç olarak belirlenmiştir.Elde edilen bulgularda katılımcılar tarafından hizmet kalitesi kapsamında Türkiye’nin diğer Avrupa ülkelerinden daha kaliteli hizmet verdiği vurgulanmıştır. Kalite süreci aynı zamanda memnuniyet sürecinin de oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Rosenbusch ve ark (2019)’nın yapmış olduğu bir araştırmaya göre, doktorların ve hemşirelerin hasta ile olan etkileşimi, çevresel etmenler ve iyileşme sonucu kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bostan ve Yalçın (2016) tarafından yapılan bir başka çalışmaya göre, yabancı hastaların Mersin’de bulunan bir hastaneyi tercih etme sebepleri; hizmet kalitesi, fiyatlar ve bölgenin turistik özellikleri olarak belirlenmiştir. Musa ve ark (2012)’nin yaptığı bir başka çalışmaya göre, Malezya’ya giden sağlık turistlerinin seyahat alışkanlıkları incelenmiş ve hastaların en önemli motivasyonlarının paralarının karşılığını almak olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen söz konusu bulgulardan yola çıkılarak, IDC’nin kaliteli diş tedavilerinden memnun kalan hastaların, farklı opersayonlar için de Türkiye’yi tercih edebilecekleri ve ikinci defa gelerek ekonomik anlamda daha fazla katkı sağlayacakları düşünülebilir. Yerleşik yabancılar açısından ele alındığında da verilecek yüksek kaliteli hizmetten memnun kalan yerleşik yabancıların başkalarına tavsiye etmeleri ve bu şekilde daha fazla potansiyel hastaya ulaşılmasına katkıda bulunabilecekleri olasıdır.

Diğer yandan katılımcılar Kuşadası’ndaki yaşam tarzını diğer destinasyonlarla kıyasladıklarında Kuşadası’nın daha iyi olduğunu da vurgulamışlardır. Kaçmaz ve Kahveci (2016)’nin dental turistlerin dental turizm deneyimlerine ve bu deneyimleri etkileyen faktörlere ilişkin Alanya’yı tercih eden hastaların deneyimlerine göre vermiş olduğu cevaplarda yer alan olumlu destinasyon kıyaslamaları ve kaliteli hizmet boyutları bu çalışmadan elde edilen bulguları da destekler niteliktedir.

Kaliteli hizmet konusunda farklı ülkelerde yapılan kalitesiz tedaviler sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar da oldukça önemli bir konudur. Bu çalışmada hastaların, yurtdışında yaptırmış oldukları implantlardan memnun olmadıkları ve değiştirmek istedikleri yönünde bulgulara da ulaşılmıştır. Ancak katılımcılar, implantlarının malzeme bilgisine sahip olmadıklarından dolayı implantları değiştirilememiştir. Barrowman ve ark (2010)’larının yaptığı bir çalışmada, yurtdışında yapılan yetersiz sonuçlara sahip implantların durumlarını incelenmişlerdir. İncelemeler sonucunda tedavilerde kullanılan malzeme, sterilizasyon ve hijyen sürecinin doğru takip edilmediği ortaya çıkmıştır. Feltracco ve ark (2013)’nın yaptığı bir başka çalışmaya göre hastalara, yetkisiz kişilerce yasadışı uygulamalar yapıldığı ve kalitesiz malzemeler kullanılarak dişlere zarar verildiği belirlenmiştir.

 Yedinci ve son alt amaç olan, Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların diş tedavilerinde hekimlerin dil bilmesinin dental turizme olan katkısı ele alınmıştır. Bu kapsamda katılımcıların iki farklı değerlendirmeleri olmuştur. Bunlardan birisi dil bakımından yeterliliğe işaret ederken, diğeri yetersizlik yönündeki görüştür. Zhang ve ark (2013)’nın yaptığı bir araştırmaya göre, fiziksel mesafeler yerine; kültür, dil, ekonomi ve siyasi gibi etmenler hastaların destinasyon seçimlerininde daha büyük etki alanı oluşturmaktadır. Elde edilen bazı bulgular Zhang ve ark(2013) ile örtüşürken, Türklerin İngilizce bildiği ve buna ek Fransızca, Almanca gibi dilleri de bildiklerini sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan yerleşik yabancıların Türkçe bilmemesi de göz önüne alındığında dil bilme sorunu sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından hedeflenen ülke pazarına göre önemlilik arz etmektedir.

Görüşmeler esnasında başkalarına tavsiye etme hususu da ele alınmıştır. Katılımcıların IDC’ye genellikle başkalarının tavsiyesi üzerine geldikleri ve memnun kaldıktan sonra kendi yakınlarına tavsiye edecekleri yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Dolayısıyla potansiyel bir hastanın, daha önce iletişim kurduğu satış temsilcisi, otel yöneticisi veya güzellik merkezi tarafından kişisel olarak yönlendirilebildiği de söylenebilir. Yerleşik yabancıların tavsiye aldıkları kişilere güven duydukları açıkça görülmektedir. Bu kapsamda farklı sektörde çalışan kişilerin de IDC’nin tanıtılmasında önemli bir katkı sağlayabailecekleri değerlendirilebilir. Aynı zamanda elde edilen bazı bulgulara göre kişisel yönlendirmeler dışında hastaların, internet sitesi, sosyal medya mecraları ve broşür gibi farklı tutundurma faaliyetleri ile IDC’ye ulaştıkları belirlenmiştir. Seyahat acentası ve oteller de potansiyel hastalara erişim sağlanabilinecek önemli noktalar arasındadır. Bu sonuca göre kişisel pazarlamayı destekler nitelikte basılı ve görsel reklamın da etkili olduğu söylenebilir. Söz gelimi bir katılımcının ifade ettiğine göre; tedavi hizmeti almayı düşünen kişilerin, hizmet almış olan kişilerin evlerine kadar gidip yönlendirme talep etmeleri, potansiyel bir pazar payı olan hastaların referansa ne kadar önem verdiklerinin bir göstergesidir.

5.2. Bir Hedef Pazar Seçeneği Olarak Yerleşik Yabancılar ile Turistler Arasındaki Tedavi Sürecinin Karşılaştırması

 Tüm şartlar oluşturulduktan sonra yerleşik yabancıların dışında, turistler ile bir sağlık turizmi pazarı oluşturulması da düşünülmelidir. Tablo 18’de yurt dışından gelen bir hasta için tam sağlık turizmi tedavi planı ve Tablo 19’da ortalama bir haftalık tatil sürecinde gelen bir implant hastasına ait sağlık turizmi tedavi planı sunulmaktadır.

 Yerleşik yabancı olarak Kuşadası’nda tedavi olmak isteyen hastanın farklı avantajları bulunmaktadır. Hasta kendi evinde konaklama yapacağı için otel masrafı olmaz. Yerleşik yabancı hastalar, herhangi bir zaman kısıtı olmadığı için geliş ve gidiş uçak bileti, transfer ve tedavi masrafları ekonomik açıdan daha az maliyetli olabilmektedir. Diğer turistler gibi zaman sorunu yaşamadığı için tüm işlemlerini, tedavi basamaklarına göre yaptırmaktadır. Ayrıca yerleşik yabancılar sunulan ekstra tedavileri de kabul edebilmektedirler. Yaptırdıkları ekstra sağlık tedavileri ile ekonomimiz açısından döviz kazancı elde edilmiş olacağı için yerleşik yabancılar oldukça önemli bir paya sahiptir. Üstelik yerleşik yabancılar tedavi öncesi veya bitimi sonrasında da Türkiye’de bulunduklarından dolayı her an istedikleri tura katılım gösterebilmektedirler.

 Yerleşik yabancı olan hastanın maliyeti; gidiş-dönüş uçak bileti + tedavi masrafları şeklinde tanımlanabilir.

**Tablo 18**. Yurt Dışından Gelen Hasta İçin Tam Tedavi Planı.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.Geliş** | **2. Geliş** | **3. Geliş** |
| 01.0508:00 Havaalanı iniş09:00 Transfer10:30 Otele varış11:00 Check-ın12:00 Odaya yerleşme ve dinlenme15:00 Hastaneye gidiş15:30 Doktor ile randevu16:00 Detertaj (Full)16.45 Hastaneden çıkış Turlara Katılabilir 05.0510:00 Küretaj08.0510:00 Dolgu yapımı12:00Kanal veya retreatment tedavisi (1.Seans) 15:0510:00 Kanal veya retreatment tedavisi (2.Seans)20.0515:00 Hastaneye gidiş15:30 Öngörülen dişlerin çekimi27.05Hasta herhangi bir saatte dikişlerini aldırmaya gidebilir. | 20.0608:00 Havaalanı iniş09:00 Transfer10:30 Otele varış11:00 Check-ın12:00 Odaya yerleşme ve dinlenme15:00 Hastaneye gidiş16:00 Implant Operasyonu27.0610:00 Dikişlerin alınması ve duruma göre geçicilerin ölçüsünün alınmasıTurlara Katılabilir30.0610:00 Geçicilerin teslim edilmesi (Geçici yoksa randevu verilmez) | 01.1010:00 İyileşme başlığı07.1010:00 Ölçü başlığı ile prova10.1010:00 Prova ve dişin rengi seçmeTurlara Katılabilir15.1010:00 Sabit implant üstlerinin yapılmasıTurlara Katılabilir20.1010:00 Sabit implant üstlerinin yapılması |

 Bu plan, hastanın tüm dental ihtiyaçlarının karşılamasını istediği düşünülerek planlanmıştır. 3 otel konaklaması da her üç tarihte de iyileşme sürelerine göre konaklamaları artabilir veya azalabilir durumdadır. Bu plan en ideal plan olup, havaalanı ile şehir merkezine olan transferleri, geliş-gidiş uçak biletleri ve tedavi masrafları yer almaktadır. Ancak bu plan oldukça maliyetli olup hastanın sistemik rahatsızlıkları göz önüne alınarak her hasta için farklı plan yapılması gerekmektedir.

Yurt dışından gelen hasta için full tedavi maliyeti; 3 defa konaklama + 6 transfer (gidiş- dönüş) + 6 uçak bileti (gidiş- dönüş) + tedavi masrafları olarak şekillenmektedir.

1. **Geliş**

 Sağlık turistinin, sağlık turizmi paket programı, sağlık turistinin havaalanına iniş yapmasıyla başlamaktadır. Bu süreci gün içerisinde transfer, check-in işlemleri, odaya yerleşme, hastaneye gitme, doktora ile görüşme süreçleri takip etmektedir. Hasta öncelikle muayene edilmeli ve ön görülen tedavi planına uygunluğu kontrol edilmelidir. İlk gün hastaya detertaj yapılabilir. İkinci gün hastanın dinlenmesi önerilmektedir. Hasta tedaviden sonra bir veya iki saat boyunca herhangi bir şey yememeli ve içmemelidir. Üçüncü ve dördüncü gün hasta, Efes, Meryem Ana Evi, Şirince, Didim-Milet-Prien, Pamukkale, jeep safari, aqua park, tekne turu, tadım turları gibi çeşitli turlara katılabilir.

 Beşinci gün küretaj işlemi için hasta tekrar randevu saatinde klinikte olmalıdır. Hasta tedaviden sonra bir veya iki saat boyunca herhangi bir şey yememeli ve içmemelidir Altıncı ve yedinci gün hasta dinlenmelidir. Sekizinci gün için randevu veren kişilerin, hastaya mutlaka kahvaltı yapmaları gerektiği hatırlatılmalıdır. Hasta kliniğe geldiğinde kahvaltı yapıp yapmadığı sorulmalı aksi takdirde tansiyon problemi yaşamaması için şekerli ılık çay ikram edilmelidir. Aynı gün içerisinde sabahtan hastanın ağız içerisindeki farklı bölgelerde bulunan dişlere dolgular yapılabilir. Öğleden sonra ise kanal veya retreatment tedavisi için ilk seansa başlanabilir. Hasta tedaviden sonra bir veya iki saat boyunca herhangi bir şey yememeli ve içmemelidir. Dişin durumuna göre kanal veya retreatment tedavisi tek seansda veya iki seansda bitirilebilmektedir. Bu durumda hastaya ikinci seans randevusu ortalama bir hafta sonraya verilebilir. Hasta bu süreçte herhangi bir tura katılmak isterse öncelikle hekimine danışmalıdır. Hekim onayı dâhilinde şehir turlarına katılabilir fakat şarap tadımı veya tadım turlarında sert-katı gıdalardan uzak durmalıdır.

 Hasta, on beşinci gün kanal veya retreatment tedavisinin ikinci seansı için kliniğe gelebilir. Hastanın ikinci seansa gelirken de kahvaltısının yapmış olması oldukça önemlidir. Hasta kahvaltısını yapmamış ise birinci seansda uygulanan basamaklar uygulanabilir.

 Hastanın iyileşme durumuna göre genel tedavileri bittikten beş gün sonra, yapılan planlama dâhilinde implant yerleştirmek için ön görülen dişler çekilebilir. Bu seansa gelmeden önce hastaya mutlaka tok gelmesi hatırlatılmalıdır.

 Bir hafta sonrasında dikişleri aldırmak için hastaya yeni bir randevu verilmelidir. Bu bir haftalık süreçte hasta dinlenmelidir. Hasta bu süreçte bir veya iki günlük özel bir diyet uygulamalıdır. Bir veya iki gün boyunca yumuşak gıdalar tüketmeli, alkol almamalıdır. Hasta, diş çekimi sonrası tükürmemeye özen göstermelidir. Tükürmek veya pipet kullanmak yaralı bölgedeki kan pıhtısının bozulmasına sebebiyet vermekte ve kanamanın devam etmesine sebep olmaktadır. Diş çekimi işlemi sonrası hasta, uyuşukluk geçene kadar (2-5 saat) herhangi bir şey yememeli ve içmemelidir bu sebeple diş çekimleri için hasta tok gelmelidir. Diş çekimi sonrası hasta birkaç gün ağız açma kısıtlılığı ve yüzde şişlikler görebilir. Bunu önlemek amacıyla hastaya, ilk gün yüzüne buz uygulaması yapması tavsiye edilmelidir. İşlem sonrası bir hafta boyunca hasta kesinlikle alkol veya sigara kullanmamalıdır. Bu durum yaranın kapanma ve iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. İlk iki üç gün ise hasta, yüzünün şişmesini önlemek amacıyla çok fazla güneşe çıkmamalıdır. Bu sebeple gün içerisinde güneşe maruz kalacak şekilde herhangi bir tura katılmamalıdır. Hasta bu süreçte diş hekiminden onay almadan herhangi bir ilaç kullanmamalı ve dikişlerini aldırdıktan sonra ülkesine dönebilmektedir.

1. **Geliş**

 İkinci geliş de hastanın havalanına varması ile başlamaktadır. İlk gün; transfer, check-in işlemleri, odaya yerleşme, hastaneye gitme ve implantların yerleştirilmesi ile sonlanmaktadır. Hastanın durumuna göre implantları iki farklı günde de yerleştirilebilmektedir. Diş çekimi sonrası izlenen prosedür, bu süreçte de izlenmelidir. Hastaya implantları yerleştirildikten bir hafta sonraya dikişlerini almak için randevu verilmelidir. Bu bir haftalık süreçte hasta, diş çekimi sonrası tükürmemeye ve pipet kullanmayaya özen göstermelidir. Doğrudan güneşe çıkmamalı, denize-havuza girmemeli, spa-sauna gibi sıcak ortamlardan uzak durmalı, ilk 24 saat egzersiz yapmamalı ve şarap tadımı turları gibi turlara katılmamalıdır. Bu süreçte hasta herhangi bir tura yönlendirilmemelidir.

 Hasta bir hafta boyunca dinlenmeli ve diş hekimin yazmış olduğu reçetedeki ilaçlar haricinde başka bir ilaç kullanmamalıdır. Bir haftanın sonunda dikişler alınmalıdır. Aynı gün içerisinde protezleri yapılana kadar kullanması uygun görülen geçici protezlerin ölçüleri alınabilir. İki veya üç gün içerisinde de geçici protezleri hastaya teslim ve hasta geçici protezlerini aldıktan sonra ülkesine dönebilir. Eğer geçici protez uygun görülmemiş ise implant sonrası hasta uçakta oluşabilecek basınç sebebi ile bir gün daha Kuşadası’nda kalmalı ve ertesi gün ülkesine dönmelidir.

1. **Geliş**

 Üçüncü geliş de hastanın havalanına varması ile başlamaktadır. İlk gün; transfer, check-in işlemleri, odaya yerleşme, hastaneye gitme ve iyileşme başlıklarının takılması ile sonlanmaktadır. İkinci gün hasta dinlenmeli ve bu süreçte bir haftalık özel bir diyet uygulamalıdır. Bir hafta boyunca yumuşak gıdalar tüketmeli, alkol almamalı ve sigara kullanmamalıdır. Üçüncü gün ise hasta, turlara katılabilir fakat deniz suyu yutmamalı, çok fazla güneşe çıkmamalı, spa-sauna tercih etmemelidir. Bir hafta sonrasında protez yapımı için prova randevusu oluşturulmalı ve beş gün sonrasında hastaya yeni prova ve dişin rengine karar vermek amacı ile yeni bir randevu saati belirlenmelidir. Beş veya altı gün sonra sabit implant üstlerinin laboratuardan gelmesi üzerine hastaya yeni bir randevu oluşturulur. Bu randevunun ardından hasta dört veya beş gün içinde tekrar kliniğe davet edilmeli ve herhangi bir sorununun olup olamadığı kontrol edilmelidir. Diş rengini tercih etme sürecinden itibaren hasta herhangi bir tura katılabilir ve sabit implant üstleri takıldıktan sonra ülkesine dönebilir.

T**ablo 19**. Ortalama Bir Haftalık Tatil Planında Turistler İçin Tercih Edilen Plan.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **1. Geliş**
 | **2. Geliş** |
| 01.0508:00 Havaalanı iniş09:00 Transfer10:30 Otele varış11:00 Check-ın12:00 Odaya yerleşme ve dinlenme15:00 Hastaneye gidiş15:30 Doktor ile randevu 16:00 Implant ameliyatı ve duruma göre geçicilerin ölçüsünün alınması07.0510:00 Dikişlerin alınması ve geçicilerin teslim edilmesi | 01.0810:00 İyileşme başlığı03-07.08 tarihleri arasında turlara katılabilir fakat deniz suyu yutmamalı, çok fazla güneşe çıkmamalı spa-sauna tercih edilmemelidir.07.0810:00 Ölçü başlığı ile ölçü alma12.0810:00 Prova ve dişin rengini seçmeHasta herhangi bir tura katılabilir17.08 10:00 Sabi implant üstlerinin yapılması |

Bu plan hastanın öncelikli detertaj, küretaj veya dolgularını kendi ülkesinde yaptırdığı düşünülerek hazırlanmıştır. Bu planda hastanın fazla zamanı olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Full tedavi planında gerçekleştirilen implant öncesi işlemleri kendi ülkesinde yaptırmış olacağı için ülkemiz açısından ekonomik bir kayıptır.

Bir haftalık tatil planında sadece turistler için tercih edilen plan maliyeti; 2 otel + 4 transfer(gidiş-dönüş) + 4 uçak bileti (gidiş-dönüş) + tedavi masrafları şeklindedir.

1. **Geliş**

 Bir haftalık tatil planında gelen sağlık turistleri için öngörülen plandır. İlk gün; transfer, check-in işlemleri, odaya yerleşme, hastaneye gitme ve implantların yerleştirilmesi ve duruma göre ölçü alınması ile gün sonlandırılabilir. Hasta implantları yerleştirildikten sonra doğrudan güneşe çıkmamalı, denize-havuza girmemeli, spa-sauna gibi sıcak ortamlardan uzak durmalı, ilk 24 saat egzersiz yapmamalı ve şarap tadımı turları gibi turlara katılmamalıdır. Hasta bir hafta boyunca dinlenmeli ve diş hekimin yazmış olduğu reçetedeki ilaçlar haricinde başka bir ilaç kullanmamalıdır. Bir haftanın sonunda dikişler alınmalıdır. Bu süreçte hasta herhangi bir tura yönlendirilmemelidir.

 Bir haftanın sonunda hastanın dikişleri alınıp eğer geçici protez uygun görülmemiş ise protezin teslimi yapılmalıdır. İmplant sonrası hasta, uçakta oluşabilecek basınç sebebi ile bir gün daha Kuşadası’nda konaklatılmalıdır.

1. **Geliş**

 İkinci geliş, yurt dışından gelen hasta için full tedavi planında yer alan üçüncü geliş ile aynıdır. İlk gün; transfer, check-in işlemleri, odaya yerleşme, hastaneye gitme ve iyileşme başlıklarının takılması ile sonlanmaktadır. İkinci gün hasta odasında dinlenmelidir. Hasta bu süreçte bir haftalık özel bir diyet uygulamalıdır. Bu bir hafta boyunca yumuşak gıdalar ile beslenmeli, alkol tüketmemeli ve sigara kullanmamalıdır. Üçüncü gün ise hasta, turlara katılabilir fakat deniz suyu yutmamalı, çok fazla güneşe çıkmamalı, spa-sauna gibi sıcak yerlere yönlendirilmemelidir. Beş gün sonrasında hastaya prova ve dişin rengine karar vermek amacı ile yeni bir randevu saati belirlenmelidir. Beş veya altı gün sonra sabit implant üstlerinin labaratuardan gelmesi üzerine hastaya yeni bir randevu oluşturulur. Bu randevunun ardından son kontrol amacıyla hasta dört veya beş gün sonra tekrar kliniğe davet edilmeli ve herhangi bir sorununun olup olamadığı kontrol edilmelidir. Diş rengini tercih etme sürecinden itibaren hasta herhangi bir tura katılabilir. Sabit implant üstleri takıldıktan sonra ülkesine dönebilir

 Belirtilen tedavi planlarına göre yerleşik yabancıların daha avantajlı olduğu görülmektedir. Yerleşik yabancıların zamansal açıdan herhangi bir sorunu olmayıp maliyetleri minimum iken, diğer iki planda zamansal ve ekonomik faktörlerin önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Hastalar turist kapsamındaki planlarda değerlendirilmek istendiğinde; hastanın iş yerinden izin alması ve tedavileri esnasında herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşıldığında izin süresini uzatabilir durumda olması gerekmektedir. Hastada komplikasyon oluştuğu taktirde de takibe alınması gerekebilir. Hasta bu süreçte konaklamasını uzatmaz ve kendi ülkesine dönerse kendi ülkesindeki hekimler de müdahale etmek istemeyebilir ve hasta mağdur olma durumu ile karşı karşıya kalabilir.

 Turist hastalar, tedavi planları yapıldıktan sonra daha uygun fiyat avantajlarından faydalanmak için en kısa zamanda uçak biletini satın almak isteyecektir. Fakat oluşacak herhangi bir tedavi planı değişikliği, hastanın dönüş uçağını etkileyeceği için hastanın ekonomik açıdan sorun yaşamasına sebep olacaktır.

5.3. Etkili Pazar Bölümlendirme Stratejisine Göre IDC’nin Yerleşik Yabancı Potansiyelinin Değerlendirilmesi

 Bölümlendirme değişkenleri uygulandıktan sonra bile tüm bölümler yararlı olmayabilir. Bu durum sağlık turizmi pazarına entegre edilerek en yararlı şu şekilde olabilir;

 Ölçülebilirlik bakımından, departmanların büyüklüğü, satın alma gücü ve özellikleri ölçülebilirdir. Aydın İl Göç İdaresi 2015-2018 yılları arasında Aydın il sınırları içerisinde uzun süreli ikamet izni ile yaşayan yerleşik yabancılar olup diş tedavilerinde önemli bir satın alma gücünü temsil etmektedir. Elde edilen bulgulara istinaden yerleşik yabancıların ilk motivasyonlarının güven oldukları ifade edilebilir. Güven kapsamında ele alınan ülke imajı açısından güven ve hekime güven biribirini tamamlayan parçalardır. İkinci mtivasyonun döviz kurundaki dalgalanmalardan dolayı fiyat faktörü olduğu görülmektedir. Aynı zamanda iklim faktörününde bir motivasyon olduğu Antalya’da gerçekleştirilen sağlık turizmi fuarı gibi uluslararası fuarlarda yapılacak olan tanıtımların, Türkiye’nin iklim koşulları ile desteklediğinde daha fazla turistin Türkiye’de yaşama kararı alabileceği ve hiç araştırılmamış yeni bir pazar payının iklim ile desteklenebileceği söylenebilir.

 Önemlilik bakımından, bölümler büyük ve hizmet açısından kârlıdır. Özel bir pazarlama programında izlenebilecek bir homojen grup segmenti bulunmalıdır. Aydın İl Göç İdaresi’nden alınan bilgilere göre Aydın ilçeleri arasında en fazla yerleşik yabancı sayısına sahip ilçe Kuşadası’dır. Yapılan araştırma sonucu yerleşik yabancılar Kuşadası’nı sevdiklerini ve Kuşadası’ndaki iklimin, kendi doktorları tarafından tavsiye edildiğini belirtmektedirler. Katılımcıların çoğu gelecekte de Kuşadası’nda yaşamaya devam edeceklerini ifade etmişlerdir. Bu durum Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların sayısının ileriki yıllarda artmasına sebep olabilir.

 Erişilebilirlik bakımından, bölümlere etkili bir şekilde erişilmesi gereklidir. Aydın il sınırları içerisinde yaşayan yerleşik yabancılara ulaşabilmek için onların tercih ettikleri; dergi ve gazete, görsel ve işitsel medya kanalları, internet kullanımları gibi kanallar yoluyla yerleşik yabancılara ulaşmak mümkün olabilmektedir (Garda, 2010). Araştırma bulguları ışığında yerleşik yabancıların genellikle IDC’den kişisel tavsiyeler, internet, sosyal mecralar ve broşürler aracılığı ile haberdar olduklarını anlaşılmıştır.

 Farklılıklar açısından, bölümler kavramsal olarak farklılaştırılabilir ve farklı pazarlama karışımlarına farklı tepki verebilir. Pazar bölümlendirme diğer bölümlerden farklılaştırılabilmektedir. Aydın İl Göç İdaresi 2015-2018 yılları arasında Aydın il sınırları içerisinde yaşayan uzun süreli ikamet izni ile yaşayan yerleşik yabancıların; emekli, çalışan, çocuk, öğrenci ve ev hanımı gibi farklı statülerden oluşan heterojen bir grup olduğu görülmüştür.

Bu veriler ışığında diş tedavilerinde yetişkinler için periodontoloji, endodontoloji, protetik diş tedavisi, çocuklar için pedodontoloji veya ortodonti, diş kayıpları sebebiyle yaşı ilerlemiş olan emekliler için ise genellikle cerrahi ve protez alanını tercih etmeleri söz konusudur. Bu anlamda sekiz farklı anabilim dalından oluşan diş hekimliği her kesimden kişiye hizmet sunmakta ve farklı branşlarda farklı talepleri karşılayarak niş pazar payları oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular ışığında özellikle emekli yerleşik yabancılar olmak üzere her yaştan kişinin diş problemleri olduğu ifade edilebilir.

 Uygulanabilirlik açısından bölümleri çekmek ve hizmet vermek için etkili programlar düzenlenmelidir. Aydın Göç İdaresi’nden elde edilen verilere göre yerleşik olarak yaşayan 6,168 kişi olup farklı statüdeki kişiler için farklı uygulanabilir yöntemler tercih edilebilir. Emekli olan kişi sayısı 2,345 kişidir. Yapılan görüşme ve gözlemlere istinaden yaş sebebiyle emekli yerleşik yabancılar refakatçileri ile birlikte gelmektedir. Refakatçileri genellikle kendileri gibi emekli olan eşleri veya çocukları olabilmektedir. Bu durumda onlara yönelik farklı uygulanabilir programlamalar yapılabilmesi söz konusudur (Kotler, 2000).

5.4. Tüketici Davranış Modellerine Göre Sağlık Turizminin Değerlendirilmesi

Tüketici davranış modelleri sağlık turizmine uyarlanabilir. Tüketici davranışları klasik ve modern modeller olarak iki grupta incelenmektedir. Klasik açıklayıcı model olan; ekonomik model, Freud’un benlik modeli, Pavlov’un öğrenme modeli ve Veblen’in toplumsal modeli ‘dir.

 Ekonomik faktörler, ürünün fiyatının önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Sağlık turistleri en uygun ülke ve en uygun klinikleri araştırabilmektedir. IDC açısından, devlet tarafından en uygun fiyatın belirlenmesi ve bu fiyatların sabit olması hastalar açısından çekici bir unsurdur.

Freud’un Benlik Modeli’ne göre gereksinimini çözümlemek üzere ilkel benlik herhangi bir devlete ait ağız diş sağlığı merkezine gidebilirken, benlik üniversite hastanesine veya özel kliniklere, üst benlik ise tamamen özel hizmet sunan profesör, doçent ve uzmanlığını almış kişiler tarafından tedavi olmak isteyebilir. Bu durumda IDC’de bulunan akademik kadronun hastaların benlik algılarına artı bir değer sağladığı söylenebilir.

Pavlov’un Öğrenme Modeli’ne göre, dental klinikler yayımladıkları “mutlu hasta videoları” veya “hasta yorumları” ile hastayı o markaya yönlendirebilmektedir. Ağızdan ağıza pazarlama yöntemi veya şikâyet sitelerinde yer alan malpraktisler, olumsuz tecrübeler ise hastaları o markadan uzaklaştırabilmektedir. IDC’den hizmet alan hastalar kendi sosyal medyalarında IDC ile ilgili görseller paylaşmakta ve olumlu yorumlar yapmaktadırlar. Bu durumda ağızdan ağıza pazarlama yöntemi ile Pavlov’un öğrenme modelinin dental turizminde uygulanabileceği görülmektedir.

Veblen’in Toplumsal Modeline göre dental hizmetlerde de hastalar faydadan çok görselliğe ve estetiğe önem verebilmektedir. Zirkonyum kaplamalar metal kaplamalara göre daha pahalı olup diş eti çekilmelerinde metal kaplamaların metal kısmı görünüren böyle bir sorun zirkonyum kaplamada görülmemektedir. Aslında her iki kaplamanın da işlevi aynıdır. Bu duruma diş pırlantası da örnek olarak verilelebilir. Diş pırlantası hiçbir işlevi olmamasına rağmen görsellik nedeniyle tercih edilen bir aksesuardır. Ortodonti tedavilerinde dişlerin yerini değiştirmek amacıyla kullanılan metaller, renk seçenekleri ile hastalara sunulmaktadır. Hasta, bu durumda tellerin işlevini önemsemeyerek çevresinden alacağı yorumları, beğenileri düşünerek hareket edebilmektedir. IDC açısından hastaların talep ettikleri zirkonyum kaplama, diş pırlantası, renkli veşeffaf tel seçenekleri hastaların hizmetine sunulmaktadır. Bu sayede IDC’de sunulan söz konusu seçenekler Veblen’in Toplumsal Modeline entegre edilebilir.



Şekil 3. Klasik Açıklayıcı Modele Göre Sağlık Turizmi

Modern modeller, Assael modeli, Howard-Sheth modeli ve karmaşık karar verme modellerinden oluşmaktadır.

Assael modeline sağlık turizmi uyarlandığında hastalar ilk boyutta karmaşık bir sürece uyarak farklı klinikler veya doktorlar arayabilmekte veya rutin bir karar vererek aynı diş kliniği veya doktora gidebilmektedir. İkinci boyutta ise diş kliniklerini karşılaştırmakta, tedavide kullanılan araç-gereç, hekimin mezun olduğu okul ve varsa uzmanlığı ile ilgili bilgi edinmeye çalışmaktadırlar.

Howard-Sheth modeline göre otomatik satın alma durumunda dental turizmde hasta dişinde ne sorun olduğu ile ilgilenmeden alanında uzman olarak bilinen ve tavsiye edilen doktora gitmektedir. Sınırlı sorun çözmede hasta farklı klinikleri veya farklı ülkeleri araştırabilmektedir. Sınırsız sorun çözmede ise hastanın herhangi bir ağrısı olmamasına rağmen bilgi almak amacıyla araştırma daha yoğun olarak gerçekleşmektedir.

Karmaşık karar verme sürecinde bu süreç dental turizme uyarlandığında, ihtiyacın uyarılması kişinin diş ağrısı veya estetik kaygısı ile ortaya çıkmaktadır. Bu sorunu gidermek amacıyla hasta internet, telefon veya referanslar ile satın alma öncesi bilgi edinebilir. IDC bu açıdan 7/24 ulaşılabilir çağrı merkezi ve facebook ve resmi internet sayfası aracılığı ile hastaların satın alma öncesi sorularını yanıtlamaktadır. Hasta elde ettiği verileri ülkelerarası ve klinikler arası olarak değerlendirme yapabilir. Ülkelerarası değerlendirmelerde Türkiye’nin kuş uçuşu mesafede olması ve İzmir Adnan Menderes Havaalanına bir saatlik mesafede olması IDC açısından avantajlı bir durumdur. Klinikler arası ise IDC’ nin devlet güvencesine sahip olması, IDC’yi diğer kliniklerden farklılaştırmaktadır. Sonrasında ise satın alma ve sonrası gelmektedir. Hasta bu kısımda karar verdiği tedaviyi alarak, sonrasında oluşacak memnuniyet düzeyi hakkında karar vermektedir. Elde edilen bulgular ışığında memnun kalan hastaların ağızdan ağıza pazarlama yoluyla kendi yakın çevrelerine referans oldukları ve refakatçilerini tedavi olmaları yönünde teşvik ettikleri görülmektedir.

Şekil 4. Karmaşık Karar Verme Süresine Göre Dental Turizmi

# 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

 Yerleşik yabancıların bir hedef pazar olarak belirlenebilmesine ilişkin problem, amaç ve alt amaçlara yönelik genel sonuçlar şunlardır:

 Araştırmanın problemi olarak belirlenen Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların, IDC açısından bir hedef pazar olarak değerlendirilebilmesi mümkündür. Hedef pazar olarak belirlenen yerleşik yabancıların ise; emekli yerleşik yabancılar, yerleşik yabancı gelinler gibi alt kategorilere ayrıldıkları ve bu alt kategorilerin de alt hedef pazarları oluşturabilecekleri söylenebilir.

 \* IDC’den hizmet alan yerleşik yabancılar ile turistler arasındaki fark olarak ele alındığında; yerleşik yabancıların tüm tedavi planına uyarak farklı dental tedavileri de yaptırmayı kabul ederken, turistlerin tatil süreçleri içerisinde zaman sorunsalından dolayı sadece aciliyeti olan işlemlerini yaptırdıkları görülmüştür.

 \* Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar için döviz kuru oldukça önemlidir. Elde edilen verilere göre yerleşik yabancıların büyük kısmı emekli oluğu ve yurtdışından Euro olarak gelen maaşlarını Türkiye’deki döviz kurlarındaki farklılıklardan yararlanarak daha fazla kazanç elde ettikleri anlaşılmıştır.

 \*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların dental turizme olan katkısı açısından bakıldığında; Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların büyük çoğunluğunun Kuşadası’nda kendi diş hekiminin bulunduğu anlaşılmıştırr. Elde edilen bulgulara göre ise katılımcılar dental tedavilerini Kuşadası’nda yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda dolaylı olarak dental turizme olan katkıları yeterli olarak kabul edilebilir.

 \*IDC’den hizmet alan yerleşik yabancıların hangi dental işlemleri daha çok tercih ettikleri incelendiğinde IDC’den hizmet alan yerleşik yabancıların genellikle implant işlemlerini tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

 \* IDC’den hizmet alan yerleşik yabancılar Kuşadası’nı uçuş mesafesinde olduğu için coğrafi konum ve iklim şartlarının Avrupa’ya göre daha iyi olması sebbeiyle tercih ettikleri söylenebilir.

 \*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların kendi ülkeleri ile Kuşadası arasında kıyaslama yaptıklarında elde edilen bulgular ışığında yerleşik yabancıların Türkiye’deki diş tedavilerini daha kaliteli buldukları belirlenmiştir.

 \*Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancılar için hekimlerin dil bilmesi, diş tedavilerinde hastaya teşhis ve tedavi süreçlerinde daha doğru aktarım yapabilmek için önemli bir rol oynamaktadır.

Elde edilen bulgular Kuşadası’nda yaşayan yerleşik yabancıların genel olarak potansiyel bir hedef pazar olma özelliğini sergilediğine işaret etmektedir. Gelecek araştırmalarda bu pazar diliminin taşıdığı özellikler nicel araştırma desenlerinden yararlanılarak inceleme konusu yapılabilir. Ayrıca dental turizm alanı dışındaki diğer sağlık turizm çeşitleri için yerleşik yabancı potansiyelinin ele alınması da yararlı olabilir.

# KAYNAKLAR

**Abubakar AM, Ilkan M.** Impact of Online WOM on Destination Trust and Intentionto Travel: A Medical Tourism Perspective, *Journal of Destination Marketing&Management* 2016, 5(3), 192-201.

**Abubakar M, Basiru S, Oluyemi J, Abdulateef R, Atolagbe E, Adejoke J, Kehinde K.** Medical Tourism in Nigeria: Challenges and Remedies to Health Care System Development, *International Journal of Development and Management Review*, 2018, 12(1), 224.

**Ackerman SL.** Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica’s Cosmetic Surgery Toruism Indurstry, *Medical Anthropolog* 2010, 29(4), 403-420.

**Adams K, Snyder J, Crooks VA, Johnston R.** Developing An Informational Too For Ethnical Engagementin Medical Tourism, *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2017, 12(4), 1-13.

**Adams K, Snyder J, Crooks VA, Berry NS.** A Critical Examination of Empowerment Discourse in Medical Tourism: The Case of the Dental Tourism Industry in Los Algodones, Mexico, *Globalization and Health* 2018, 14(1), 1-10.

**Akalın B.** Sağlık Sistemlerinde Cevap Verilebilirlik, (1st ed.), Hiper Yayın, İstanbul, 2018, s 22-24.

**Akan S, Kocadereli İ.** Sistemik Hastalıkların Ortodontik Tedaviye Etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008, 11(1), 66-74.

**Akarsu S, Akarsu BM, Tırpan AA.** Roma Dönemi’nden Ortaçağ’a Tıp Aletleri, *Lokman Hekim Dergisi* 2011, 1(3), 13-17.

**Akça AE, Pikdöken L, Özdemir A.** Açığa Çıkan Kök Yüzeylerinin Kapatılmasında Uygulanan Bağdokusu Grefti Tekniğinim Klink Ölçümler ile Değerlendirimesi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2003, 45(2), 107-113.

**Akçay I.** Endodontik Cerrahi ve Sistemik Hastalıklar, *Turkiye Klinikleri Journal Endod-Special Topics* 2016, 2(1), 7-13.

**Aksakal N, Kırkkaya İ.** Gömülü Teori: Spor Bilimlerinde Kullanılabilirliği*, Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2013, 8(1), 2-3.

**Alkan F.** Restoratif Diş Hekimliğinde Lazer Kullanımı, *Ankara Dişhekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi* 2012, 6(3), 1244-1251.

**Allan G**. A Critique of Using Grounded Theory as a Reseach Method, *Electronic Journal of Business Research Methods* 2003, 2(1), 1-2.

**Al-Talabani H, Kilic H, Ozturen A, Qasim SO.** Advancing Medical Tourism in the United Arab Emirates: Toward a Sustainable Health Care System, *Sustainability* 2019, 11(1), 230.

**Ambagtsheer F, Zaitch D, Swaaningen RV, Duijst W, Zuidema W, Weimar W.** Cross-Border Quest: The Reality and Legality of Transplant Tourism, *Journal of Transplantation* 2012, 2012, 1-6.

**Aray N, Ataç A, Uçar M.** Sular Altında Kalan Sağlık Merkezi: Allianoi, Lokman Hekim Dergisi 2011, 1(2), 16-20.

**Arpacı İ**. Kamu Kurumlarında Teknolojik İnovasyon ve İnovasyon Politikası, *ODTÜ Gelişme Dergisi* 2011, 38, 115.

**Arslan İK, Baycan P.** Tüketici Satın Alma Davranışları Üzerinde Sosyal Medyanın Etkisi: Y Kuşağı Üzerine Bir Araştırma, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2018, 17(33), 269, 286.

**Ayan HA.** Türk Hukukunda Turkuaz Kart Sahibi Yabancıların Çalışma Şartları, *Necmettin Erbakan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2018, 1(1), 57.

**Aydın G, Karamehmet Aydın B.** Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi, *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi* 2015, 16, 7 <http://www.pazarlama.org.tr/dergi/yonetim/icerik/makaleler/103-published.pdf> (10.08.2019).

**Aydıntuğ YS, Şençimen M, Bayar GR, Mutlu İ, Gülses A.** Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastalarda Çeşitli Sistemik Hastalıkların Görülme Sıklıkları, *Gülhane Tıp Dergisi* Mart 2010, 52(1), 7-10.

**Aydıntuğ YS.** 20.Yüzyılda Türk Askeri Diş Hekimliği Tarihi, Doktora Tezi, T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011, 35.

**Aydoğdu ALF.** Türkiye ve Brezilya’da Sağlık Turizmi: Bir Karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2016, 31-82.

**Ayrancı AB.** Periodontal Hastalık Nedeniyle Kaybedilen Dişlerin Tüm Diş Kayıpları İçerisindeki Oranının Saptanması, Doktora Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2012, 59.

**Babat D, Gökçe F, Varışlı A.** Hatay Mutfak Kültürünün Sürdürülebilirliğinde, Yöresel Yiyecek Üreticilerinin Rolü, 1. International Sustainable Tourism Congress, 820-821, 2017, Kastamonu.

**Badros A. Weike lD , Salama A, Goloubeva O, Schneider A, Rapoport A, Fenton R, Gahres N, Sausville E, Ord R, Meiller T.** Osteonecrosis Of The Jaw in Multiple Myeloma Patients: Clinical Features and Risk Factors*, Journal Of Clinical Oncology* 2006, 24(6), 945-952.

**Bahçe Memiş H.** Teobromin, Mine Matriks Protein Türevi, Kazein Fosfopeptit Amorf Kalsiyum Fosfat Ve Deniz Tuzunun Ortodontik Braketler Etrafındaki Minenin Remineralizasyonuna Etkisinin in Vitro Olarak İncelenmesi, Ortodonti Anabilim dalı Uzmanlık Programı, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul, 2016, 22.

Baka, Sağlık Turizmi Sektör Raporu, 2013, s 16.

**Balkanlı M.** Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi T.C.Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2017, 14-17.

**Barca M, Akdeve E, Gedik Balay İ.** Türkiye’de Sağlık Turizm Sektörünün analizi ve Strateji Önerileri, *İşletme Araştırmaları Dergisi* 2013, 5(3), 66.

Bariatrik Cerrahi Kılavuzu(1st ed), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2018, s 11-25.

**Barrowman RA, Grubor D, Chandu A.** Dental Implant Tourism, *Australian Dental Journal* 2010, 55(4), 441-445.

**Başaran G, Özer T, Acun Kaya F, Kaplan A, Hamamcı O.** Interleukine-1β and Tumor Necrosis Factor–α Levels in the Human Gingival Sulcusduring Orthodontic Treatment, *The Angle Orthodontist* 2006, 76(5), 830-836.

**Baştürk S, Taştepe M.** Evren ve Örneklem In: Bilimsel Araştırma Yöntemleri İçinde, S. Baştürk (Ed) Ankara, 2013, 416.

Birleşik Krallık Sağlık Turizmi Raporu, T.C. Londra Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, Mart, 2015, s 2-11.

**Bodrumlu E, Sümer P, Sümer M, Köprülü H.** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine Başvuran Biryelerde Dental Korkunun Değerlendirilmesi, *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2006, 30(1), 54.

**Bodrumlu E, Aydın U, Özsevdik AS.** Endodonti Kliniğine Başvuran Olguların Sistemik Hastalık Durumları, *Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences* 2008,14(1), 1-5.

**Bostan S, Yalçın B.** Sağlık Turistlerinin Medikal Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörleri, Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi 2016, 9(43), 1729.

**Brian S, Parsley MD.** Robotics in Orthopedics: A Brave New World, *The Journal of Arthroplasty* 2018, 33, 2355-2357.

**Budgett A, Gopalakrishnan M, Schneller E.** Procurement in Public&PrivateHospitals in Australia and Costa Rica- A Comparative Case Study, *Health Systems* 2017,6(1), 56-67.

**Bulut ÖE.** Diş Hekimliği Pratiğini İlgilendiren İnfeksiyöz Hastalıklar, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 154-166, 2005, Samsun.

**Burns C, Bush RF.** Marketing Research(7th ed), Fatma Demirci Orel(Çev.Ed.)Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015, 116-13.

**Caballero-Danell S, Mugomba C.** Medical Tourism and Its Entrepreneurial Opportunities –A Conceptual Framework For Entry Into the Industry, Yüksek Lisans Tezi, School of Business Economics and Law, Gothenburg 2006, 35-104.

**Caballero-Danell S. Mugomba C.** Medical Tourism, and Its Entrepreneurial Opportunities- A Conceptual Framework For Entry Into the Industry, Yüksek Lisans Tezi, Göteborgrg Universty School of Business Economics and Law, Göteborg 2007,2.

**Can E.** Bembeyaz Dişlerle Güvenle Gülümseyin, YediTepe *Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Diş Hastanesi Dergisi* 2012, 2.

**Chang RCS, Lu HP, Yang P.** Stereotypes or Golden Rules? Exploring Likable Voice Traits of Social Robots as Active Aging Companions for Tech-Savvy Baby Boomers in Taiwan, *Computers in Human Behavior* 2018, 84, 194-210.

**Charmaz K.** The Power and Potential of Grounded Theory, Medical Sociology Online 2012, 6(3), 3-4.

**Chevreul K, Brigham KB, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C.** *France Health System Review* 2015, 17(3), 151.

**Connell J.** Medical Tourism; Sea, Sun, Sandand..Surgery, *Tourism Management* 2006, 27(6) 1093-1100.

**Corbin J, Strauss A.** Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria, *Qualitive Sociology* 1990, 13(1), 4-6.

**Creswell JW.** Educational Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research, (4th Ed), 2012,Boston, MA: Pearson, 423.

**Creswell JW.** Nitel Araştırma Yöntemleri(3rd ed), Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir(Çev.Edit), Siyasal Kitabevi, Ankara, 2016, s 42-254.

**Crooks VA, Kingbury P, Snyder J, Johnston R.** What is KnowAbout the Patient’s Experience Of Medical Tourism? A Scoping Review, *BMC Health Services Research* 2010, 10, 266.

Cross-Border Health Services in the Eu Analytical Report, European Commission, 2007, 34 <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_210_en.pdf> (23.01.2019).

**Çağlayan S, Baloş Tuncer B.** Ortodonti’de Ağrının Önemi, *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2011,38(2), 95-101.

**Çelik A.** Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama, yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2009, 7-8.

**Çelik Ç.** Diş Renklenmelerinin Tedavisi, *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2017,3(2), 104-112.

**Çelik H, Ekşi H.** Nitel DesenlerGömülü Teori(2.ed), Eğitim Danışmalığı ve Araştırma Merkezi Yayım, İstanbul, 2015, 43-44.

**Çelikten M.** Okul Müdürü Koltuğundaki Kadınlar: Kayseri İli Örneği, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004, 1(17), 102.

**Çoban H.** Roma Dönemi Hastaneleri, Asklepionlar ve Sarıkaya Roma Hamamı, I. Uluslararası Bozok Sempozyumu, 98-108, 2016, Yozgat.

**Çoban Ö, Dilek E, Harman S.** İntihar Bir Turizm Türü Olarak Değerlendirilebilir Mi? *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* [2017, 7(1)](http://dergipark.gov.tr/nevsosbilen/issue/29962), 137-151.

**Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E.** Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi, *Kurumsal Eğitimbilim Dergisi* 2011, 4(1), 97-100.

**Çukurluöz Bayındır B, Akay C, Yavuzyılmaz H, Karacaer Ö.** Radyoterapi ve Kemoterapi Görmüş Hastanın Diş Üstü Protezle Rehabilitasyonu: Olgu Bildirimi, *Acta Odontologica Turcica* 2015, 32(2), 75-80.

**Dalen JE, Alpert JS.** Medical Tourist: Incoming and Outgoing, *The American Journal of Medicine* 2019, 132(1), 1-2.

**Dalen JE, Alpert JS.** National Health Insurance: Could It Work in the US?,*The American Journal of Medicine* 2008, 121(7), 553-554.

**Dalen JE.** Only in America: Bankruptcy Due to Health Care Costs, *The American Journal of Medicine* 2009, 122(8), 699.

**Davis BK**. Dental Aesthetics and the Aging Patient, *Facial Plastic Surgery* 2006, 22(02), 154-160.

**Dhama K, Patthi B, Singla A, Gupta R, Niraj LK, Ali I, Kumar JK, Prasad M.** Global Tourist Guide to Oral Care-A Systematic Review, *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016, 10(9), 1.

**Dilek A, Baysan S, Öztürk AA.** Türkiye’de sosyal Bilgiler Eğitimi Üzerine Yapılan Yüksek Lisans Tezleri: Bir İçerik Analizi Çalışması, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2018, 22(2), 585.

**Dinçer Ö, Serdaroğlu HS.** Sağlık Turizminde İletişim Stratejileri: Danimarka Örneği, *Atatürk İletişim Dergisi* 2017, 14, 297-308.

**Dirlik M.** Fethiye’de Mülk Sahibi Yerleşik Yabancıların Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Durumunu Betimlemeye Yönelik Sosyolojik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2009, 38-39.

**Dökme S, Parlayan MA, Yağar F.** Adana İlinin Medikal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017,5(42), 304-306.

**Dula K, Mini R, Van Der Stelt PF, Buser D.** The Radiographic Assesment Of İmplant Patients: Decision–Makin Criteria, *The International Journal of Oral&Maxillofac Implants* 2001,6(1), 80-89.

**Duran F, Kaya A, Zararsız A, Şahin İO, Aldemir BA, Bostancı PK, Cura C.** Hastanemize Başvuran 0-18 Yaş Arası Çocuklarda Hepatit B, Hepatit C ve Hepatit D Seroprevalansı. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 2017, 11(1), 1-6.

**Duran İ, Kavut İ, Ural Ç**. Farklı Protetik Tedavi Gereksinimi Olan Geriatrik Hastaların Ağız Sağlıkları ile Alakalı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2015, 16(1), 15-19.

Dünya Sağlık Örgütü <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (25.10.2018).

**Ecin SE, Inkaya AÇ, Yıldız AN.** Çalışma Hayatı ve Viral Hepatitler, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2017, Nisan-Mayıs-Haziran, 44-47.

**Edinsel S, Adıgüzel O.** Türkiye’nin Sağlık turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Dergisi* 2014, 4(2), 173.

**Eggertson L.** Wait-List Weary Canadians Seek Treatment Abroad, *Canadian Medical Association Journal*  2006, 174, 1274.

**Ekiz Gökmen ÇE.** Türk Turizminin Yabancı Gelinleri: Marmaris Yöresinde Turizm Sektöründe Çalışan Göçmen Kadınlar, *Çalışma ve Toplum* 2011, 28, 201-231.

**Ercan E, Kaya S.** Tek ve İki Seansta Yapılan Kanal Tedavilerinde Postoperatif Ağrının Değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2005, 8(2), 90.

**Erdemir EO.** Sigara ve Periodontal Hastalık, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2005, 29(4), 35-41.

**Esiyok B, Çakar M, Kurtulmuşoğlu FB**. The Effect of Cultural Distance on Medical Tourism, *Journal of Destination Marketing&Management* March, 2016, 6(1), 66-75.

**Evren Delilbaşı A.** Onkolojik Tedavi Gören Çocuklarda Ağız ve Diş Sağlığı, *Acta Odontol Turc* 2013, 30(1), 39-43.

**Feltracco P. Gaudio RM. Barbieri S. Tiano L. Lacobone M. Viel G. Tonetti T. Galligioni H. Bortolato A. Ori C. Avato FM.** The Perils of Dental Vacation: Possible Anaesthetic and Medicolegal Consequences, *Medicine, Science and the Law* 2013, 53,19-23.

**Feritas HMT.** Turismo Médico: A Globalização da Saúde GestDissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdede de Economia Universidade do Porto, Yüksek Lisans Tezi, Portekiz 2010, 28.

**Fontana F, Rocchietta I, Simion M.** Dental Implant Complications Etiology, Prevention and Treatment. In: Complications in Guided Bone Regeneration, Stuart J Froum (edt), Blackwell Publishing, United Kingdom, 2010, 256-271.

**Garda B.** Macera Turizmi Pazarlaması: Antalya Yöresine Gelen Turistlerin Macera Turizmine yönelik Eğilimleri Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Ürün Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, Doktora Tezi, Konya 2010, 42.

**Gencer T.** Arkeolojik Bulgular Işığında, Anadolu ve Mezopotamya Coğrafyasında, Semavi Dinler Öncesinde Sağlık Bağlamında Adak Olarak Verilen Kurban İnancı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2015, 130-131.

**Gheorghe R, Zürcher A, Filippi A.** A Dental Tourism From Switzerland to Germany, *Swiss Dental Journal* 2017, 127, 618-633.

**Glaser B.G, Strauss AL.** The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research, A Divison of Transaction Publishers New Brunswick; and London, (4th ed)United States of America, 2006, 1-3.

Global Health Care Outlook, 2017,pp5 <https://www2.deloitte.com/tr/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017-global-health-care-sector-outlook.html> (22.01.2019).

Global Wellness Tourism Economy, Global Wellness Institute, November, 2018 <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/global-wellness-tourism-economy/> (22.01.2019).

**Gonzales A. Brenzel L. Sancho J.** Health Tourismand Related Services: Caribbean Development and International Trade, Final Report, 2001, 20.

Göç İstatistik Raporu, Türk Kızılayı Göç ve Mülteci Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, 2017.

**Göçer İ, Aydın N.** Türkiye’de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırılmalı Bir Analiz, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2016, 6(1), 782.

**Güçiz Doğan B, Gökalp S.** Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2004, 32(2), 45-57.

**Güler M.** Konsültasyon Nedir, Ne Değildir? *Türk Diş Hekimliği Birliği Dergisi* 2018, 164(Mart), 40-41.

**Gülmez M.** Sağlık Turizminde Öncü Ülkeler, In:Turizm Politikaları ve Pazarlama Stratejileri(2nd ed), Tengilimoğlu D(edt), Siyasal Kitabevi, Ankara, 2017,s 180-191.

**Gürel E, Alaçam Akşit AC.** Antik Dönem Tıp anlayışı Üzerine Bir İnceleme; Sağlık Tanrısı Asklepios, In: Contemporary Debates in Social Sciences(1st ed), Torun Çelik E. Gerçek Ş.(eds), Ijopec Publication, Istanbul, 2018, 103-117.

**Güven G, Akıncı A.** Okul Öncesi Döneme Yönelik Çizgi Filmlerde Yer Alan Değerlere Ait Szöel İfadelerin Sunumu: TRT Çocuk Kanalı Örneği, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi* 2014, 5(16), 433.

**Hallberg U, Klingberg G.** Giving Low Prioritory to Oral Health Care. Voice from People with Disabilities in a Grounded Theory Study, *Acta Odontologica Scandinavica* 2007, 65(5), 266-267.

**Han H, Hyun SS.** Customer Retention in the Medical Tourism Industry: Impact of Quality, Satisfaction, Trust and Price Reasonableness*, Tourism Management* 2015, 46, 20-29.

**Hanefeld J, Smith R, Noree T.** Medical Tourism, In: World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, Scheffler RM(Edt), World Scientific-Imperial College Press, California, 2016, 3, 333-350.

**Hersek N.** Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı, Geriatri Yaşlı Sağlıığına Multidipliner Yaklaşım, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, 2009, 59-66.

**Horowitz MD, Rosensweig JA.** Medical Tourism-HealthCare in the Global Economy, *ThePhysicianExecutive*, 2007, 33(6), 26.

[http://masrop.org/wp-content/uploads/2017/11/4-S%C3%B6nmez-S%C3%B6zer-Sevim-Erol-Masrop-Kas%C4%B1m-2017.pdf(19.11.2018)](http://masrop.org/wp-content/uploads/2017/11/4-S%C3%B6nmez-S%C3%B6zer-Sevim-Erol-Masrop-Kas%C4%B1m-2017.pdf%2819.11.2018%29).

<http://www.goc.gov.tr/icerik6/ikamet-izni-cesitleri_409_414_4664_icerik> (03.04.2019).

<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (09.04.2019).

<https://www.cancer.gov> (03.04.2019).

<https://www.nvi.gov.tr/hizmetlerimiz/istatistikler/nufus-istatistikleri> (09.01.2019).

**Imison, M, Scweinsberg S.** Australian News Media Framing Of Medical Tourism In Low-and Middle-Income Countries: A Content Rewiew, *BMC Public Health* 2013, 13(1), 109-121.

International Profiles of Health Care System, (Ed Mossialos E, Djordjevic A. Osborn R, SarnakD), 2017, May, 11-20.

**İlçin Gönenç F.** Hukuki ve Etik Boyutuyla Medikal Turizm, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* 2016, 22(3), 1182.

İltica ve Göç Mevzuatı, Ankara, 2005, 178-182.

**İslamoğlu H.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri(1st ed), Beta Basım, İstanbul, 2011 s108-186-187.

**İslamoğlu H, Altunışık R.** Tüketici Davranışları, (5 th ed)Beta Yayınevi, İstanbul, 2017, s21-50.

**Jaapar M, Musa G, Moghavvemi S, Saub R.** Dental Tourism: Examining Tourist Profiles, Motivation and Satisfaction, *Tourism Management* 2017, 61, 538-552.

**Jabbari A, Zarchi MKR, Kavosi Z, Shafaghat T, Keshkaran A.** The Marketing Mix and Development of Medical Tourism in Shiraz, *MateriaSocio-Medica* 2013, 25(1), 33.

**Kaçmaz YY, Kahveci A.** Dental Turistlerin Dental Turizm Deneyimlerine Yönelik bir Araştırma: Alanya Örneği, *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi* 2016, 9(43), 1900.

**Kamath K, Hugar S, Kumar V, Gokhale N, Uppin C, Hugar SS.** The Business and Pleasure of Teeth: Dental Tourism, *International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews* 2015, 2015, 1-4.

**Kamboj S, Rahman Z.** Measuring Customer Social Participantion in Online Travel Communities, *Journal of Hospitality and Tourism Technology* 2017, 8(3), 442-443.

**Kamiloğlu B.** Temel Ortodontik Bilgiler ve Laboratuvar El Kitabı, Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı, Kıbrıs, 2015, 1-22.

**Karababa G.** Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü, *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2017, 2(1), 58-66.

**Karaçor S, Arkan A.** Sağlık kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma, *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi* 2014, 8(2), 90-118.

**Karakaya E. Turan AH.** Türkiye’ye Yabancı Emekli Göçü: didim’in Yeni Sakinleri ve Bölgeye Ekonomik Etkileri, *İktisat İşletme ve Finans Dergisi* 2006, 21(246), 122-132.

**Karamustafa K, Akın MH.** Sağlık Turizminde Pazar Bölümlendirme ve Hedef Pazar, In:Turizm Politikaları ve Pazarlama Stratejileri(2nd ed), Tengilimoğlu D(eds), Siyasal Kitabevi, Ankara,2017, s 243-253.

**Kartal OS, Kıncal RY.** Medya Okuryazarlığı eğitimi Alan Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Öğrencilerinin Aktif Vatandaşlık Düzeylerini etkileyen Faktörler, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2012, 36, 176-179.

**Kaşka S.** The New International Migration and Migrant Women in Turkey: The Case of Moldovan Domestic Workers, İstanbul: Migration Research Program at the Koç University(Mirekoc) Research Project 2005-2006, 33.

**Kavacık Z, Kavacık M, İnal ME, Durna U.** Alanya’ daki Yerleşik Yabancıların Milliyetlerine Göre Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi, *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2014, 14(28), 84-102.

**Kaya S, Yıldırım HH, Karsavuran S ve Özer Ö.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2013, s 12.

**Khafizova L.** Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye’deki Durum, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2011, 28-52.

**Khan A.** Sustainable Methods of Funding Health Care in Primary and Secondary Care for Elderly, International Journal of Health Administration and Education Congress (SanitasMagisterium)Spring, 2015, 1(1), 6.

**Khan M.** Medical Tourism: Outsourcing of Healthcare, International CHRIE Conference-Refereed Track, 2010, 2.

**Kıdak L, Aksaraylı M.** Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri, *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi* *Dergisi* 2009, 7(1), 77.

**Kınık K.** Güvenlik ve İnsancıllık Yelpazesinde Göç Politikaları, In: Göç ve Sağlık, Demir Uslu Y.(eds), İstanbul Medipol Üniversitesi Medipol Yayın, İstanbul, 2018, 35.

**Kim HD, Sheppard CE, de Gara CJ, Karmali S, Birch DW.** Financial Costand Patients Perceptions of Medical Tourism in Bariatric Surgery, *Canadian Journal of Surgery* 2016, 59(1) ,59.

**Kim M, Koo D, Shin DJ, Lee S.** From Servicescape to Loyalty in the Medical Tourism Industry: A Medical Clinic’s Service Perspective, *The Journal of Health Care*  2017, 54, 1-16.

**King DE, Matheson E, Chirina S, Shankar A, Broman-Fulks J.** The Status of Baby Boomers Health in the United States: The Healtiest Generation*, Journal of the American Medical Association International Medicine* 2013, 173, 5.

**Koç Vural U, Vural CA, Gökalp S.** Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar ve Diş Çürüğü, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2016, 15, 81.

**Koçer ŞÖ.** Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları, Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2014, 43.

**Korkmaz Özcan Z, Aydın V.** Sağlık Turizmi(1st ed), Umuttepe Yayınları, İstanbul, 2015, S 69-108.

**Kotler P.** A’dan Z’ye Pazarlama, (Edt)Umut Hasdemir, / Çev. Aslı Kalem Bakkal, MediaCat Kitapları, İstanbul, 2017, s 91-119.

**Kotler P.** Marketing Management: The Millennium Edition(10th ed), Pearson Custom Publishing, USA, 2000, s 154.

**Kökden A, Türker M.** Oral ve Maksillofasiyal Cerrahide Kullanılan Kemik Greftleri ve Biyomateryaller*, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 1999, 2(2), 134.

**Kušen, E.**Positioning Medical Tourism İn The Broader Framework Of Health Tourism. *Turizam: Međunarodni Znanstveno-StručniČasopis* 2011, 59(1), 95-99.

**Lee SJ, Nelson LP, Lin J, Tom F, Brown RS, Jones JA.** Today’s Dental Student is Training for Tomorrow’s Elderly Baby Boomer, *Special Care in Dentistry* 2001, 21(3), 95-97.

**Leggat P, Kedjarune U.** Dental Health,‘Dental Tourism and Travellers, *Travel Medicine and Infectious Disease* 2009,7(3), 123-124.

**Littrell MA, Ma YJ, Halepete J.** Generation X, Baby Boomers, and Swing: Marketing Fair Trade Apparel, Journal of Fasion Marketing and Management: An International Journal 2005, 9(4), 407-419.

**Loureiro SMC.** Medical Tourists’ Emotional and Cognitive Response to Credibility and Servicescape*, Current Issues in Tourism* 2017, 20(15), 1633-1652.

**Lovelock B, Lovelock K, Lyons K.** The Impact of Medical(Dental) Tourism on the Generating Region: New Zealand Dental Professionals’ Perspectives, *Tourism Management* 2018, 67, 399-400.

**Lunt N, Smith R, Exworthy M, Green ST, Horsfall D, Mannion R.** Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping Review, Organisation for Economic Co-operationand Development, UK Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris, 2011, 11.

**Majumdar KK, Kishore J.** Medical Tourism in India and Future Prospects, *International Journal of Preventive, Curative&Medicine* 2018, 4(2), 4-8.

**Martin LG, Freedman VA, Schoeni RF, Andreski PM.** Health and Functioning Among Baby Boomers Approaching 60, *Journals of Gerontology: Series B* 2009, 64(3), 369-377.

**Mathijsen A.** Home Sweet Home? Understanding Diasporic Medical Tourism Behavior. Exploratory research of Polish Immigrants in Belgium, *Tourism Management* 2019, 72, 373-385.

**Mattoo A, Rathindran R.** How Health Insurance Inhibits Trade in Health Care, *Health Affairs* 2006, 25(2), 358-368.

**Merion RM, Barnes AD, Lin M, Ashby VB, McBride V, Ortiz-Rios E, Welch JC, Levine GN, Port FK, Burdick J.** Transplants in Foreign Countries Among Patients Removed From the US Transplant Waiting List, *American Journal of Transplantation* 2008, 8(2), 988-996.

**Merriam SB.** Nitel Araştırma Desen ve Uygulama için Bir Rehber, (3rd ed) Selahattin Turan (Çev. Ed) Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2018, 29-31.

**Mil B.** Nitel Araştırma, Neden, Nasıl, Niçin?In: Gömülü Teori(1st ed),Yüksel A, Mil B, Bilim Y (eds), Detay Yayıncılık, 2007, 45-56.

**Miyashita Y, Akaleephan C, Asgari-Jirhandeh N, Sungyuth C.** Cross-Border Movement of Older Patients: A Descriptive Study on Health Service Use of Japanese Retirees in Thailand, *Globalization and Health* 2017, 13(1), 1-11.

**Mumcu E.** Sigara Alışkanlığının İmplant Üstü Sabit Protezler Üzerine Etkileri: Retrospektif Çalışma, *Osmangazi Tıp Dergisi*, Basım Öncesi, 2018, 00,00.

**Musa G, Thirumoorthi T, Doshi D.** Travel Behaviour Among Inbound Medical Tourist in Kuala Lumpur, *Current Issues in Tourism* 2012, 15(6), 534-540.

**Mutluay MS, Mutluay AT.** Süt Dişlerinde Restoratif Materyal Seçimi ve Etkileyen Faktörler, *Selcuk Dental Journal* 2016, 3(3), 151-158.

**Nguyen STT, Yamamoto E, Nguyen MTN. Le HB, Kariya T, Saw YM, Nguyen CD, Hamajima N.** Waiting Time in the Outpatient Clinic at a National Hospital in Vietnam, *Nagoya Journal of Medical Science*, 2018, 80(2), 230-231.

Oecd, Analysing Megatrends to Better Shape the Future of Tourism, 2017b, 2-3 October, Paris.

Oecd, Indıcators, Health at a Glance 2013, 155,Paris [https://www.oecd-ilibrary.org/ docserver/ health\_glance-2013-en.pdf?e xpires=154815 9421&id=id&accnam e=guest&checksum=B4A 2488C4A75532C9B2CFC3213B495FE](https://www.oecd-ilibrary.org/%20%20docserver/%20health_glance-2013-en.pdf?e%20xpires=154815%209421&id=id&accnam%20e=guest&checksum=B4A%202488C4A75532C9B2CFC3213B495FE) (22.01.2019).

Oecd, Indıcators, Health at a Glance 2015, 165, Paris <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/health-expenditure-per-capita_health_glance-2015-59-en#page2 (22.01.2019)>.

Oecd, Indıcators, Health at a Glance 2017a, 88-142, Paris <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2017.pdf> (24.10.2018).

Oecd, Indıcators, Health at Glance 2018, 133, Paris <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page134> (22.01.2019).

**Onat Kocabıyık O.** Olgubilim ve Gömülü Kuam: Bazı Özellikler Açısından Karşılaştırma, *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2016, 6(1), 55-66.

**Oral K.** Uykunuzda Dişlerinize Zarar Veriyor Olabilirsiniz, *YediTepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Diş Hastanesi Dergisi* Ocak,2012, 2,16-18.

**Orhaner E.** Türkiye’ de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2014,s 18-60.

**Ömürlü H.** Diş Hastalıklarının Tedavisinde Hastalarda Görülen Kardiyovasküler Değişiklikler, *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Dergisi* 1990, 7(2), 65-70

**Öndoğan EN**. Restoran Pazarlamasında Kullanılan Temel Pazarlama Elemanları, *Ege Stratejik Araştırmalar Dergisi* 2010, 1(1), 1-25.

**Özbek M.** Dişlerle Tarih Öncesine Yolculuk, Bilgün Kültür Sanat Yayınları, Ankara, 2015, s 9-20.

**Özdemir C, Konak S.** Medikal Turizm Kavramı ve Türkiye’de Medikal Turizm. In: Sağlık Turizmi(1st ed), Temizkan, SP (eds)Detay Yayıncılık, Ankara, 2015, s 28.

**Özerim MG.** Emekli Göçleri Rotasında Türkiye: Avrupalı Emekli Göçmenlerin Türkiye’yi Tercih Etme Nedenleri ve Türkiye Algıları, *Yaşar Üniversitesi Dergisi* 2012, 28(7), 4766-4787.

**Özkepir ÖN, Altuğ AT.** Ortodontik Tedavilerde Sistemik Hastalıkların Önemi, *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2015, 43(3), 199-204.

**Özsarı SH, Karatana Ö.** Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu, *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2013, 24(2), 138.

**Öztaş N, Tüfekçioğlu D.** Diş Hekimliği ve Alerji, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2003, 6, 1, 37.

**Öztürk Z, Karakaş ET.** Avrupa Birliği’ ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, *Uluslar arası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2015,1(2), 39-59.

**Papatya N.** Tüketici Davranışları İle İlgili Motivasyon Modelleri: Bir Perakende İşletmesinde Temizlik Ve Kişisel Bakım Ürünlerine Bağlı Bir Araştırma*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2005, 10(1), 221-240.

**Radmanesh A.** A Case Study of theDecision Model for American Outbound Medical Tourist, Yüksek Lisans Tezi, St. Cloud State University Department of Geography and Planning, ABD 2016, 26-27.

**Reddy LKV.** Evaluating Medical Tourism Prospects of Joint Commission International Accredited Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia, *Health Science Journal* 2017,11(2), 1-8.

**Rose LF, Mealey BL.** Dental Implant Complications Etiology, Prevention and Treatment. In:Implant Complications Associated with Systemic Disorders and Medications, Stuart J Froum (edt), Blackwell Publishing, United Kingdom, 2010, 9-39.

**Rosenbusch J, Ismail IR, Ringle CM.** The Agony of Choice for Medical Tourists: A Patient Satisfaction Index Model, *Journal of Holpitality and Tourism Technology* 2019, 9(3), 270.

**Rosenmöller M, Lluch M.** Meeting the Needs of Long-Term Residents in Spain In: *Patient Mobility in the European Union, Learning From Experience*(Ed.Rosenmöller M. McKee M. Baeten R.), 2006, 62.

**Saban A.** Lisansüstü Öğrencilerin Nitel Araştırma Metodolojisine İlişkin Algıları, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2007,1(17), 471.

**Sağ Ç.** İlkokul Sosyal Bilgiler Dersinde Somut Olmayan Kültürel Miras Eğitimine Yönelik Etkinlik Temelli Bir eylem Araştırması, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bartın 2018, 40.

**Sandberg DS.** Medical Tourism: An Emerging Global Healthcare Industry, *International Journal of Healthcare Management* 2017,10(4), 281-282.

**Sarı İ**. Oylum Höyük Erken Tunç Çağı Toplumunda Ağız ve Diş Sağlığı, Yüksek Lisans Tezi Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas 2014, 7-20.

**Sarıçay N, Ünal M.** İzmir’e Her Mevsim Turizm Lazım, *İzmir Ticaret Odası Ar&Ge Bülten* 2013, 72.

**Sayın KŞ, Yeğinboy EY, Yüksel İ.** Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2017, 32(2), 289-313.

**Schiano T, Rhodes R.** The Dilemma and Reality of Transplant Tourism: An Ethical Perspective for Liver Transplant Programs, *LiverTransplantation* 2010,16(0),113-117.

**Selvi MS, Işık G.** İşletmelerin Pazarlama Faaliyetlerine İlişkin Nitel bir Araştırma, *International Anatolia Academic Online Journal* 2015, 3(1),2 9-39.

**Sethi A, Kaus T.** Practical Implant Dentistry The Science and Art(2nd ed), Quintessence Publishing, 2012,United Kingdom, 305-312.

**Sevencan F, Çilingiroğlu N.** Sağlık Alanındaki Araştırmalarda Kullanılan Niteliksel Veri Toplama Yöntemleri, *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007, 26(1),1-6.

**Sheppard CE, Karmali S, De Gara CJ, Birch DW.** Thecost of BariatricMedicalTourism on the Canadian Healthcare System, *The American Journal of Surgery* 2014, 207,743.

**Sosyal Ekonomik Haklar ve Ödevler**, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 7.11.1982, Kanun No: 2709.

**Soysal A.** Sağlık Turizmi: Tehdit ve Fırsatlar Bağlamında Türkiye Açısından Bir Durum Değerlendirmesi**,** *Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal araştırmalar Dergisi* 2017, 2,188.

**Sönmez Sözer Ç, Sevim Erol A.** Antik Toplumlarda Görülen Diş ve Çene Patolojilerinin Antropolojideki Önemi, *2017 Mimarlar Arkeologlar Sanat Tarihçileri Restoratörler Ortak Platformu E-Dergisi* 2017,11(17)

**Strauss A, Corbin J.** Grounded Theory Methodology An Overview, Handbook of Qualitive Research, 1994, 17, 273.

**Sülkü SN.** Sağlık Turizminde Türkiye’nin Dünyadaki Yeri ve Potansiyeli, *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2017, Özel Sayı 1, 99-113.

**Şahbaz RP, Akdu U, Akdu S.** Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012, 15(27), 271-280.

**Şahin F, Saydam G, Omay SB.** Kök Hücre Plastisitesi ve Klinik Pratikte Kök Hücre Tedavisi, *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2005,1(15), 49-50.

**Şenel B.** Diş Hekimleri için Risk Taşıyan Hastalıklar ve Diş Hekimlerinin Mesleki Rahatsızlıkları, *Gülhane Tıp Dergisi* 2007, 49(3), 205.

**Şener HH.** Dental İmplantların Uzun Dönem Takibinde Başarıyı Etkileyen Klinik ve Radyolojik Parametrelerin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008, 15-40.

**Şimşek A, Çakmak G, Cila E.** Kemik Greftleri ve Kemik Greftlerinin Yerini Tutabilecek Maddeler, *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2004, 3(3-4), 1-11.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, Ankara, 2013, 1-16.

**Tahan E, Tuğ Kılkış B.** Travmatik Kök Kırıklarında İzlenecek Yollar, *Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Olgu Dergisi* 2014, 5(2), 41-46.

**Tarfaoui D, Zkim S.** Moroccan Human Ecological Behavior: Grounded Theory Approach, International Interdisciplinary Business-Economics Advancement Conference, 380, 2015, Las Vegas.

Tayland Sağlık Sektörü, İzmir Ticaret Odası <http://www.izto.org.tr/portals/0/pusuladergisi/2015/2015subat/tayland%20saglik%20sektoru.pdf> (25.01.2019).

**Tengilimoğlu D, Zekioğlu A.** Dünyada ve Türkiye’de Medikal Turizm, In: Sağlık Turizmi (2nd ed), Tengilimoğlu D(eds) Siyasal Kitabevi, Ankara, 2017,s112-113.

The Treatment Abroad Medical Tourism Survey, The Medical Tourism Survey, England, 2012, 2-4.

**Tontuş HÖ.** (yyya) Birleşik Krallık, Saturk Yayınları

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/birlesikkrallik.pdf> (07.11.2018).

**Tontuş HÖ.**(yyyg) Belçika, Saturk Yayınları,

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/belcika.pdf> (07.11.2018).

**Tontuş HÖ**. (yyyd) Meksika, Satürk Yayınları

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/meksika.pdf> (07.11.2018).

**Tontuş HÖ.** (yyyf) Singapur, Satürk Yayınları [http://www.saturk.gov.tr/images /pdf /ust / singapur.pdf](http://www.saturk.gov.tr/images%20/pdf%20/ust%20/%20singapur.pdf) (22.12.2018).

**Tontuş HÖ.**(yyyb) Macaristan, Saturk Yayınları

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/macaristan.pdf> (19.11.2018).

**Tontuş HÖ.**(yyyc) Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu, Satürk Yayınları, [https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,23590/saglik-turizminde-turkiye-vizyonu.html](https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR%2C23590/saglik-turizminde-turkiye-vizyonu.html) (06.11.2018).

**Tontuş HÖ.**(yyye) Tayland, Satürk Yayınları

[http://www.saturk.gov.tr/imag es/pdf/ust/tayland .pdf](http://www.saturk.gov.tr/imag%20es/pdf/ust/tayland%20.pdf) (22.12.2018).

**Tontuş HÖ.(**yyyh) Almanya, Saturk Yayınları

 <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/almanya.pdf> (31.10.2018).

**Tontuş HÖ.** (yyyı)Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Önemi, Satürk, [https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10948,06pdf.pdf](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10948%2C06pdf.pdf) (07.11.2018).

**Tontuş HÖ.**(yyyj) Japonya, Saturk Yayınları

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/japonya.pdf> (16.01.2019).

**Tontuş HÖ.(**yyyk) Danimarka, Saturk Yayınları <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/danimarka.pdf> (16.01.2019).

**Tuna M, Kızanlıklı M ve Küçükergin KG.** Turizm Sektörü Raporu 2017 Ocak-Haziran Dönemi, Türsab&Tuader, Ankara, 2017, s 43-44.

**Turner L.** Cross-Border DentalCare: “Dental Tourism” and Patient Mobility, *British Dental Journal* 2008, 204(10), 553-554.

**Turner L.**Canadian Medical Tourism Companies That Have Exited the Marketplace: Content Analysis of Websites Used to Market Transnational Medical Travel, *Global and Health* 2011, 7(40), 1-16.

Türkiye Göç Raporu, T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü,40, Ankara, 2017, s 29-38.

Türofed, Turizm Raporu, Akdeniz Üniversitesi Turizm Fakültesi Yayın Kurulu, Ankara, 2017,s 75.

Türsab, Sağlık Turizmi Raporu, 2014

<https://www.tursab.org.tr/haberler/tursab-saglik-turizmi-raporu_11430> (31.10.2018).

**Tüylek Z.** Biyomateryaller ve Sağlıkta Kullanımı, Bozok Tıp Dergisi, 2017, 7(4), 81.

**Uğurluoğlu Ö, Çelik Y.** Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2005, 8(1), 4.

Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu, Türkiye’deki Yerleşik Yabancıların Türk Toplumuna Entegrasyon Sorunları ve Fırsatlar, No:08-04, 2008, Ankara, 9-67.

**Ulusoy Ç, Varlık SK.** Dört Farklı Ortodontik Braketin Kesme Bağlanma Kuvvetlerinin ve Kopma Sonrası Oluşan Artık Adeziv Miktarının İncelenmesi, *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008, 25(2), 7-12.

**Ulusoy M.Ç, Türköz Ç, Baloş Tuncer B, Tuncer C, Kale Varlık S.** Flor Salan Adeziv Sistemler Kullanılarak Yapıştırılan Ortodontik Braket ve Tüplerin Bağlanma Kuvvetlerinin İncelenmesi, *Acta Odontol Turc* 2013, 30(2), 54-58.

Unicef, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi,

<https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html> (25.10.2018).

Unwto Tourism Highlights 2018 Edition, 6.

**Uslu G, Özyürek T, Koçak İ, Yılmaz K.** Kron Kök Kırığı Bulunan Dişlerin Multidisipliner Tedavisi, *Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Olgu Dergisi* 2016, 2(1), 31-34.

**Usta DD.** Kolon Kanser Hücreleri İçin Altın Kaplı Manyetik Yüklü Trasfeksiyon Ajanlarının Kullanılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Biyomühendislik Anabilim Dalı, Ankara 2014, 8.

**Uysal M.** Dental Turizm ve Estetik Cerrahi Turizmi, *Journal of Strategic Research in Social Science* 2016, 2(3), 41-53.

**Ünal A, Çatı K.** Türkiye’deki Üniversitelerin Girişimcilik Serüveni: Bir Gömülü Teori Araştırması, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi* 2016, 11(1), 91.

**Üreyen Kaya B, Diljin Keçeci A.** Kök Kanal Tedavisi Başarısızlıklarında Retreatment Uygulamaları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006, 13(4), 1-6.

**Vayısoğlu Özcan A, Nalbant L, Nalbant AD.** Geriatride Protetik Yaklaşımlar, *Ankara Diş hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi* 2012, 6(3), 1267-1275.

**Yalçın BM, Ünal M, Pirdal H, Selçuk Y.** Anadolu Tıp Tarihi-Bölüm 1, *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2016, 20(1), 33-44.

**Yazan T, Girgin A, Kuru T.** Geriyatrik Depresyon: Alanya’da yaşayan yerleşik yabancılar üzerine bir araştırma, *Acta Medica Alanya* 2017, 1(3), 32-37.

**Yıldırım A, Şimşek H.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5th ed) Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005,76-77.

**Yıldırım A, Şimşek H.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri(11th edition) Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2018, 72-73.

**Yıldırım A.** Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri ve Önemi, *Eğitim ve Bilim* 1999, 23(112), 9-10.

**Yıldırım Biçer AZ.** Bifosfonatlar ve Çenelerde Görülen Osteonekroz, *Acta Odontologica Turcica* 2013, 30(1), 35-38.

**Yıldırım I, Dülgergil T, Serdaroğlu İ.** Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının *Önemi, Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi* 2010, 1(2), 21-39.

**Yiğit AG.** Davranışsal İktisadın Anlaşılmasına Yönelik bir Literatür Taraması, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2018, 16(2), 16.

**Yiğit Özer S, Aktener BO.** Kök Kanal Tedavisi Uygulanan Diabetli ve Diabetli Olmayan Bireylerin Radyolojik Periradiküler Doku Değerlendirilmesi, *Dicle Tıp Dergisi* 2006, 33(4), 236-241.

**Yildiz MS, Khan M.** Opportunities for Reproductive Tourism: Cost and Quality Advantages of Turkey in the Provision of in-vitro Fertilization(IVC) Services, *BMC Health Services Research* 2016, 16(1), 1-8.

**Yirik Ş, Ekici R, Baltacı F.** Medikal Turizm In: Türkiye ve Dünya’da Sağlık Turizmi (Medikal Turizm), (1st ed) Detay Yayıncılık, Ankara, 2015a, 29-30.

**Yirik Ş, Uslu A, Küçük F.**Yerleşik Yabancıların Türkiye’ye İlişkin Sosyo Kültürel Algılarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi, *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2015b, 6, 263-278.

**Yontar İG.** Avrupa Konseyi Kararlarında Yerleşik Yabancıların Yerel Düzeyde Seçme ve Seçilme Hakları, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2011, 11.

**Yücel R, Bayhan İ, Şengül S.** Turizm Destinasyonlarında Sürdürülebilir Gelişim: Göynük Yerel Turizm Paydaşları Üzerine Bir Araştırma, 1. International Sustainable Tourism Congress, 420, 2017, Kastamonu.

**Zhang J, Seo S, Lee H.** The Impact Of Psychological Distance On Chinese Customers When Selecting An International Healthcare Service Country, *Tourism Management* 2013, 35, 38.

# EKLER

# Ek 1: Ön Görüşme Formu

Nerede yaşamaktasınız? İki ikametiniz varsa nerelerdir?

Kaç yıldır Kuşadası’ nda yaşıyorsunuz veya ziyaret ediyorsunuz?

Kuşadası’ nda hiç tedavi oldunuz mu?

Türkiye’deki döviz kuru artışı Kuşadası’nda tedavi olma fikrinizi etkiler mi?

International Dent Care’i daha önce duydunuz mu?

IDC’den hizmet aldıysanız tavsiye eder misiniz?

# Ek 2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Nerede doğdunuz?

Yaşınız? Mesleğiniz?

Nerede yaşamaktasınız? İki ikametiniz varsa nerelerdir?

Kaç yıldır Kuşadası’ nda yaşıyorsunuz veya ziyaret ediyorsunuz?

Gelecekte Kuşadası’nda yaşamaya devam etmeyi düşünüyor musunuz?

Kuşadası’ nda hiç tedavi oldunuz mu?

Kendi ülkeniz ile Türkiye arasında diş tedavilerinde fiyat karşılaştırması yapar mısınız?

Kuşadası’nda yaşarken Türkiye’deki döviz kuru artışı Kuşadası’nda tedavi olma fikrinizi etkiler mi?

Kuşadası’nda yaşarken diş probleminiz olduğunda Kuşadası’nda bir kliniğine gidermisiniz?

International Dent Care’i daha önce duydunuz mu?

IDC’den hizmet aldıysanız tavsiye eder misiniz?

# Ek 3: 1.Seans Hasta Gözlem Formu

|  |  |
| --- | --- |
| Hasta refakatçisi ile gelir | Hasta yalnız gelir |
| Hasta muayenenin ücretli olduğunu sorar | Hasta muayenenin ücretli olduğunu sormaz |
| Hasta röntgenin ücretini sorar | Hasta röntgenin ücretini sormaz |
| Hasta şikayetlerini kendisi anlatır | Hasta şikayetlerini kendisi anlatmaz |
| Hasta, IDC’nin hangi kuruma bağlı olduğunu sorar | Hasta, IDC’nin hangi kuruma bağlı olduğunu sormaz |
| Hasta veya refakatçisi IDC’nin açılış tarihini sorar | Hasta veya refakatçisi IDC’nin açılış tarihini sormaz |
| Hasta sunulan ikramı kabul eder | Hasta sunulan ikramı kabul etmez |
| Hasta veya refakatçisi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri inceler | Hasta veya refakatçisi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri incelemez |
| Hasta veya refakatçisi IDC’de sunulan hizmeti sorar | Hasta veya refakatçisi IDC’de sunulan hizmeti sormaz |
| Hasta tedavilerin kimler tarafından yapılacağını sorar | Hasta tedavilerin kimler tarafından yapılacağını sormaz |
| Hasta implantın nasıl yapılacağı hakkında sorular sorar | Hasta implantın nasıl yapılacağı hakkında sorular sormaz |
| Hasta implantın markasını sorar | Hasta implantın markasını sormaz |
| Hasta implantın Çin menşeili olduğunu sorar | Hasta implantın Çin menşeili olduğunu sormaz |
| Hasta implantın garantili olduğunu sorar | Hasta implantın garantili olduğunu sormaz |
| Hasta tedavi fiyatlarını sorar | Hasta tedavi fiyatlarını sormaz |
| Hasta muayene sonrası tedavide işlem önceliğini sorar | Hasta muayene sonrası tedavide işlem önceliğini sormaz |
| Hasta tedavi önceliğini değiştirmek ister | Hasta tedavi önceliğini değiştirmek istemez |
| Hasta seans süreleri hakkında bilgi almak ister | Hasta seans süreleri hakkında bilgi almak istemez |
| Hasta tedavilerde kullanılacak teknik, araç ve yöntemleri sorar | Hasta tedavilerde kullanılacak teknik, araç ve yöntemleri sormaz |
| Hasta fiyatta pazarlık eder | Hasta fiyatta pazarlık etmez |
| Hasta fiyatlar üzerine başkalarına danışır | Hasta fiyatlar üzerine başkalarına danışmaz |
| Hasta röntgenini satın alabilme imkanını sorar | Hasta röntgenini satın alabilme imkanını sormaz |
| Hasta tedaviyi kabul eder | Hasta tedaviyi kabul etmez |
| Hasta onam formunu okur | Hasta onam formunu okumaz |
| Hasta refakatçisi de muayene olmak ister | Hasta refakatçisi de muayene olmak istemez |
| Hasta veya refakatçisi başkalarına tavsiye edeceğini belirtir | Hasta veya refakatçisi başkalarına tavsiye edeceğini belirtirmez |

# Ek 4: 1.Seans Refakatçi Gözlem Formu

|  |  |
| --- | --- |
| Refakatçi muayenenin ücretli olduğunu sorar | Refakatçi muayenenin ücretli olduğunu sormaz |
| Refakatçi röntgenin ücretini sorar | Refakatçi röntgenin ücretini sormaz |
| Hasta, IDC’nin hangi kuruma bağlı olduğunu sorar | Hasta, IDC’nin hangi kuruma bağlı olduğunu sormaz |
| Hasta refakatçisi hastanın şikayetini anlatır | Hasta refakatçisi şikayetini anlatmaz |
| Refakatçi IDC’nin açılış tarihini sorar | Refakatçi IDC’nin açılış tarihini sormaz |
| Refakatçi sunulan ikramı kabul eder | Refakatçi sunulan ikramı kabul etmez |
| Refakatçi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri inceler | Refakatçi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri incelemez |
| Refakatçi IDC’de sunulan hizmeti sorar | Refakatçi IDC’de sunulan hizmeti sormaz |
| Refakatçi tedavilerin kimler tarafından yapılacağını sorar | Refakatçi tedavilerin kimler tarafından yapılacağını sormaz |
| Refakatçi implantın nasıl yapılacağı hakkında sorular sorar | Refakatçi implantın nasıl yapılacağı hakkında sorular sormaz |
| Refakatçi implantın markasını sorar | Refakatçi implantın markasını sormaz |
| Refakatçi implantın Çin menşeili olduğunu sorar | Refakatçi implantın Çin menşeili olduğunu sormaz |
| Refakatçi implantın garantili olduğunu sorar | Refakatçi implantın garantili olduğunu sormaz |
| Refakatçi tedavi fiyatlarını sorar | Refakatçi tedavi fiyatlarını sormaz |
| Refakatçi muayene sonrası tedavide işlem önceliğini sorar | Refakatçi muayene sonrası tedavide işlem önceliğini sormaz |
| Refakatçi tedavi önceliğini değiştirmek ister | Refakatçi tedavi önceliğini değiştirmek istemez |
| Refakatçi seans süreleri hakkında bilgi almak ister | Refakatçi seans süreleri hakkında bilgi almak istemez |
| Refakatçi tedavilerde kullanılacak teknik, araç ve yöntemleri sorar | Refakatçi tedavilerde kullanılacak teknik, araç ve yöntemleri sormaz |
| Refakatçi fiyatta pazarlık eder | Refakatçi fiyatta pazarlık etmez |
| Refakatçi fiyatlar üzerine başkalarına danışır | Refakatçi fiyatlar üzerine başkalarına danışmaz |
| Refakatçi röntgenini satın alabilme imkanını sorar | Refakatçi röntgenini satın alabilme imkanını sormaz |
| Refakatçi tedaviyi kabul eder | Refakatçi tedaviyi kabul etmez |
| Refakatçi onam formunu okur | Refakatçi onam formunu okumaz |
| Refakatçi refakatçisi de muayene olmak ister | Refakatçi refakatçisi de muayene olmak istemez |
| Refakatçi IDC’yi başkalarına tavsiye edeceğini belirtir | Refakatçi IDC’yi başkalarına tavsiye edeceğini belirtirmez |
| Refakatçi hastasını yalnız bırakır | Refakatçi hastasını yalnız bırakmaz |

# Ek 5: 2.Seans Hasta Gözlem Formu

|  |  |
| --- | --- |
| Hasta refakatçisi ile gelir | Hasta yalnız gelir |
| Hasta kliniğe hediye ile gelir | Hasta hediyesi gelmez |
| Hasta belirli kişilere özel hediye ile gelir | Hasta belirli kişilere özel hediye ile gelmez |
| Hasta kendilerine “bey” veya “hanımefendi” ifadelerini kullanılmasına devam edilmesini ister | Hasta kendilerine “bey” veya “hanımefendi” ifadelerini kullanılmasına devam edilmesini istemez |
| Hasta 1. seans sonrası oluşan şikâyetlerini anlatır ve IDC’de yaptırmaya yönelik sorular sorar | Hasta 1. seans sonrası oluşan şikâyetlerini anlatır ve IDC’de yaptırmaya yönelik sorular sormaz |
| Hasta IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri inceler | Hasta IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri incelemez |
| Sunulan ikramını kabul eder | Sunulan ikramını kabul etmez |
| Hasta 2. Seans süreci hakkında bilgi almak ister | Hasta 2. Seans süreci hakkında bilgi almak istemez |
| Farklı işlemler hakkında bilgi almak ister | Faklı işlemler hakkında bilgi almak istemez |
| Tedavi sonunda tüm personelle el sıkışır | Tedavi sonunda tüm personelle el sıkışmaz |
| Tedavi sonunda personele sarılarak vedalaşır | Tedavi sonunda personele sarılarak vedalaşmaz |

# Ek 6: 2.Seans Refakatçi Gözlem Formu

|  |  |
| --- | --- |
| Refakatçi kliniğe hediye ile gelir | Refakatçi hediyesi gelmez |
| Refakatçi belirli kişilere özel hediye ile gelir | Refakatçi belirli kişilere özel hediye ile gelmez |
| Refakatçi kendilerine “bey” veya “hanımefendi” ifadelerini kullanılmasına devam edilmesini ister | Refakatçi kendilerine “bey” veya “hanımefendi” ifadelerini kullanılmasına devam edilmesini istemez |
| Refakatçi 1. seans sonrası oluşan hasta şikâyetlerini kendisi anlatır | Refakatçi 1. seans sonrası oluşan hasta şikâyetlerini kendisi anlatmaz |
| Refakatçi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri inceler | Refakatçi IDC hakkında bulunan gazete ve broşürleri incelemez |
| Sunulan ikramını kabul eder | Sunulan ikramını kabul etmez |
| Refakatçi 2. Seans süreci hakkında bilgi almak ister | Refakatçi 2. Seans süreci hakkında bilgi almak istemez |
| Farklı işlemler hakkında bilgi almak ister | Faklı işlemler hakkında bilgi almak istemez |
| Tedavi sonunda tüm personelle el sıkışır | Tedavi sonunda tüm personelle el sıkışmaz |
| Tedavi sonunda personele sarılarak vedalaşır | Tedavi sonunda personele sarılarak vedalaşmaz |

# Ek 7: IDC Veri Tabanı Bilgileri Erişimi İzni



# ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı: IŞIK, Ceyda

Uyruk: T.C.

 Doğum yeri ve tarihi: Nazilli 14/07/1993

Telefon: +90 542 697 2992

E-mail: ceydaisik@hotmail.com

Yabancı Dil: İngilizce, İtalyanca, Fransızca

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |
| Lisans | Adnan Menderes Üniversitesi | 30.05.2016 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Ünvan** |
| 20192017  | Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği FakültesiAdnan Menderes Üniversitesi International Dent Care  | İdari PersonelKoordinatör |
| 2016 | İzmir Türk-Arap Derneği  | Dernek Temsilcisi |
| 2015-2016  | Palmin Hoteller Grubu  | Otel Satış Pazarlama ve Rezervasyon Sorumlusu |
| 2014-2015  | Palmin Hoteller Grubu  | Acenta ve Rezervasyon Sorumlusu |
| 2013 | Turon9 Seyahat Acentası | Alanya Bölge Şefi |
| 2012 | Turon9 Seyahat Acentası | Kemer Bölgesi Otel Rehberi |
| 2011 | Turon9 Seyahat Acentası | Alanya Bölgesi Otel Rehberi |
| 201120102009 | Derici HotelLogic ToursBarone Di Mare | ResepsiyonistRezervasyon GörevlisiResepsiyonist |

**AKADEMİK YAYINLAR**

**1.** **MAKALELER**

xxx

**2. PROJELER**

xxx

**3. BİLDİRİLER**

xxx

**A) Uluslarası Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

xxx

**B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

xxx