



T. C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANA BİLİM DALI

**MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE AMELİYATI OLAN
BİREYLERİN BEDEN İMAJİ ALGISI, HASTA MEMNUNİYETİ VE YAŞAM
KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doktora Tezi

Yaşar DEMİR

Danışman

Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR

ALANYA

2023

T. C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE AMELİYATI OLAN
BİREYLERİN BEDEN İMAJI ALGISI, HASTA MEMNUNİYETİ VE YAŞAM
KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doktora Tezi

Yaşar Demir
Sağlık Turizmi Ana bilim Dalı
Sağlık Turizmi Doktora

Danışman
Doç. Dr. Saliha Özpınar

ALANYA
2023

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilemeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmamın Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Yaşar DEMİR

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başından sonuçlanma aşamasına kadar beni teşvik ederek desteklerini esirgemeyen Danışman Hocam Sayın Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR'a, uzun yol haritasını planlamada daima yardımcı olan Sayın Doç. Dr. İshak Suat ÖVEY'e, bugüne gelmemde emekleri olan ve kendilerinden ders aldığım tüm hocalarıma, saha çalışmalarında destekleriyle hep yanımda olan değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Saadettin BAYÇELEBİ ve Uz. Dr. Bahadır YAZICIOĞLU'na;

Çalışma boyunca bana her türlü kolaylığı sağlayan Samsun'un Sağlık Kurumu yöneticilerine;

Her zaman birlik ve beraberlik içerisinde çalıştığımız sınıf arkadaşlarıma;

Bu yola çıktığım ilk günden son güne kadar bana destekleriyle yardımcı olan eşim Serpil ile kızım Zümral Münevver'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE AMELİYATI OLAN BİREYLERİN BEDEN İMAJİ ALGISI, HASTA MEMNUNİYETİ VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşar DEMİR

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Haziran, 2023 (113 Sayfa)

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite insan vücudunda noral değerlerin üzerinde, bireylerin sağlığına olumsuz yönde etki edecek seviyede yağ birikmesi olarak tanımlanabilir. Obezite kompleks, multifaktöriyel bir hastalıktır ve gelişiminde genotip ve çevre koşullarının karşılıklı etkileşimi söz konudur. Obezite tek başına çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir veya beraberinde var olan bir sağlık sorununu ağırlaştırabilir. Özellikle hipertansiyon, koroner kalp hastalığı (KKH), diabetes mellitus (tip 2) gelişimi veya bazı malignitelerin insidansında artıştan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca fazla kilo veya obezite osteoartrit, uyku apnesi, solunum problemleri, safra kesesi hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, KKH, inme gibi sağlık sorunları ile ilişkili morbiditeyi artıran bir durum olarak kabul edilmektedir. Aşırı kilo aynı zamanda tüm nedenlere bağlı mortaliteyi de artıran bir durumdur. Son yıllarda obezite tedavisinde özellikle tıbbi beslenme tedavisi, davranışsal terapi tedavisi, egzersiz tedavisi ve farmakoloji tedavi ile başarıya ulaşamayanlar son olarak cerrahi tedaviyi tercih etmektedirler. Bununla birlikte cerrahi tedavi maliyetleri yüksek olduğu için bireyler bu hizmeti almak için ülkeleri dışına maliyetin daha düşük yerlere seyahat etmektedirler. Birçok sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle önlenmesi gereken önemli bir sağlık sorunu olan obezite, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini ve beden algısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu gerekçe ile planladığımız araştırmanın amacı, medikal turizm kapsamında obezite ameliyatı için ülkemizi tercih eden obez bireylerin beden imajı, hasta memnuniyetleri ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesidir. Araştırmanın

evreni, Samsun ilinde bulunan sağlık turizmi yetki belgesine sahip özel hastanelerde 2015-2022 yılları arasında obezite ameliyatı (Sleeve Gastrektomi, Gastrik Band, Gastrik Plikasyon, Roux-en Y Gastrik Bypass, Mini Gastrik Bypass, Tek Anastomozlu Gastrik Bypass, Duodenal Switch) olan 18 yaş üstü, mental yeterlilikte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden Türkçe ya da İngilizce bilen 329 medikal turistler oluşturmaktadır. Araştırmanın minimum örnek büyüklüğü prevalans %50 olarak ve yanılığı payı %5 ve %95 güven seviyesinde %80 güçle 178 olarak belirlendi. Araştırma veriler 4 form ile toplandı; kişisel bilgi formu, beden algısı ölçeği”, yaşam kalitesi ölçeği ve hasta memnuniyet ölçeği. Veriler 01.09.2021- 31.10.2022 tarihleri arasında çevrimiçi, yüz yüze ve bırak-topla yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve student t testi, ANOVA testi, korelasyon ve çoklu regresyon istatistik analiz yöntemleri kullanıldı. Çalışmaya katılanların %37,4’ü erkek, %62,6’sı kadın, %25,3’ü 41-50 yaş aralığındadır. Katılımcıların ameliyat öncesi BKİ 40,39 ve ameliyat %35,2’si Almanya’dan gelmiştir. Katılımcıların beden imajı algısı ortalaması 129,93±24,592, yaşam kalitesi ortalaması 27,01±4,004 ve hasta memnuniyeti ortalaması 66,813±8,872’dir. Çalışma elde edilen sonuçlara göre, hasta memnuniyeti yaş, eğitim durumu, aile türü, aylık geliri, gelir durumu, egzersiz yapma durumu kronik hastalık durumu ve beden imajı algısından etkilenmektedir ($p<0.05$). Yaşam kalitesinin ise medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile türü, gelir durumu, alkol kullanma, egzersiz yapma durumu beden imajı algısından etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç obezite operasyonu geçiren bireylerde beden imajı algısı ile hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon olduğudur. Bu sonuçlardan yola çıkarak obezite cerrahisi olan hastaların daha büyük bir katılım ile psikolojik faktörlerin incelenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Medikal Turizm, Obezite Cerrahisi, Beden İmajı Algısı, Hasta Memnuniyeti, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY IMAGE PERCEPTION, PATIENT SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE OF THOSE WHO HAVE OBESITY SURGERY WITHIN THE SCOPE OF MEDICAL TOURISM

Yasar DEMİR

Department of Health Tourism

Alanya Alaaddin Keykubat University, Graduate Education Institute

June, 2023

Obesity is one of the most important health problems of developed and developing countries. Obesity can be defined as the accumulation of fat in the human body above normal values, at a level that will negatively affect the health of individuals. Obesity is a complex, multifactorial disease and its development depends on the interaction of genotype and environmental conditions. Obesity alone can cause various health problems or aggravate an existing health problem. In particular, hypertension is blamed for the development of coronary heart disease (CHD), diabetes mellitus (type 2) or an increase in the incidence of some malignancies. In addition, overweight or obesity is accepted as a condition that increases morbidity associated with health problems such as osteoarthritis, sleep apnea, respiratory problems, gallbladder diseases, hypertension, diabetes, CHD, stroke. Being overweight is also a condition that increases all-cause mortality. In recent years, those who have not been successful in the treatment of obesity, especially with medical nutrition therapy, behavioral therapy treatment, exercise therapy and pharmacology treatment, finally prefer surgical treatment. However, since the cost of surgical treatment is high, individuals travel to places with lower costs to get this service. Obesity, which is an important health problem that should be prevented because it causes many health problems, also negatively affects the quality of life and body image of individuals. The match of the research we planned for this reason is to evaluate the demographic characteristics, body image, patient satisfaction and quality of life relationship of obese individuals who prefer our country within the

scope of medical tourism. The population of the research is those who had bariatric surgery (Sleeve Gastrectomy, Gastric Band, Gastric Plication, Roux-en Y Gastric Bypass, Mini Gastric Bypass, Single Anastomotic Gastric Bypass, Duodenal Switch) in private hospitals with health tourism authorization certificate in Samsun province between 2015-2022. It consists of 329 medical tourists who are over the age of 18, have mental competence and can speak Turkish or English. Research data were collected with 4 forms; personal information form, body image scale”, quality of life scale and patient satisfaction scale. Data were collected between 01.09.2021 and 31.10.2022 by online, face-to-face and drop-collect method. Descriptive statistics and student t test, ANOVA test, correlation and multiple regression statistical analysis methods were used in the evaluation of the data. 37.4% of the participants were male, 62.6% were female, and 25.3% were between the ages of 41-50. Preoperative BMI of 40.39 and surgery 35.2% of the participants came from Germany. The mean body image perception of the participants was 129.93 ± 24.592 , the mean quality of life was 27.01 ± 4.004 , and the mean patient satisfaction was $66,813 \pm 8.872$. According to the results obtained from the study, patient satisfaction is affected by age, education level, family type, monthly income, income status, exercise status, chronic disease status and body image perception ($p < 0.05$). It was determined that quality of life was affected by body image perception, marital status, education status, employment status, family type, income status, alcohol use, exercise status ($p < 0.05$). Another result obtained from the study is that there is a positive correlation between body image perception, patient satisfaction and quality of life in individuals who have undergone obesity surgery. Based on these results, it can be recommended to examine psychological factors with a larger participation of patients who have bariatric surgery.

Keywords: Medical Tourism, Bariatric Surgery, Body Image Perception, Patient Satisfaction, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY SAYFASI	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR.....	4
2.1. Sağlık Turizmi	4
2.1.1. Sağlık Turizminin Tanımı ve Kapsamı	4
2.1.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi ve Anadolu Tarihindeki Yeri....	6
2.1.3. Dünya’da Sağlık Turizmi	7
2.1.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi	10
2.1.5. Sağlık Turizmi Çeşitleri	11
2.1.5.1. Medikal Turizm	12
2.1.5.2. Termal Turizm	12
2.1.5.3. Wellness ve SPA Turizmi.....	14
2.1.5.4. Engelli ve İleri Yaş Turizmi	15
2.2. Medikal Turizmi	16
2.2.1. Medikal Turizm Kavramı	16
2.2.2. Dünyada Medikal Turizm.....	17
2.2.3. Türkiye’de Medikal Turizm	21
2.2.4. Medikal Turizmde Türkiye’nin SWOT Analizi	22
2.2.5. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler.....	24
2.2.6. Medikal Turizm ve Hasta Memnuniyeti	25
2.3. Obezite ve Medikal Turizmde Obezite Cerrahisi	27
2.3.1. Obezitenin Tanımı, Sınıflandırılması	27

2.3.2. Obezite Epidemiyolojisi	28
2.3.3. Obezite Etyolojisi	30
2.3.4. Obezite Tedavisi	31
2.3.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	31
2.3.4.2. Egzersiz.....	32
2.3.4.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	32
2.3.4.4. İlaç Tedavisi.....	33
2.3.4.5. Cerrahi Tedavi (Bariatrik Tedavi)	33
2.3.4.5.1. İntragastrik Balon.....	34
2.3.4.5.2. Gastrik Pacing (Gastrik Stimülasyon).....	34
2.3.4.5.3. Vertikal Band Gastroplastisi (VBG)	35
2.3.4.5.4. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB).....	35
2.3.4.5.5. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG)	35
2.3.4.5.6. Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS)	35
2.3.4.5.7. Mini Gastrik Bypass (MGB).....	36
2.3.4.5.8. Roux En Y Gastrik Bypass (RYGB).....	36
2.3.5. Obezite ve Beden Algısı.....	36
2.3.6. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi.....	37
2.4. Obezite ve Yaşam Kalitesi.....	41
2.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	41
2.4.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	42
2.4.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	44
2.4.4. Obezite	46
3. YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi.....	48
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	49
3.3. Veri Toplama Araçları	49
3.4. Araştırmanın Kısıtları	51
3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler	52
3.6. Verilerin Analizi	54
4. BULGULAR	56
4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	56

4.2. Ölçekler ve Puan Ortalamaları.....	60
4.3. Yaşam Kalitesi ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	60
4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Çoklu Regresyon Analizi	67
4.5. Hasta Memnuniyeti ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	68
4.6. Hasta Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler Çoklu Regresyon Analizi	74
4.7. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	75
4.8. Araştırma Hipotezleri ve Sonuçları	76
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	87
EKLER	102
EK-1 Anket Formları – (1)	102
EK-1 Anket Formları – (2) Memnuniyet Anketi (<i>Devam</i>).....	104
EK-1 Anket Formları – (3) Beden Algısı Ölçeği (<i>Devam</i>).....	105
EK-2 Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS)	106
EK-3 Satisfaction Survey.....	110
EK-4 Etik İzni.....	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 Medikal turizm tanımları	16
Tablo 2.2 2020-2021 yılı ülkelere göre medikal turizm potansiyeli sıralaması	19
Tablo 2.3 Kıtalara göre medikal turizm destinasyonları	20
Tablo 2.4 Beden kitle indeksine göre obezite sınıflandırılması	27
Tablo 2.5 Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar	33
Tablo 2.6 Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (IFSO) 2018 ışığında Dünya’da bölgelere en çok yapılan bariatrik işlemler	39
Tablo 2.7 Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ve bileşenleri	44
Tablo 3.1 Çarpıklık ve basıklık değerleri (Skewness and Kurtosis)	54
Tablo 4.1 Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n:182)	55
Tablo 4.2 Katılımcıların yeme-içme alışkanlıkları	57
Tablo 4.3 Katılımcıların diğer özellikleri	58
Tablo 4.4 Ölçekler ve Puan Ortalamaları	59
Tablo 4.5 Cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	59
Tablo 4.6 Yaş değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	60
Tablo 4.7 Medeni durum değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	60
Tablo 4.8 Eğitim durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	61
Tablo 4.9 Sosyal statü değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	61
Tablo 4.10 Aile türü değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	62
Tablo 4.11 Aylık gelir değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	62
Tablo 4.12 Gelir algısı değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	62
Tablo 4.13 Çocuk durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	63
Tablo 4.14 Kronik hastalık değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	63
Tablo 4.15 Engellilik durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	64
Tablo 4.16 Sigara durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	64
Tablo 4.17 Alkol kullanma durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	64
Tablo 4.18 Egzersiz yapma durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları	65

Tablo 4.19 Yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi	66
Tablo 4.20 Cinsiyet değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları ..	67
Tablo 4.21 Yaş değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	67
Tablo 4.22 Yaş değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	68
Tablo 4.23 Eğitim durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	68
Tablo 4.24 Sosyal statü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	68
Tablo 4.25 Aile türü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	69
Tablo 4.26 Aile türü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	69
Tablo 4.27 Gelir algısı değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	70
Tablo 4.28 Çocuk durumu değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	70
Tablo 4.29 Kronik hastalık değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	71
Tablo 4.30 Engellilik durumu değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	71
Tablo 4.31 Sigara durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	71
Tablo 4.32 Alkol kullanma durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	72
Tablo 4.33 Alkol kullanma durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları	72
Tablo 4.34 Hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi	73
Tablo 4.35 Beden imajı algısı, memnuniyet ve yaşam kalitesi, pearson korelasyon analizi	74
Tablo 4.36 Araştırma hipotezleri ve sonuçları	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Bireysel taleplere göre sağlık turizmi	4
Şekil 2.2 Turistlerin sağlık turizmine katılma amaçları	5
Şekil 2.3 Dünya’da sağlık turizminde öne çıkan destinasyonlar	8
Şekil 2.4 2012-2021 sağlık turisti sayısı	11
Şekil 2.5 Medikal turizm indeksi hizmet sınıflandırılması	18
Şekil 2.6 Türkiye’nin medikal turizmde rekabet edilebilirlik unsurları	21
Şekil 2.7 Medikal turizmde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler	26
Şekil 2.8 1975-2016 obez yetişkin kadın dağılımı	29
Şekil 2.9 1975-2016 obez yetişkin erkek dağılımı	29
Şekil 2.10 Obezite tedavisinde temel ilkeler	31
Şekil 2.11 Bariatrik ve metabolik cerrahi ameliyatı olanların motivasyon nedenleri	39
Şekil 2.12 Yaşam kalitesi ve hastalık etkileşimi WHO modeli	42
Şekil 2.13 Yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi	43

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ISQua	The International Society for Quality in HealthCare (Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Derneği)
JCI	Joint Commission International
M. Ö.	Milattan Önce
M. S.	Milattan Sonra
MTA	Uluslararası Medikal Turizm Derneği
OECD	Organizationfor Economic Co-operationand Development
SB	Sağlık Bakanlığı
SPA	Salus Per Aquam (Sudan Gelen Sağlık)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SWOT	Strengts, Weakness, Opportunites, Threats
TUSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu T
ÜRSAB	Türkiye Seyahat Acentaları Birliği
USHAŞ	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
WHO	World Heath Organization
WTO	World Tourism Organization
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

1. GİRİŞ

Kaliteli ve mutlu bir yaşam sürmenin önkoşulu bedensel, ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden sağlıklı olmaktır. Sağlık genellikle hasta olmamak olarak tanımlansa da Dünya Sağlık Örgütü tarafından “*sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda bedensel, ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2013).

Bireylerin herhangi bir hastalığının olmayışı “sağlıklı yaşam” kavramını tam olarak açıklayamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün de belirttiği gibi bireyin sağlıklı olması için bedensel, ruhsal, sosyal ve fiziksel olarak tam bir iyilik halinde olması şarttır. Çevresi ile sosyal bir varlık olan insan sürekli etkileşim halindedir ve çevresinde meydana gelen tüm olaylardan etkilenmektedir. Dolayısıyla kişinin çevresinde meydana gelen fiziksel ve biyolojik olayların yanında sosyal olaylar da insan sağlığını etkilemektedir. Bu etki olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilmektedir. Yoksulluk, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklara yakalanma ve gelişme geriliği gibi birtakım olumsuz olaylar sosyal ve kültürel faaliyetler sonucunda meydana gelmektedir. Toplumların en büyük zenginliğinin sağlıklı ve iyi yetişmiş insan gücü olmasından dolayı dünya tarihi boyunca tüm toplumlar sağlıklı olmaya özen göstermişlerdir (Temizkan, 2018)

Bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için birçok faktörün etkili olduğunu söyleyebiliriz. Sağlıklı hayatı etkileyen bu etkenleri fiziki sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, entelektüel sağlık ve çevresel sağlık olarak sınıflandırabiliriz. Fiziksel sağlık vücudumuzun sağlıklı kalması için fiziksel aktivitelerle beraber dengeli beslenme, alkol ve sigara kullanmama gibi davranışları içerir. Entelektüel sağlık yaşam boyu öğrenme kapsamında bireyin sürekli faaliyette bulunması olarak adlandırılabilir. Ruhsal sağlıkta dini inanışlar öne çıksa da doğa ile iç içe olmak başkalarına yardım etmek ruhsal sağlık kapsamında değerlendirilir. Çevresel sağlık, çevresel durumların bireyin sağlığı üzerine olan olumlu ya da olumsuz etkilerini kapsamaktadır. Sosyal sağlık ise bireyin kendi çevresiyle kurduğu ve sürdürebildiği olumlu ilişkileri kapsamaktadır (Powers & Dodd, 2009).

Bir insanın sağlıklı olması onun iyilik halini koruma altına alacak, geliştirecek ve sürdürebilecek karar almasına bağlıdır (Yalçın, 2006). Sağlık davranışı “Sağlık ve sağlık seviyesinin korunması, geliştirilmesi ve iyileştirmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Bu davranışlar dengeli beslenme, fiziksel hareketler sigara ve alkol kullanmama, hijyene dikkat etme ve sağlıklı ilişkiler kurma ile beraber stresten uzak durmayı kapsamaktadır

(Tambağ & Turan, 2012). Son yıllarda dünya üzerinde birçok insan sağlığını korumak, geliştirmek, rehabilite etmek ve tedavi olmak için kendi ülkesi dışında başka ülkeleri seyahat etmektedir. Bu durum bir turizm faaliyeti olarak değerlendirmekte ve sağlık turizmini ortaya çıkmasındaki en büyük etken olarak görülmektedir. İnsanlar ülkelerinde sağlık sisteminin gelişmemesi, teknolojik altyapı eksikliği, maliyetlerin yüksek olması ve termal kaynakların bulunmaması hem tatil yapıp hem de tedavi olmak amacıyla seyahat etmektedirler. Bu seyahatlerin hızla artması ile beraber sağlık turizmi büyümekte ve gelişmektedir (Baştürk & Sağlık, 2019).

Sağlık turizminin hızlı büyümesine bağlı olarak medikal turizmde hızla büyümeye devam etmektedir. Hastalar maliyetlerin yüksekliği, bekleme sürelerinin uzunluğu, teknolojik alt yapının yetersizliği gibi nedenlerle tedavi olmak için başka ülkelere seyahat etmektedirler (Rodrigues, Brochado, Troilo, & Mohsin, 2017). Medikal turizmde en çok tercih edilen tedaviler ise estetik ve plastik cerrahi, diş sağlığı hizmetleri, organ ve doku nakli, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi, ortopedik ve travmatolojik cerrahi, göz ameliyatları, infertilite ve obezite tedavisinde kullanılan bariatrik cerrahidir (Tengilimoğlu, 2017).

Obezite insan vücudunda noral değerlerin üzerinde, bireylerin sağlığına olumsuz yönde etki edecek seviyede yağ birikmesi olarak tanımlanabilir. Kişinin mevcut olduğu kiloları beslenme bozuklukları, çevresel etkiler, genetik faktörler ve psikolojik birçok etken ile etkileşim halindedir. Son yıllarda engellemez şekilde artan obezite sorununun genetik faktörlerden ziyade çevresel koşullar nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir (Moris, Beilharz, Maniam, Reichelt, & Westbrook, 2015).

Obezite DSÖ tarafından “*sağlığı bozacak şekilde vücutta yağ birikmesi*” olarak tanımlanmıştır (WHO, 1992). Obezite tanımlanırken parametre olarak beden kitle indeksi kullanılmaktadır. Beden kitle indeksi vücut ağırlığının (kg cinsinden) boy uzunluğunun karesine (cm cinsinden) bölünmesi ile elde edilir. BKI ≥ 30 -34,99 1. derece, ≥ 35 -39,99 2. derece, ≥ 40 olması 3. derece (morbid) obezite olarak sınıflandırılmaktadır (Demir & Özpınar, 2021)

Obezite bireylerin sağlığını olumsuz etkilediği gibi yaşam kalitesini ve beden algısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca obeziteye bağlı olarak bireylerde diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi, solunum hastalıkları ve kalp-damar hastalıkları gelişmektedir (Raaijmakers, Pouwels, Thomassen, & Nienhuijs, 2017). Bu durumun farkına varan bireyler son yıllarda obeziteden kurtulmak için birtakım tedavilere başvurumaktadırlar. Tıbbi beslenme tedavisi, davranışsal terapi tedavisi,

egzersiz tedavisi ve farmakoloji tedavi ile başarıya ulaşamayanlar son olarak cerrahi tedaviyi tercih etmektedirler. Cerrahi tedavi maliyetleri yüksek olduğu için bireyler ülkeleri dışına maliyetin daha düşük yerlere seyahat etmektedirler. Bu nedenle bu çalışmada obezite ameliyatı için seyahat eden hastaların beden imajı algısı, hasta memnuniyetlerinin ve yaşam kalitesi ilişkisi değerlendirilecektir.

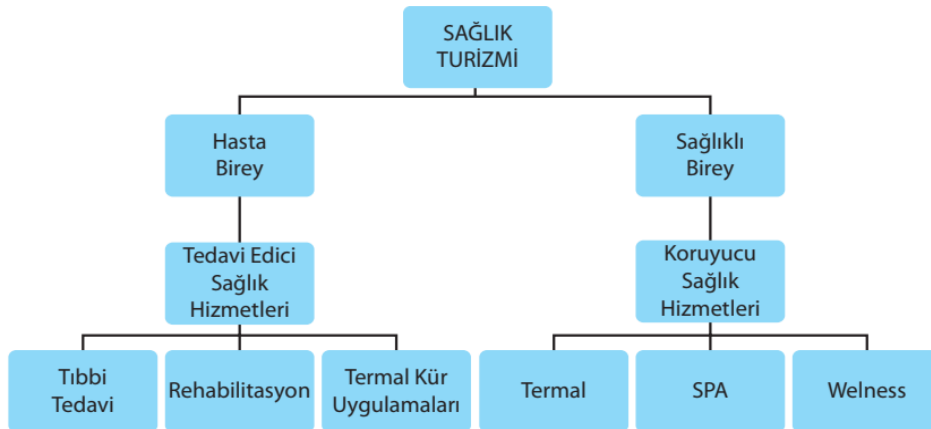
2. LİTERATÜR

2.1. Sağlık Turizmi

2.1.1. Sağlık Turizminin Tanımı ve Kapsamı

Turizm, dinamik yapısına bağlı olarak sürekli gelişmekte ve türleri zamanla değişip yenilenmektedir. Bu turizm çeşitlerinden biri de sağlık turizmidir. Sağlık turizmi hem sağlık hem de turizm sektörlerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Dolayısıyla sağlık ve turizmdeki değişim ve gelişmelere bağlı olarak sağlık turizmi de değişip gelişmektedir (Barca, Akdere & Gedik Balay, 2013). Bu değişim ve gelişmelere bağlı olarak bireyler çok çeşitli turizm faaliyetlerine katılmaktadırlar. Bundan dolayı bireylerin seyahat amaçlarını bilmek, turizmdeki gelişmeleri takip edebilmede önemli rol oynamaktadır (Temizkan, 2018).

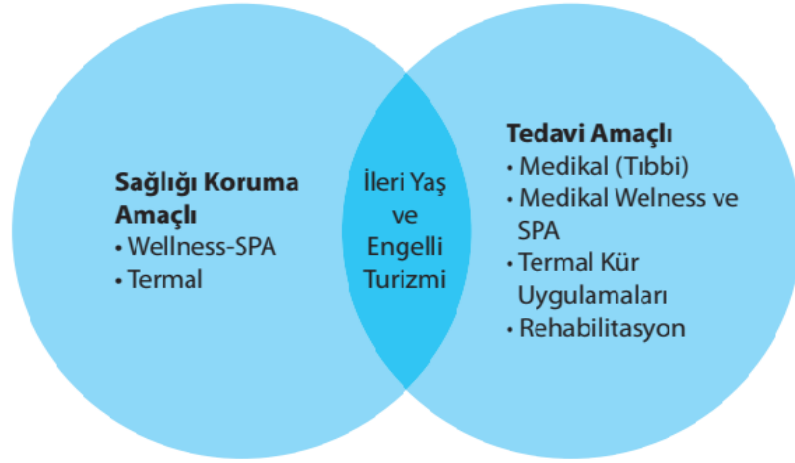
Sağlık turizmine katılan bireyler, hastalıklarını tedavi ettirmek, sağlıklarını korumak veya sağlıklarını geliştirmek amacıyla seyahat etmektedirler. Bundan dolayı sağlık turizmine katılan bireyleri sağlıklı birey ve hasta birey olarak iki grupta toplayabiliriz. Sağlık turizmine katılacak olan bu bireylerin alacakları hizmetlerin kapsamını hastalığı olanlar için tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlıklı olanlar için ise koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirebilmektedir. Yani hastaların sağlık turizmine katılma nedeni tedavi olmak sağlıklı olanların ise sağlıklarını korumak ve geliştirmektir. Hastalar hastalıklarının türlerine göre tıbbi hizmetleri, kür uygulamalarını veya rehabilitasyon hizmetlerini tercih ederler. Sağlıklı bireyler ise sağlıklarını korumak ve geliştirmek için termal, SPA ve wellness uygulamalarından yararlanmaktadırlar. Bu nedenle Şekil 2.1’de sağlık turizmine katılanların talep ettikleri hizmetler gösterilmiştir.



Şekil 2.1 Bireysel taleplere göre sağlık turizmi

(Kaynak: Temizkan & Çiçek, 2015)

Sağlık turizmi kapsamındaki koruyucu sağlık hizmetleri, termal, SPA ve Wellness turizmidir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise medikal turizm ve termal turizm kapsamındaki kür uygulamalarıdır. Ayrıca sağlık turizmi kapsamında yer alan İleri yaş ve engelli turizmi ise termal, SPA ve Wellness ile medikal turizmi talep eden turistlerin oluşturduğu turizm çeşididir. Bu nedenle turistlerin sağlık turizmine katılım amaçları Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.2 Turistlerin Sağlık Turizmine Katılma Amaçları

(Kaynak: Temizkan & Çiçek, 2015)

Sağlık turistleri rahatlamak için SPA hizmetlerinden yararlanırken esenliklerine katkı sağlamak içinde Wellness hizmetlerinden faydalanmaktadırlar (Cooper & Cooper, 2009). İnsanlar sağlıklarını korumak ve geliştirmek için termal, wellness ve SPA hizmetlerini kullanmaktadırlar. Çünkü uzun yıllardır sağlığın korunması, geliştirilmesi ve rehabilite edilmesinde termal suların şifalı özelliğinden yararlanılmaktadır. Bununla birlikte bazı termal tesislerde hekim kontrolünde çeşitli rahatsızlıkların tedavisi yapılmaktadır. Bu uygulamalar “Termal Kürü” veya “Kaplıca Kürü” olarak adlandırılmaktadır. Termal kür işlemleri doğal kaynakların bulunduğu yerlerde iklimsel faktörlerle beraber yapılan kombine tedavidir. Hekimler başta romatizmal hastalıklar olmak üzere cilt hastalıkları, hazım rahatsızlıkları vb. gibi birçok rahatsızlıkların tedavisi için kaplıca kürü önerilmektedir (Karagülle, Karagülle, & Doğan, 2011). Medikal SPA’ lar sağlık kliniği ile SPA’nın birleşimidir. Buralarda hekim gözetiminde hemşire, estetsiyen, diyetisyen ve masörler çalışmaktadır. Bu merkezlerin amacı hastalıkları iyileştirme yanında kendini iyi hissetme ve vücut şekillendirme gibi yaşam kalitesini yükseltici işlemleri yapmaktır. Dolayısıyla buralarda akupunktur, botoks, cilt bakım hizmetleri, zayıflama, saç ekimi gibi hizmetler sunulmaktadır (Temizkan, 2018).

2.1.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi ve Anadolu Tarihindeki Yeri

Sağlık turizminin tarihi uzantısı M.Ö. 4000’lerde ilk kentsel yaşamın temelini atan Sümerlere kadar uzanmaktadır. Sümerler döneminde kentsel yaşamın gelişmesi ile beraber insanların bir araya toplandıkları bölgeler meydana gelmiştir. Bu durum turizmin gereklerinden biri olan bir yerden ayrılıp aynı yere geri dönme eylemi için altyapıyı oluşturmuştur. M. Ö 2000’lerde günümüzde İsviçre sınırları içinde bulunan St. Moritz olarak bilinen bölgede yerleşik olan kabileler demir minerali bakımından zengin kaynaklı sulara banyo yapmanın ve bu suyu içmenin sağlığa olan faydasını tespit ettiler. Bu su içmek için kullandıkları tunç kaplara aynısının Fransa ve Almanya’da rastlanması, bu medeniyetler arasında bir sağlık seyahatinin kanıtı olarak görülmektedir (Kozak, Evren, & Çakır, 2013).

Sağlık turizminin temelleri atan ilk medeniyet eski Yunanlar’dır. Yunan medeniyetine ait olan Asklepios Tapınakları dünyanın ilk sağlık merkezi olarak kabul edilmektedir. Olimpos dağında bulunan Zeus Tapınağı ve Delfi Tapınağı o dönemlerdeki sağlık merkezlerindedir. M.Ö 10. yüzyılda tıbbi tedavi uygulaması olarak kullanılan ayurveda ve yoğa’nın yaygınlaşması da sağlık turizmini geliştirmiştir (Ceyhan & Yiğit, 2016).

Romalıların bazı hastalıkları şifalı suların iyileştirdikleri, bu sularla savaşlarda yaralanan ya da yorulan askerleri zindeleştirdikleri ve fethettikleri her bölgede şifalı sular üzerine sağlık tesisleri kurdukları bilinmektedir. Roma’da ılıca adı verilen sıcak su banyoları sadece sağlık tesisi olarak değil, aynı zamanda üst düzey Romalılar için eğlenilen, spor yapılan ve dinlenen alanlara dönüştürülmüştür. Aynı zamanda bu yerler toplantı alanları olarak kullanılmıştır (Ertuğrul, 2009).

Orta Çağda tapınak olarak kullanılan yerler daha sonra klinik tedavi uygulayan şifahanelere dönüştürülmüştür. Japonya’da “onsen” adı verilen mineral kaynaklar zamanla tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Bu durumun farkına varan savaşçı kavimler savaşlardan sonra bu bölgelere seyahat ederek tedavi olmaya başlamışlardır. 1248 yılında ise zamanın en gelişmiş hastanesi olan Mansuri Hastanesi Kahire’de kurulmuştur. Bu hastane din ve ırk fark etmeksizin 8000 kişiye hizmet verecek kapasiteydi (Demir D. 2013).

Rönesans dönemi (14-17. yy) Avrupa’da yalnızca kültür ve sanatın yeniden doğduğu değil aynı zamanda sağlık turizminin gelişmeye başladığı dönemdir. 1326 yılında Ville d’Eaux ya da sular kasabası olarak bilinen yerin zengin su kaynakları olduğunun keşfedilmesi ile bu bölge tüm Avrupa’da ünlü olmuştur. Kökeni Romalılar olan “salus per aquam” (sudan gelen sağlık” “SPA” kelimesinin ilk bu bölgede

kullanıldığı iddia edilmektedir. Böylece 16. yy'de zengin Avrupalılar Roma banyolarını yeniden keşfetmiştir. Amerika kıtasının keşfedilmesinin hemen ardından Avrupa'daki sağlık yolcuları için yeni sağlık bölgelerinin yolu açılmış oldu. Amerika'da yerlilerinin şifa ve iyileştirme konusunda ustalıklarının keşfedilmesiyle beraber bu yolculukların sayısı artmaya başlamıştır (Kozak, Evren, & Çakır, 2013).

Endülüs Emevî Devleti tarafından kurulan Kurtuba, Fas ve Gırnata Üniversiteleri tarafından Batıya ilim ve fen yayılmıştır. Kurtuba'da kurulan ilk tıp fakültesi hem büyük hem de mükemmel olmasının yanısıra Avrupa'da kurulan ilk tıp fakültesi özelliğini taşımaktadır. Avrupa Kralları ve zenginleri tedavileri için Kurtuba'ya seyahat etmişlerdir. Büyük Selçuklu Devleti ve ardından kurulan Anadolu Selçuklu Devleti birçok şifahane yanında cüzzamlılar için cüzzam haneler ve kaplıca tesisleri kurmuşlardır. Bu devletlerin yıkılmasının ardından kurulan Anadolu Beylikleri de Osmanlı Devleti kurulana kadar bu geleneği devam ettirmişlerdir. İslam Tarihinde ise ilk hastaneler Emevî Halifesi el-Velid tarafından kurulmuştur. Bu hastanelerde cüzzamlılar, amalar ve bulaşıcı hastalığı olanlar ücretsiz olarak tedavi edilmekteydi. Ayrıca bu hastanelerde tıp bilimi ile ilgili teorik eğitimlerde verilmekteydi (Terzioğlu, 1970).

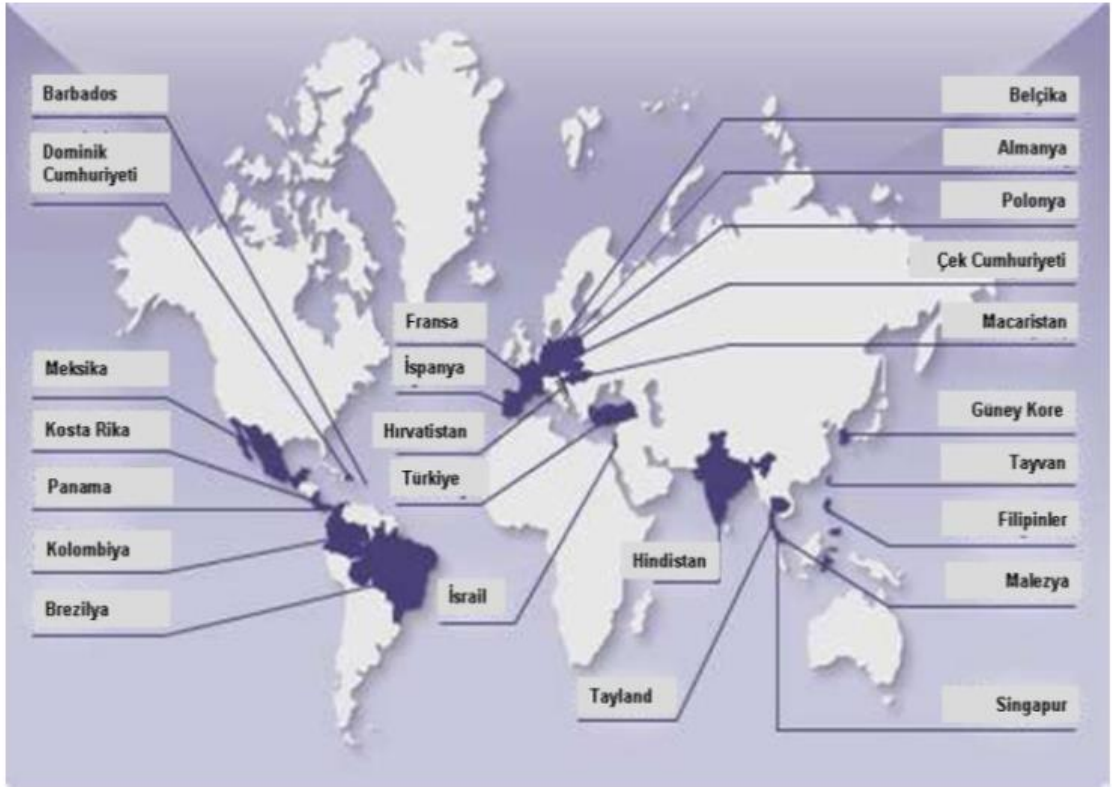
1900'lü yıllarda özellikle Hindistan sağlık turizmi için önemli bir durak haline gelmiştir. Amerikalı, Avrupalı sosyete özellikle ayurveda ve yogayı yeniden keşfederek zinde kalmak sağlıklı olmak için Hindistan'a seyahatler gerçekleştirmişlerdir. 1980-1990 yıllarda gelişen teknoloji ile berabere sağlık hizmeti maliyeti hızla artmıştır ve insanlar yeni arayışlara girmişlerdir. Özellikle Avrupa ve Amerika'da tıp eğitimi alan hekimlerin çalıştığı İngiliz milletler Birliğine bağlı ülkelere doğru sağlık seyahatleri artmıştır. Bu seyahatler birçok gelişmekte olan ülkenin dikkatini çekmiş ve sağlık turizmine olan yatırımlar artmıştır. Özellikle Amerika kıtasında Kosta Rika dış tedavisinde boşluğu doldurarak büyük ekonomik kazançlar elde etmiştir. Ülkemizde ise sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık turizmi ile ilgili yeni politikalar geliştirilerek Dünya'da ilk 10 destinasyon arasına girmek için yeni yatırımlar yapılmaktadır. Özellikle son dönemlerde açılan şehir hastaneleri bunun en büyük göstergesidir (Tontuş, 2021).

2.1.3. Dünya'da Sağlık Turizmi

Sağlık turizminin tarihsel gelişimi ile ilgili yapılan çalışmalar sağlık turizminin farklı tarihlerde ortaya çıktığını göstermektedir. Aydın (2012) yaptığı çalışmada sağlık turizminin geçmişini "Eski Yunanlılarda hastalar termal su tedavisi için Akdeniz ülkelerine gitmekte iken, 18. yüzyıldan sonra Avrupalı zenginlerin termal tedavi için

Nil'e gittiğini, 21. yüzyılda ise hastaların bekleme süresinin kısalığı, sağlık hizmeti kalitesi, maliyetlerin düşüklüğü vb. nedenlerle gelişmekte olan ülkelere gittiklerini” ifade etmiştir (Aydın, 2009).

Dünyada sağlık turizm pazarının gelişmesi ve büyümesinin sebepleri arasında; sağlık hizmeti maliyetlerindeki artış, yaşlanan nüfus, yüksek ücretler, sağlık sistemlerinden kaynaklanan sorunlar sayılabilir. Bu nedenlere bağlı olarak dünya genelinde sağlık turizmi 100 milyar \$'lık bir hacimle önde gelen alternatif turizm pazarlarından biri olmuştur. Bu pazardan yeteri kadar pay almak isteyen birçok ülke sağlık turizmine yatırım yapmaya başlamıştır (Dikmetaş Yardan, Dikmetaş, Çoskun Us, & Yabana, 2014). Bu ülkeler aşağıda dünya haritası üzerinde gösterilmiştir.



Şekil 2.3 Dünya’da sağlık turizminde öne çıkan destinasyonlar

(Kaynak: Metin, 2021)

Almanya Avrupa ülkeleri arasında termal açısından önemli bir konuma sahiptir. Almanya’da 263 termal belgeli tesis bulunurken bu tesislerin yatak kapasitesi 750.000’dir. Son yıllarda özellikle Çekya ve Slovakya termal turizmde atak yaparak 60’a yakın termal tesis kurmuşlar ve bu tesislerde 500.000’e yakın hasta tedavi edilmiştir. Bunların yanında Fransa’da 104, İspanya’da 128 ve İtalya’da 360 adet termal tesis bulunmaktadır. Rusya’da ise çok sayıda termal tesis bulunmakta olup bu tesisler yılda

ortalama 8 milyon turist ağırlamaktadır. Güney Doğu Asya’da ise Japonya’da 1500 adet termal tesiste 100 milyon geceleme yapılmaktadır (Dikmetaş Yardan, Dikmetaş, Çoskun Us, & Yabana, 2014). Yine Avrupa’da Macaristan dış sağlığı turizmi başta olmak üzere plastik cerrahi ve saç ekiminde Avrupa’nın en önde gelen destinasyonu olmuştur (Aktepe, 2013).

Asya kıtasında ise özellikle Hindistan, kaliteli sağlık hizmeti ve ucuz fiyatlarla son yıllarda sağlık turistlerinin önde gelen destinasyonlarından biri olmuştur. Hindistan’da bulunan hastanelerin standartlarının Amerika ve Avrupa kalitesinde olması, hekimlerin eğitimlerinin İngiltere alması, tedavilerin çok kısa sürede tamamlanması ve uygun fiyatlı olması nedeniyle Hindistan’ı bu alanda güçlü kılmaktadır (BAKA, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılındaki raporunda Asya’nın en iyi sağlık sistemine sahip ülkesi olarak teyit edilen Singapur, medikal turizmin en önemli destinasyonlarından biridir (Lee, 2010). 2000’li yıllardan sonra özellikle Çin, Endonezya, Malezya, Güney Asya ve Orta Doğu’dan büyük miktarda turist çekmektedir. Sağlık turizminin devlet politikası haline geldiği bu ülkelerde hizmet kalitesi oldukça yüksektir ve özellikle hijyen konusunda ileri seviyeye ulaşmıştır. Yine Singapur’da bulunan hastanelerin birçoğu JCI tarafından akredite edilmiştir. Ayrıca bu bölgede bulunan Malezya son yıllarda özellikle medikal turizmde hızlı bir gelişme göstermiştir. Özellikle Yeni Zelanda ve Avustralyalı hastaların vazgeçilmez destinasyonu haline gelmiştir (Cohen, 2008). Sağlık turizminde en iddialı ülkelerden biri de Tayland’dır. Özellikle cinsiyet değiştirme ameliyatları, kozmetik işlemler ve organ nakli ameliyatlarında dünyanın önde gelen destinasyonları arasına adını yazdırmıştır. Bu ülkede sağlık turizminin gelişmesinde devlet teşvikleri önemli bir yer kaplamaktadır (Lee, Han, & Lockyer, 2012).

Orta Doğu bölgesinde özellikle Ürdün, dış tedavisi, organ nakli, kardiyoloji ve ortopedik ameliyatlarda son yıllarda adından söz ettirmeye başlamıştır. Suudi Arabistan ise dış sağlığı hizmetleri ve estetik plastik cerrahide Hac ziyaretleri ile diğer körfez ülkelerinden gelen hastalar için bağlantı noktası olmaya çalışmaktadır (Connell, 2006).

Amerika kıtasında ise Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık sigortalarının pahalı olması ve her tedaviyi karşılamamasından dolayı sağlık turizmine yatırım yapan Meksika ve Kosta Rika ön plana çıkmıştır. Kosta Rika özellikle dış sağlığı turizminde cazip fiyatları ile dikkati çekerken Meksika estetik cerrahide ön plana çıkmaktadır (Tengilimoğlu D. , 2017).

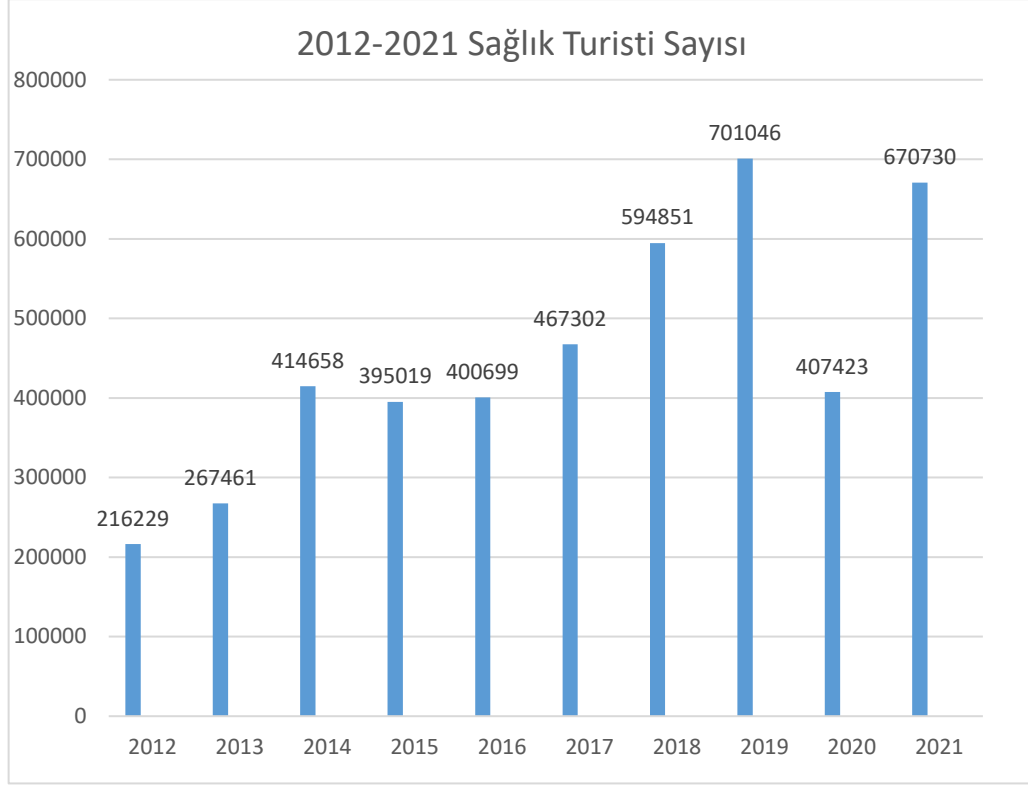
2.1.4. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Türkiye’de sağlık turizmi 1990’lı yılların sonuna doğru konuşulmaya başlanmıştır. Özellikle 1980 ve 1990’lı yıllarda Türk sağlık sisteminde çok fazla kronik sorunlar olduğu görüldü. Bu dönemde özellikle finansman, sigorta ve sosyal güvenlik sisteminin karmaşıklığı başlıca sorunlar arasındaydı (Kılınç, 2017). Bu sorunlar nedeniyle maddi gücü yerinde olan vatandaşlar tedavi için Avrupa ve Amerika’ya gitmekteydiler. Bu sorular hükümetin dikkatini çekti ve sağlıkta dönüşüm programı ile yeni sağlık politikaları oluşturuldu. Bu politikalar kalkınma planlarında yerini aldı ve sağlık turizmi de böylece kalkınma planlarına girmiş oldu (Güvenek, 2015).

2014-2018 yılları arasını kapsayan 5 yıllık kalkınma planında sağlık turizmi hedefleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2013);

- “Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması”,
- “Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması”,
- “Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi”,
- “Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması”,
- “750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi”,
- “Medikal turizmde 5.6 milyar dolar gelir elde edilmesi”,
- “İleri yaş turizminde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması ileri yaş turizminde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi”,
- “İleri yaş turizminde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi”dir.

Türkiye sağlık turizminde istediği konuma ulaşmak için 2018 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hazine ve Maliye Bakanlığı altında çalışacak Uluslararası Hasta Hizmetleri Anonim Şirketini (USHAŞ) kurmuştur (Resmi Gazete, 2018). Ülke içinde sağlık turizmi yapmayı hedefleyen tüm kurum ve kuruluşların USHAŞ’tan yetki belgesi alması zorunlu hale getirilmiştir. USHAŞ verilerine göre 2012-2021 yılları arasında ülkemize gelen sağlık turistleri sayısı aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 2.4 2012-2021 sağlık turisti sayısı

(Kaynak: USHAŞ, Uluslararası Hasta Hizmetleri Anonim Şirketi, 2022)

Şekil 2.4 incelendiğinde 2012 yılında 216.229 olan sağlık turisti sayısı yıllar içinde artarak 662.087'ye ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı 2023 yılında ise 1.000.000 sağlık turistine ulaşmayı hedeflemektedir. 2018 yılında sağlık turistlerinden elde edilen gelir 1.110.843 bin \$ gelir elde edilmiştir. 2019 yılında ise 662.087 sağlık turistinden 1 milyar 65 milyon 105 bin \$ gelir elde edilmiştir. 2020 yılında ise ülkemizi 407.423 sağlık turisti ziyaret etmiş bu ziyaretlerden 1 milyar 164 milyon 799 bin \$ gelir elde edilmiştir. 2021 yılında ise bu gelir 1 milyar 726 milyon 073 bin \$'dır. (USHAŞ, 2022).

USHAŞ 2019 yılı verilerine göre ülkemize sağlık turisti en çok Irak, Azerbaycan ve Türkmenistan'dan gelmiştir. Bu turistlerin en çok ziyaret ettiği iller ise İstanbul, Ankara, Antalya, İzmir, Erzurum ve Yalova olmuştur (USHAŞ,, 2020).

2.1.5. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi en geniş anlamda “*kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacıyla seyahat eden insanların oluşturduğu turizm*” olarak tanımlanmaktadır (İçöz, 2009). Sağlık turizmi; hedef pazardaki turistlerin beklenti ve ihtiyaçları, tedavi yöntemleri, kullanılan kaynakların farklılığı ile 4 alt bölüme ayrılmaktadır (Şahin & Tuzlukaya, 2017)

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

2.1.5.1. Medikal Turizm

Medikal turizm son yıllarda gösterdiği hızlı büyüme ve gelişmeyle sağlık turizmi ile eş anlamlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Alan yazında medikal turizmin birçok tanımı yapılmıştır (Demir, Baştürk, & Övey, 2020). Connell (2006) tarafından medikal turizm “*hastaların deniz aşırı ülkelere tıbbi tedavi almak amacıyla yapmış oldukları seyahatlerdir*” diye tanımlanırken, Cohen (2012) tarafından “*bir hastanın tedavi alabilmek için kendi ülkesi dışında başka bir ülkeye seyahati olarak*” tanımlanmaktadır (Connell, 2006; Cohen, 2012).

Medikal turizm seyahatleri daha önceleri az gelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere yapılırken son yıllarda gelişmiş ülkelere az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere doğru kaymıştır (Demir, Baştürk, & Övey, 2020). Bu durum az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere yeni bir niş pazar oluşturarak turizm endüstrisinin farklılaşması için fırsat sunmaktadır (Yeoh, Othman, & Ahmad, 2013). Hastaların buldukları bölgeden başka bölgelere seyahat etme nedenleri arasında maliyetlerin yüksek olması, sağlık hizmet kalitesinin düşük olması, teknolojik eksiklikler, bekleme sürelerinin uzunluğu, bazı tedavilerin sigorta kapsamı dışında olması gibi nedenler sayılabilir (Lee, Han, & Lockyer, 2012).

2.1.5.2. Termal Turizm

Termal turizm; Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015) tarafından “*termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan tedavi uygulamaları yanında termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türü*” olarak tanımlanmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2015).

Termal turizm, dinlenme ve tedavi amaçlı olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Turistlerin gittikleri ülkenin jeotermal kaynaklarından ve doğal güzelliklerinden eğlence, dinlenme ve rahatlama vb. gibi amaçlarla yararlanması sağlığı korumaya yönelik

dinlenme amaçlı termal turizm olarak değerlendirilmektedir. Hekim tarafından tanısı ve endikasyonu konulmuş hastalıkların tedavisi için termal tesislerden yararlanmak ise tedavi ve iyileşme amacıyla gelen turistleri kapsamaktadır (Temizkan, 2018).

Termal turizm, turizmin çeşitlendirilmesi, diğer turizm türleri ile entegrasyon sağlaması açısından büyük bir avantaj sağlar. Etrafında dağ ve orman bulunan termal kaynak, doğa ve çevre açısından çekici bir özelliğe sahip olduğu için buradaki termal turizm faaliyetleri dağcılık aktiviteleri ile zenginleştirilebilecektir. Benzer şekilde etrafında tarihi ve kültürel zenginlikler bulunan termal kaynaklar ise kültür turizmi ile bir arada sunulurken zenginleştirilebilmektedir (Erdoğan & Aklanoğlu, 2008). Termal turizmin önemini benzer nedenlerle şu şekilde sıralayabiliriz (Zengin & Eker, 2016):

- 12 ay boyunca yapılabilir.
- Tesislerde yüksek doluluk oranı sağlanabilir.
- İstihdama doğrudan ve dolaylı olarak büyük katkı sağlar.
- Diğer turizm çeşitleri ile zenginleştirildiği için bölgesel farklılıkların azaltılmasını sağlar.
- Termal tesisler insan sağlığını iyileştirmesinin yanında zindelik, eğlence ve dinlenme hizmeti olanaklarını sağlar.
- Termal kaynaklara sahip olup turistik çekiciliği olmayan bölgelere ekonomik katkı sağlar.
- Termal kür merkezi entegrasyonuna sahip tesisler, maliyetlerini hızlı geri ödeyen karlı ve rekabet gücüne sahip yatırımlardır.
- Termal kaynakların etkinliğinin farkına varan ülkeler termal turizme yatırım yaparak ülkelerine döviz girdisi sağlayarak, dünya turizminde yer bulmaktadırlar. Termal turizmin sahip olduğu özellikleri ise şöyle sıralamak mümkündür (Zengin & Eker, 2016):
- Termal turizm sağlıklı ve hasta bireylere hizmet veren bir turizm çeşididir.
- Bir yerde termal turizmden bahsetmek için o bölgede termal kaynağın bulunması şarttır.
- Nemli, rüzgârlı ve güneş görmeyen yerlerde tesis kurulmaz.

- Bir termal kaynak jeolojik, hijyenik, sağlık ve estetik bütün özellikleri taşımalıdır.
- Termal turizm 12 ay boyunca yapılabilir.
- Termal turizm uzmanlık gerektiren bir turizm türüdür.
- Termal turizm yüksek ekonomik katkı sağlayana bir turizm çeşididir.
- Termal turizmde iyileşme süreci diğer turizm çeşitlerine göre daha uzundur.
- Termal turizm işletmelerinin maliyetleri daha yüksektir.
- Termal turizm davranış değişikliği yaratan bir turizm çeşidi olduğu için daha sonraki yıllarda da tercih edilebilir.

2.1.5.3. Wellness ve SPA Turizmi

Wellnes; “well-being ve fitness” sözcüklerinin birleşiminden türetilen, beden, ruh ve zihni dengede tutarak üst seviyeye çıkaran sağlık turizm dalıdır (Ergüven, 2012). Wellness ile beraber anılan SPA ise “sudan gelen sağlık” anlamına gelmekte olup koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlığı korumaya yönelik uygulamaları içermektedir. SPA’larda doğal mineralli ya da termal suyun yerine bazen eşme suyu ve bu suya karıştırılan mineral tuzlar veya aromatik esanslar da (Karagülle, Karagülle, & Doğan, 2011). Bundan dolayı termal turizm termal suya bağımlı iken SPA “su” ya dayalı olsa da hem içerik hem de mekn olarak daha esnek bir kullanıma sahiptir (Ergüven, 2012).

Günümüzde SPA ve Wellness turizmi sadece sağlığı ve görünümü iyileştirmenin ve stresi ortadan kaldırmannın bir yolu olarak görülmüyor, aynı zamanda diğer insanlarla taņıřmanın ve yeni arkadaşlar edinmenin bir yolu olarak görülmektedir. Bu nedenle SPA ve Wellness turizmi gevşeme, tedavi, memnuniyet, rehabilitasyon ve sosyalleşmeyi içerek Şekilde genişlemiştir (Koh, Yoo, & Boger, 2010).

SPA’lar Uluslararası SPA Birliğince yedi kategoriye ayrılmaktadır (Sağlık Turizmi Rehberi, 2009);

- **Kulüp SPA:** Fitness gibi sağlık hizmetlerinin sunulduğu kulplerdir.
- **Kruvaziyer SPA:** Kruvaziyer gemide hem SPA hem de Wellness hizmetlerinin sunulduğu kulplerdir.

- **Günlük SPA:** Günlük profesyonel SPA hizmetlerinin sunulduğu en yaygın SPA türüdür.
- **Destinasyon SPA:** Fiziksel sağlık ve eğitim amaçlı profesyonelce yönetilen hizmet programlarıdır.
- **MediSPA:** Öncelikle amacı geniş kapsamlı sağlık ve wellness bakımlarını, geleneksel SPA hizmetleri ve tamamlayıcı tedavilerin bütünleştirildiği bir ortam sağlamak olup tıbbi SPA profesyonelleri tarafından yapılan uygulamaları kapsar.
- **Resort SPA otel:** Bir tatil yeri veya otel içinde profesyonelce yapılan SPA hizmetlerini kapsamaktadır.

2.1.5.4.Engelli ve İleri Yaş Turizmi

İleri yaş, çalışma hayatı sonrası aktif yaşam oranının artması, doğumda sonrası beklenen yaşam sürelerinin yükselmesi, gelir durumunun yükselmesi ve büyüme ve gelişme potansiyelinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı dikkat çekici bir niş pazardır. Günümüzde yaşlı nüfusun hızlı artması sosyal hak ve düzenlemeler sayesinde hayat kalitelerinin ve standartlarının yükseltilmeye çalışıldığı engelli bireyler, turizm sektörünün odak noktası haline gelişmiştir. Dünya turizm örgütü tarafından dinlenme hakkının temel insan hakkı olduğu ve turizmin insan sağlığına hizmet eden temel bir ihtiyaç olduğu öngörülmektedir. Dünya turizm örgütü, 13. Genel kurul toplantısı sonucunda belirlenen Turizmde Global Etik İlkeler kapsamında “*Turizm faaliyeti insan haklarının, özellikle çocuk, yaşlı, engelli, etnik azınlıklar gibi daha savunmasız grupların bireysel haklarının gelişmesine katkı sağlamalıdır ve turizme katılma hakkı çerçevesinde “dünyanın sahip olduğu değerler tüm insanlara açıktır”*” denilmektedir (Tengilimoğlu & Gürcü, 2017).

Sağlık hizmetlerinde ücretlerin çok yüksek olduğu ülkelerde ikamet eden 65 yaş ve üstündekilerin bakım, sağlıklı yaşlanma ve tedavi amacıyla ücretlerin daha düşük olduğu destinasyonlara yapmış oldukları seyahatler ileri yaş turizmini oluşturmaktadır (BAKA, 2013).

2.2. Medikal Turizmi

2.2.1. Medikal Turizm Kavramı

Sağlık turizmi çeşitlerinden biri olan medikal turizm son 20 yılda göstermiş olduğu hızlı büyüme ile beraber sağlık turizmi ile eş anlamlı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Sevim & Sevim, 2019). Medikal turizm ile ilgili literatürde birçok tanım bulunmaktadır. Aşağıda Tablo 2.1’de bu tanımlara yer verilmiştir.

Tablo 2.1 Medikal turizm tanımları

Yazar	Tanım
Connell, 2006, s. 1093	Medikal turizm, hasta bireylerin deniz aşırı ülkelere tıbbi tedavi almak için yapmış oldukları seyahatlerdir.
Bookman ve Bookman, 2007, s. 1	Medikal turizm, hizmet alışverişi gerektiren, sağlık ve turizm sektörlerinin bir araya gelmesini temsil eden ekonomik bir aktivitedir.
Lee ve Spisto, 2007: 1	Medikal turizm, medikal turistlerin iyi ve sağlıklı olmaları için medikal prosedürler ve aktiviteler içeren seyahatlerdir.
Jose ve Sachdeva, 2010, s. 376	Medikal turizm, düşük ücretlerle, başka bir ülkedeki gelişmiş sağlık kurumlarında tedavi olmak veya cerrahi işlemler yaptırmak amacıyla yapılan seyahatleri içermektedir.
Cohen, 2012, s. 9	Medikal turizm hasta bir bireyin tedavi olmak amacıyla ikamet ettiği ülkeden başka bir ülkeye seyahati olarak tanımlanmaktadır.
Hudson ve Li, 2012, s. 229	Medikal turizm, tıbbi, diş ve cerrahi tedavileri almak amacıyla başka ülkelere yapılan seyahat süreci olarak tanımlanmaktadır.

Kaynak: Buzcu & Birdir, 2019.

Medikal turizm son yirmi yıl içinde büyük bir gelişme gösteren niş bir pazardır. Büyüme ve gelişmesine devam eden medikal turizm milyarlarca dolarlık bir hacime sahip olmakla birlikte bu pazardan yeterli ekonomik gelir elde etmek isteyen ülkeler yoğun bir rekabet içindedirler (Sandberg, 2017). Bu sektörün Pazar büyüklüğü net olarak bilinmemekle beraber Patients Beyond Borders (2019), dünya genelinde 20-24 milyon medikal turistin seyahat ettiğini bildirmektedir (Borders, 2020). Dünyadaki medikal turist sayısının yılda %25 oranında artması beklenmektedir. Her bir medikal turistin ziyaret başına ortalama 3.800-6000 dolar olduğu tahmin edilmektedir (Dalen & Alpert, 2019). Jenner’e (2008) göre, medikal turizm, ekonomi, teknoloji, kültür ve diğer küresel ilişkilerin kesişim noktasında yer almasından dolayı, küresel olarak da tıbbın geleceğini şekillendirmede önemli bir rol üstlenecektir (Jenner, 2008). Sandberg (2017), medikal turizmi üçe ayırmaktadır. Bunlar;

Uluslararası Medikal Turizm:

Başka bir ülkeye tıbbi tedavi için yapılan seyahatleri içermektedir.

İç Medikal Turizm:

Bu terim kendi ülkesi içinde tedavi için seyahat eden turistler için kullanılmaktadır. Daha ABD için kullanılan bu terim eyaletler arası seyahatleri kapsamaktadır.

İşveren Sponsorluğunda Medikal Turizm:

ABD’de bulunan işverenler çalışanlarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için düşük maliyetli ve yüksek kaliteli ülke içinde ve dışında bulunan sağlık tesisleri ile sözleşme yaparlar. Bu sözleşmeler neticesinde yapılan seyahatler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Sandberg D. , 2017).

2.2.2. Dünyada Medikal Turizm

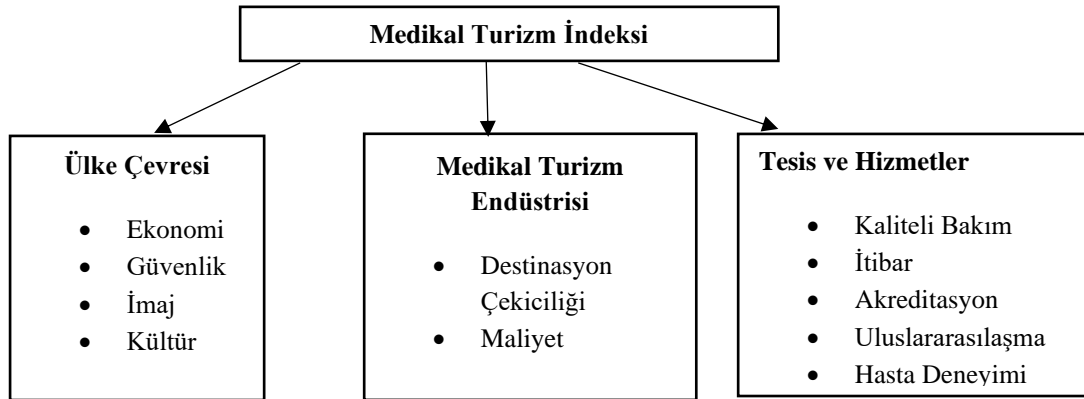
Artan tıbbi teknoloji ile beraber küresel pazarda medikal turistler için çok sayıda sağlık hizmeti seçeneği bulunmaktadır ve medikal turistler çeşitli nedenlerden dolayı yaşadıkları bölgenin dışına sağlık hizmeti almak için seyahat etmektedirler. Bu nedenler arasında; bekleme süreleri, yüksek maliyetler, kaliteli sağlık hizmeti arayışı, sigorta kapsamında olmama, sağlık hizmeti sunumunda ileri teknolojiden yararlanma ve kendi ülkelerinde olmayan tedavilere erişme vb. sebepler yer almaktadır (Connell, 2006; Franjic, 2019).

Daha düşük sağlık hizmeti maliyeti, medikal turistler için bir motivasyon kaynağı olarak belirtilirken, hastalar, benzer tedaviler için uluslararası pazarda %40 ila %90 arasında tasarruf etmektedirler (Bookman & Bookman, 2007; Helmi & Travers, 2009). Özellikle gelişmiş ülkelere yapılan medikal turizm seyahatlerinden öncelikli tercih nedenlerinden en önemlisi maliyettir. Maliyet bilincine sahip olan bu hastalar bu fiyatlarla hizmet almayı kabul ederken sınır ötesi sağlık hizmeti belirsizliklerini de kabullenmiş olurlar. Bu hastaların cepten ödeme yapan veya sigortası kapsamına girmeyen elektif cerrahi tedavilere ihtiyaç duyan hastalar olduğu düşünülmektedir (Horowitz, Rosensweig, & Jones, 2007). Ayrıca bu tedavileri alanların yoksullaşmadan kaçan orta gelirli ABD vatandaşları olduğu tahmin edilmektedir... Diğer grupların ise kendi ülkesinde sigorta kapsamına girmeyen dış tedavileri, estetik tedavilere cepten ödeme yapan hastalar olduğu düşünülmektedir. Schmer (2018) 2012 verilerine göre

ABD içinde mide bypassının 25-48 bin dolar, Hindistan'da 6-11 bin dolar ve Singapur'da 15-26 bin dolar olduğunu belirtmektedir (Schmerler, 2018).

Patient Beyond Borders (2020) en çok seyahat edilen destinasyonlarla ABD maliyetlerini kıyaslamıştır. Bu kıyaslamaya göre; Brezilya %20-30, Meksika %40-65, Kosta Rika %45-65, Güney Kore %30-45, Hindistan %65-90, Malezya %65-80, Singapur %25-40, Tayland %50-75, Tayvan %40-55 ve Türkiye %50-75 daha ucuzdur (Borders, 2020).

Dünya genelinde medikal turizm hızla büyümeye ve gelişmeye devam etmesine rağmen ülkelerin medikal turizm verilerini değerlendirmek ve ölçmek için güvenilir bir kaynak olmadığını gören girişimciler tarafından MTI (Medical Tourism Index) kurulmuştur (Demir & Özpinar, 2021). MTI bir ülkenin medikal turizm potansiyelini çevre ve imaj, turizm ve sağlık çekiciliği, alt yapı ve tıbbi olanakları ve hizmetlerin bulunabilirliği açısından değerlendiren medikal turizm indeksi Şekil 2.5'te gösterilmiştir.



Şekil 2.5 Medikal Turizm İndeksi Hizmet Sınıflandırılması

(Kaynak: Mutlubaş, 2020)

Ülke çevresi; ekonomi, güvenlik, imaj ve kültür, medikal turizm endüstrisi; maliyet ve destinasyon çekiciliği, tesis ve hizmetler ise; itibar, kaliteli bakım, akreditasyon ve uluslararasılaşma ve hasta deneyimi alt başlıklarından oluşmaktadır. Ülkeler bu alt başlıklardan aldıkları puanlara göre sıralanmaktadır.

MTI 2020-2021 yılı değerlendirmesine göre ülkelerin medikal turizm potansiyeli sıralaması aşağıda tablo gösterilmiştir.

Tablo 2.2 2020-2021 yılı ülkelere göre medikal turizm potansiyeli sıralaması

Sıra	Ülke	Oran	Sıra	Ülke	Oran
1	Kanada	76,47	24	Filipinler	64,99
2	Japonya	76,43	25	Kolombiya	64,95
3	Singapur	74,23	26	Mısır	64,81
4	İspanya	72,93	27	Malta	64,75
5	İngiltere	71,92	28	Brezilya	64,35
6	BAE	71,85	29	Polonya	64,1
7	Kosta Rika	71,73	30	Türkiye	63,91
8	İsrail	70,78	31	Fas	63,8
9	Abu Dabi	70,26	32	Bahreyn	63,65
10	Hindistan	69,8	33	Çin	63,47
11	Fransa	69,61	34	Yunanistan	63,45
12	Almanya	69,29	35	Suudi Arabistan	63,32
13	Umman	69,03	36	Ürdün	63,26
14	Güney Kore	68,81	37	Panama	62,77
15	Çekya	68,32	38	Tunus	61,78
16	Tayvan	67,93	39	Katar	61,13
17	Tayland	66,83	40	Jamaika	60,74
18	İtalya	66,75	41	Rusya	60,17
19	Dominik Cumhuriyeti	66,32	42	Meksika	59,47
20	Arjantin	66,26	43	Lübnan	57,14
21	Portekiz	65,96	44	Guatemala	55,04
22	Güney Afrika	65,82	45	Kuveyt	54,84
23	Macaristan	65,69	46	İran	44,38

Kaynak: (MTI, 2021)

Tablo 2.2'ye göre; MTI oranı en yüksek olan ilk beş ülke sırasıyla Kanada, Japonya, Singapur, İspanya ve İngiltere'dir. Türkiye ise bu sıralamada 30. sırada yer almaktadır.

Yiğit ve arkadaşları (2019) ülkelerin medikal turizm etkinliğini veri zarflama yöntemi ölçmüşlerdir. Çalışmaya dâhil ettikleri on ülkeden ilk beşi Tayland, Singapur, Malezya, Meksika ve Hindistan olmuştur. Türkiye ise verimliliği en düşük ülke olarak tespit edilmiştir (Yiğit, Yiğit & Eroymak, 2019).

Dünyada medikal turizm pazarında önemli rol oynayan pazarlar Asya, Amerika ve Avrupa'dır. Bölgelere göre önemli medikal turizm destinasyonları Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3 Kıtalara göre medikal turizm destinasyonları

Asya	Amerika	Avrupa	Avusturalya
Çin	Arjantin	Belçika	Avusturalya
Hindistan	Barbados	Macaristan	Yeni Zelanda
İsrail	Brezilya	Çek Cumhuriyeti	
Ürdün	Kanada	Almanya	
Malezya	Kolombiya	Letonya	
Singapur	Kosta Rika	Litvanya	
Günay Kore	Küba	Polonya	
Filipinler	Ekvador	Portekiz	
Tayland	Jamaika	Romanya	
Tayvan	Meksika	Rusya	
Türkiye	ABD	İspanya	
BAE			

Kaynak: Horowitz, 2007

Medikal turizm talebi değerlendirildiğinde 2018 yılında Tayland'ı 2,8 milyon medikal turist ziyaret etmiştir. Bangkok'un ünlü hastanelerinden Bumrungrad hastanesini yılda 520 binden fazla medikal turist ziyaret etmektedir. Bu hastanede tüm çalışanlar İngilizce bilmektedir, 70 tercüman bulunmaktadır ve ABD'den sertifika almış 200 cerrahın bünyelerinde çalıştığı bilinmektedir. Phuket hastanesini ise yılda yaklaşık 20 bin hasta ziyaret etmektedir ve 15 dilde tercüman hizmetleri verilmektedir (Connell, 2006; Ko, 2014). Tayland'ta sağlık hizmetleri maliyetlerinin düşük olması, etkileyici turistik destinasyonların bulunması medikal turizmde önde gelen ülkelerden olmasını sağlamıştır (Sandberg D. , 2017).

Tayland 1970 yıllarda medikal turizm pazarına cinsiyet değiştirme ameliyatları ile adım atmıştır. Daha sonraları kozmetik cerrahinin diğer alanlarında da adını duyurarak Avrupa ve Japonya pazarına odaklanmıştır. Bu hedeflerini gerçekleştirmek için kozmetik cerrahi maliyetlerini Avrupa'nın' te bir fiyatına yapmaya başlamıştır. Japonya pazarından hasta çekmek için ise sağlık profesyonellerinin eğitiminin Japonya'da alınmasını sağlamıştır (Huff-Rouselle, Shepherd, Cushman, Imrie, & Lalta, 1995).

Tayland Asya'daki en önemli medikal turizm destinasyonu olmasına rağmen bulaşıcı hastalıklar ve bölgedeki politik istikrarsızlık daha fazla gelişmesini engellemektedir (Tosun, 2020).

2.2.3. Türkiye’de Medikal Turizm

Medikal turizm Hindistan, Malezya, Tayland, Türkiye ve Singapur gibi birçok ülkede hızla gelişmektedir. Medikal turizm “tıbbi tedavi almak için yurtdışına yapılan seyahatler veya tedavi amacıyla yapılan seyahatler” olarak tanımlanmaktadır (Tosun, Demir & Sağlık, 2020). 1990’lı yıllarda insanlar tedavi olmak için gelişmiş ülkelere seyahat ederken 2000’li yıllardan sonra ise daha düşük tedavi maliyeti, sağlık hizmeti kalitesi ve alanında uzmanlaşan hekimlerin sayısının artmasına bağlı olarak bu seyahatler gelişmiş ülkelere doğru kaymıştır (Farrukh vd.; 2020). Bu ülkelere bir tanesi de Türkiye’dir.

Türkiye sağlık hizmetleri göstergelerinde OECD ülkelerinin ortalamalarının altında olsa da son yıllarda medikal turizmde önemli bir destinasyon haline gelmiştir (Dedeoğlu, 2021). Destinasyon imajının güçlendirilmesi ve medikal turist sayısının artırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı 2017 yılında USHAŞ (Uluslararası Sağlık Hizmeti Anonim Şirketi)’i kurarak sağlık turizminin tek elden takip edilmesini sağlamıştır. USHAŞ hem kamu hem özel sağlık kurumları ile koordineli olarak çalışarak ülkemizin sağlık turizmi gelirini artırmaya yönelik politikalar geliştirmiştir. Ayrıca 2021 yılında Ticaret Bakanlığı ve Dış İşleri Bakanlığı arasında imzalanan protokolle ülkemize gelmek isteyen medikal turistlere yönelik sağlık vizesini hayata geçirmiştir (USHAŞ, 2021)

Bu politikalar sonucunda medikal turistlerin neden Türkiye’yi tercih ettikleri üzerine yapılan çalışmalar doğrultusunda Bayar (2019) tarafından Türkiye’nin medikal turizmde rekabet edebilirlik unsurları şekli aşağıda gösterilmiştir (Bayar, 2019).



Şekil 2.6 Türkiye’nin Medikal Turizmde Rekabet Edilebilirlik Unsurları
(Kaynak: Bayar, 2019)

Türkiye'nin medikal turizm geçmişi son 10 yıla dayansa da sağlık hizmetinin kalitesi, gelişmiş sağlık alt yapısı, alanında uzman sağlık profesyonelleri ve devlet teşvikleri ile uluslararası pazarda yerini almıştır. Medikal turizm pazarında gelişen ve önde gelen ülkeler arasındadır (Sandberg D., 2017; Dalen & Alpert, 2019). Türkiye'de turizm gelirlerindeki sağlık giderlerinin payı 2002'de %1 iken bu oran 2020'de %4'lere kadar yükselmiştir. 2019 yılında ülkemize gelen medikal turistlerin sayısı 662.087 olup elde edilen gelir ise 1 milyar 65 milyon 105 bin \$'dır. 2020 yılında pandemi nedeniyle gelen hasta sayısı 388. 150' ye düşerken gelirimiz ise 548 milyon 882 bin \$ düşmüştür. 2021 yılının ilk çeyreğinde ise devam eden pandemi nedeniyle hasta sayısı 218.895 kişi olmuş ve elde edilen gelir ise 393 milyon 688 bin \$'dır. Yabancı hastaların en çok tercih ettiği branşlar; Kadın Hastalıkları ve Doğum, İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Tıbbi Biyokimya, Genel Cerrahi, Diş Hekimliği, Ortopedi ve Travmatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve Kulak Burun Boğaz Hastalıklarıdır (USHAŞ, 2021).

2.2.4. Medikal Turizmde Türkiye'nin SWOT Analizi

Yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye'nin medikal turizmde güçlü yönlerini, zayıflıklarını, fırsatlarını ve tehditlerini şöyle sıralamak mümkündür (Bostan, Arslan, & Çoskun, 2021).

Güçlü Yönler:

- ✓ Fiyat ve maliyet avantajı
- ✓ Akredite edilmiş sağlık tesisleri ve aracı kurumlar
- ✓ Sağlık tesislerinin güçlü altyapı ve donanıma sahip olması
- ✓ Sağlık tesislerinin tıbbi teknolojisi
- ✓ Devlet politikası olup devlet teşviki ve desteğinin olması
- ✓ Alanında uzman sağlık personelleri ve nitelikli iş gücüne sahip olması
- ✓ Diğer ülkelere nazaran coğrafi konumu ne-deniyse birçok ülkeye kolay ulaşılabilir olması

Fırsatlar:

- ✓ Hedef Pazar ülkeler ile Uluslararası ilişkileri güçlendirmek
- ✓ Sağlık teknolojilerindeki gelişmeleri yakın- dan takip ederek hedef pazarda talep oluşturmak
- ✓ Gelişen bilgi teknolojilerini pazarlama faaliyetlerinde etkili kullanmak
- ✓ Hedef Pazar ülkelerindeki altyapı eksiklikleri

- ✓ Dini inanış
- ✓ Hedef Pazar ülkelerinde yurtdışında yaşayan Türk nüfusunun fazla olması
- ✓ Hedef Pazar ülkelerinde bazı medikal tedavilerin sigorta kapsam dışında olması

Zayıflıklar:

- ✓ Hedef Pazar ülkelerine göre reklam ve tanıtım çalışmalarımız yetersizdir
- ✓ Alanında uzman sağlık personelleri ve nitelikli iş gücüne sahip personeller yeterlidir fakat bu personellerin eğitimleri yetersizdir (medikal turizm, yabancı dil, uluslararası ilişkiler ve iletişim gibi)
- ✓ Sağlık turizmine yönelik hukuki düzenlemelerin tamamlanması, (malpraktis vb.)
- ✓ Gelişmiş ülkelerde bekleme sürelerinin fazla olması
- ✓ Sağlık tesisleri ve aracı kuruluşların denetim altyapısının güçlendirilmesi
- ✓ Tüm ilgili paydaşlar ile iletişim ve iş birliği yapılması

Tehditler:

- ✓ Rakip ülkelerin pazara hakim olması
- ✓ Rakip ülkelerin medikal turizm avantajları
- ✓ Rakip ülkeler tarafından olumsuz ülke imajının yaratılması
- ✓ Ülkelerde yaşanan siyasal iktidarsızlık
- ✓ Bulaşıcı hastalık riski

Kılınç (2017) yaptığı çalışmada, Medikal turizmde Türkiye'nin güçlü tarafları arasında ilk sırada maliyet avantajının olduğunu belirtmiştir. Şahin ve Uysal Şahin (2018) yaptığı çalışmada, Türkiye'de sağlık turizminin güçlü ve zayıf yönleri, sahip olduğu fırsat ve tehditlerin neler olduğu ortaya koymaya çalışmış ve benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (Şahin & Uysal, 2018). Dökme (2016) yaptıkları çalışmada, Türkiye'nin medikal turizm alanında güçlü yanları uygun politika ve hedeflerin planlanması görülmektedir. Buna karşın, zayıf görülen yanlar ise planlara karşı uygun lamalara aynı doğrultuda özenilmemesi, istatistiki verilerdeki tutarsızlıklar olduğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının yabancı hastaların kültürel özelliklerinin farklı olmasından dolayı bazı sıkıntıların olabileceğini belirtmiştir (Dökme, 2016). Köstepen (2015) yaptığı çalışmada paydaşlar arasındaki iletişim ve iş birliğinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (Köstepen, 2015).

2.2.5. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler

Medikal turizmde öne çıkan tedaviler, hastanın sağlık durumu ve isteklerine veya medikal turizm tedarikçileri tarafından sunulan hizmet türlerine göre gruplara ayrılabilir. Cormany (2008), medikal turizm tedavilerini büyük operasyonlar, küçük operasyonlar, kozmetik/plastik cerrahi, teşhis hizmetleri, tamamlayıcı tedaviler ve terapiler ile yaşam tarzı ve wellbeing hizmetleri olarak beş gruba ayırmıştır (Cormany, 2008);

Büyük Operasyonlar:

- ✓ Ortopedik Ameliyatlar
- ✓ Spinal Prosedürler
- ✓ Sınırlı Kardiyak Prosedürler
- ✓ Jinekolojik Ameliyatlar
- ✓ Obezite Cerrahisi
- ✓ Göz Ameliyatları
- ✓ Kanser Cerrahisi
- ✓ Kök Hücre Nakilleri
- ✓ Cinsiyet Değişimi

Küçük Operasyonlar:

- ✓ Diş Tedavisi İşlemleri
- ✓ Kulak Burun Boğaz ameliyatları

Kozmetik/Plastik Cerrahi:

- ✓ Ritidektomi
- ✓ Göz Kapağı Cerrahisi
- ✓ Rinoplasti
- ✓ Liposuction
- ✓ Abdominoplasti
- ✓ Meme Küçültme
- ✓ Meme Büyültme
- ✓ Jinekolojik (Genital) Estetik İşlemler

Teşhis-Tanımlama Hizmetleri:

- ✓ Genel Tıbbi Muayene

- ✓ Check-Up

Tamamlayıcı ve Geleneksel Tıp:

- ✓ Akupunktur
- ✓ Fitoterapi
- ✓ Tai-chi
- ✓ Panda Karma
- ✓ Kupa Tedavisi
- ✓ Sülük Tedavisi vb.

Zsarnoczkye 2018 göre medikal turizm endüstrisi; teknolojik, kültürel, ekonomik ve sosyal değişimlerden sürekli etkilenmekte olup, talep edilen tedaviler zamanla değişim göstermektedir. Yazar 2005 ve 2015 yıllarındaki internet aramalarına göre en popüler medikal turizm uygulamalarını saptamıştır. 2005 yılında en çok arama yapılan tedaviler kozmetik-plastik cerrahi, diş tedavileri, göz ameliyatları, kardiyoloji ve kardiyak cerrahi, obezite cerrahisi, ortopedik cerrahi, kısırlık tedavisi, organ, hücre ve doku naklidir. 2015 yılında ise organ hücre ve doku nakli, kardiyolojik ve kardiyak cerrahi, diş tedavileri, kısırlık tedavisi, kanser tedavileri, obezite ameliyatları, kozmetik-plastik cerrahidir (Zsarnoczky, 2018; Tosun, 2020). Medikal Turizm'in bir alt dalı ve Niş Pazar olarak ortaya çıkan dental turizmde dünya genelinde Meksika pazarın %25'ini elinde tutmakla birlikte dental turizmde önde gelen ülkeler arasında Hindistan, Macaristan, Hırvatistan, Singapur, Polonya, Türkiye ve Kosta Rika yer almaktadır (Jaapar, vd., 2017).

2.2.6. Medikal Turizm ve Hasta Memnuniyeti

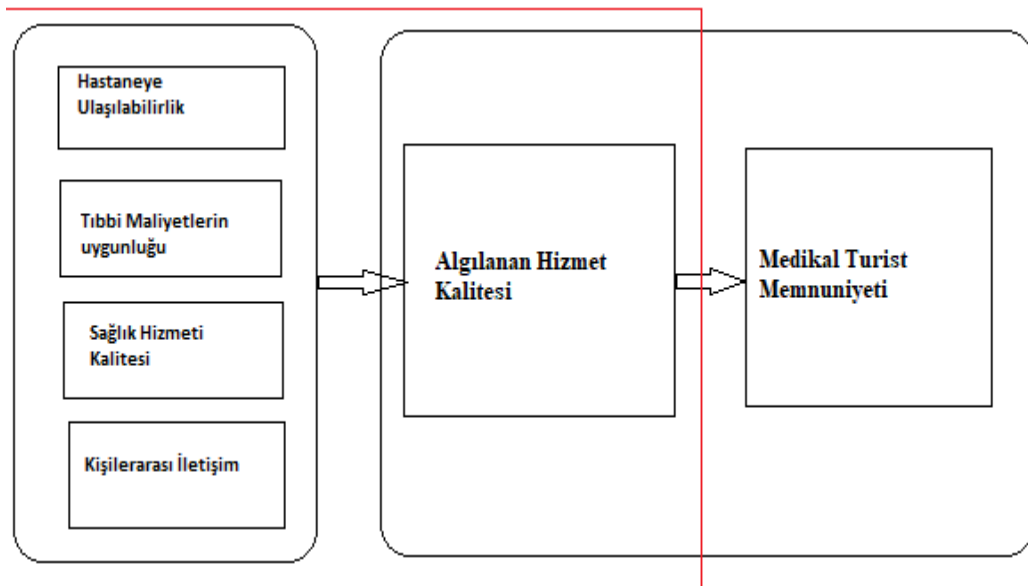
Algılanan hizmet kalitesi, belirli bir kurum tarafından sunulan ürün ve hizmetleri değerlendirme sürecidir. Bitner ve diğerleri (1990), kalitenin temel ürün ve hizmet ürün performansını içerdiğini belirtmişlerdir. Çekirdek ürün kalitesi ve değeri ile ilgili temel ürünün performansını belirlenirken hem hizmet-ürün kalitesi hem de hizmet personeli ile etkileşimlerden elde edilen performanslar değerlendirilir (Han ve Hyun, 2015). Algılanan tıbbi hizmet kalitesi, medikal turistlerin temel tıbbi ürün performansını (örneğin tıbbi kalite, modern tıbbi tesisler, gelişmiş tıbbi alt yapı, farklı cerrahi işlemler ve tıbbi bakımın mükemmelliği) değerlendirmesini ifade etmektedir ve algılanan hizmet kalitesini değerlendirmeyi göstermektedir. Aynı zamanda sağlık personelinin hizmet performansının değerlendirilmesini de (örn. nezaket, arkadaş canlısı, rahat, verimli hizmet sunma becerileri) içermektedir (Rahman, 2019). Eğer tüketiciler bu becerilerden

memnun olarak ayrılırsa medikal turistlerin tekrar satın alma memnuniyet düzeyi de artacaktır (Jani ve Han, 2013).

Müşterilerin genel tüketim deneyimi, ürünleri veya hizmetleri tekrar satın alma memnuniyetlerini olumlu yönde etkilemektedir. Literatürde tüketicilerin algılanan hizmet kalitesinin, bireyin seçiminin zorluklara, teşviklere ve ödüllere tepkilerini etkilediği belirtilmektedir. Yine daha önce yapılmış çalışmalar hastaların tıbbi bakıma yönelik algıladıkları hizmetlerin hastaneler tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım uygulamalarına bağlı olduğunu göstermektedir (Prajapati, vd., 2013; Rahman, 2019; Jani ve Han, 2013; Park, vd., 2020). Aynı zamanda daha yüksek hizmet kalitesinin daha yüksek memnuniyeti etkilediğini belirtilmiştir (Suess, vd., 2018; Chitthanom, vd., 2020; Jaleel, vd., 2021).

Farklı alanlardaki birçok çalışma, hizmet kalitesi ve memnuniyetinin önemli rolünü tartışmışlardır. Literatürde yapılan çalışmalar hizmet kalitesinin memnuniyetin önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Nitekim medikal turistlerin memnuniyeti aldıkları kaliteli hizmetin bir sonucudur. Yine medikal turistlerin memnuniyeti aldıkları hizmetin beklentilerini karşılayıp karşılamadıkları ile doğrudan etkilidir (Cham, vd., 2014; Wu, vd. 2016; Rahman, 2019)

Rahman (2019) medikal turizmde algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmada medikal turizmde hasta memnuniyeti etkileyen faktörleri aşağıdaki şekilde olduğu gibi modellemiştir.



Şekil 2.7 Medikal Turizmde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler
(Kaynak: Rahman, 2019)

Şekil 2.7 incelendiğinde; hastaneye ulaşılabilirlik, tıbbi maliyetlerin uygunluğu, sağlık hizmeti kalitesi ve kişiler arası iletişim algılanan hizmet kalitesini, algılanan hizmet kalitesi de medikal turist memnuniyetini etkilemektedir.

2.3. Obezite ve Medikal Turizmde Obezite Cerrahisi

2.3.1. Obezitenin Tanımı, Sınıflandırılması

Obezite kelimesi Latince Obere (obesusu) kelimesinden türetilmiş ve “fazla gıda tüketen anlamına gelmektedir. Obezite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sağlığı bozacak derecede yağ dokusunda normalden fazla yağ birikmesi durumu” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000). Ayrıca obezite vücutta normalden fazla yağ kütlesi bulunması olarak ta tanımlanmaktadır (Tarakçı Zora, 2016). Yetişkinlerin obezite durumunu belirlemek için Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kullanılmaktadır (Güngör, 2019). Bu değer beden ağırlığının kilogram olarak boy uzunluğunun metre olarak karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre obezite sınıflandırması Tablo 2.4’te verilmiştir.

Tablo 2.4 Beden kitle indeksine göre obezite sınıflandırılması

SINIFLANDIRMA	VKİ (/kg/m ²)
Aşırı Zayıf	16.00
Orta Zayıf	16.00-16.99
Hafif Zayıf	17.00-18.49
Zayıf (Underweight)	≤18.50
Normal (Normal Range)	18.50-24.99
Kilolu (Overweight)	≥25.00
Pre-Obez	25.00-29.99
1. Düzey Obez	30.00-34.99
2. Düzey Obez	35.00-39.99
3. Düzey Obez	≥40.00

Kaynak: Güngör, 2019.

Tablo 2.4 incelendiğinde VKİ 30.00 üstünde olanlar 1. sınıf obez, 35.00-39.99 olanlar 2. sınıf obez, 40.00 ve üzeri olanlar ise 3. sınıf obez olarak kabul edilmektedir.

Obezite son yıllarda önemli bir sağlık sorunu olduğu için yoğun bir şekilde araştırılmaktadır. Obezite hem çevresel hem de genetik faktörlerin neden olduğu ciddi bir sağlık sorunudur. Bu nedenle obezite birçok hastalığa da sebep olmaktadır (Bülbul, 2020). Obezitenin neden olduğu sağlık problemleri şöyle sıralanabilir (HSGM, 2022);

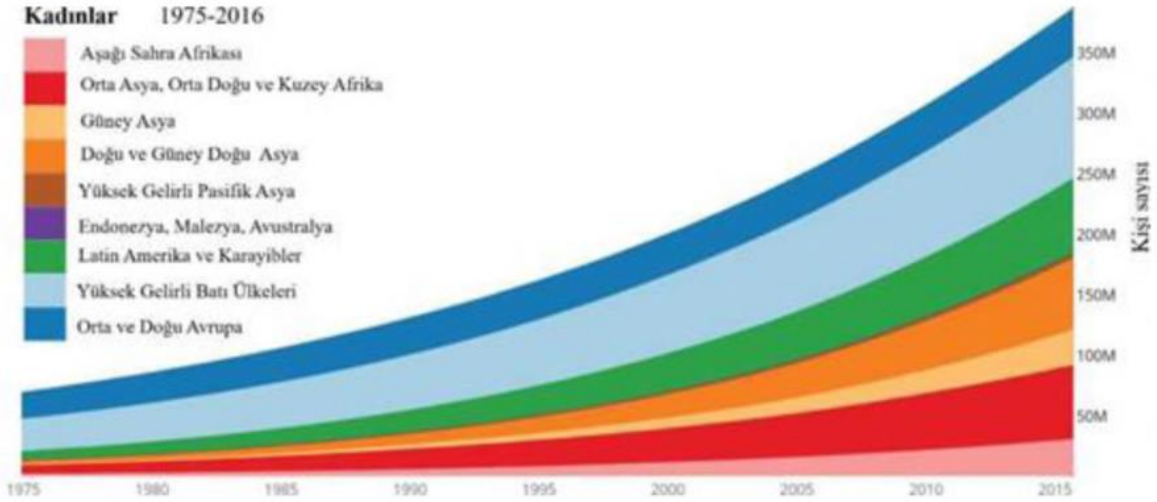
- Hiperinsülinemi
- Tip 2 Diyabet
- Hipertansiyon
- Hiperlipidemi
- Koroner arter hastalığı
- Metabolik sendrom
- Safra kesesi hastalıkları
- Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde kolon kanseri, prostat kanseri)
- Osteoartrit
- Felç
- Uyku apnesi
- Karaciğer yağlanması
- Astım
- Solunum zorluğu
- Gebelik komplikasyonları
- Menstrüasyon düzensizlikleri
- Aşırı kılınma
- Anoreksiya nevroza
- Blumia nevroza
- Depresyon
- Kas-iskelet sistemi problemleridir.

2.3.2. Obezite Epidemiyolojisi

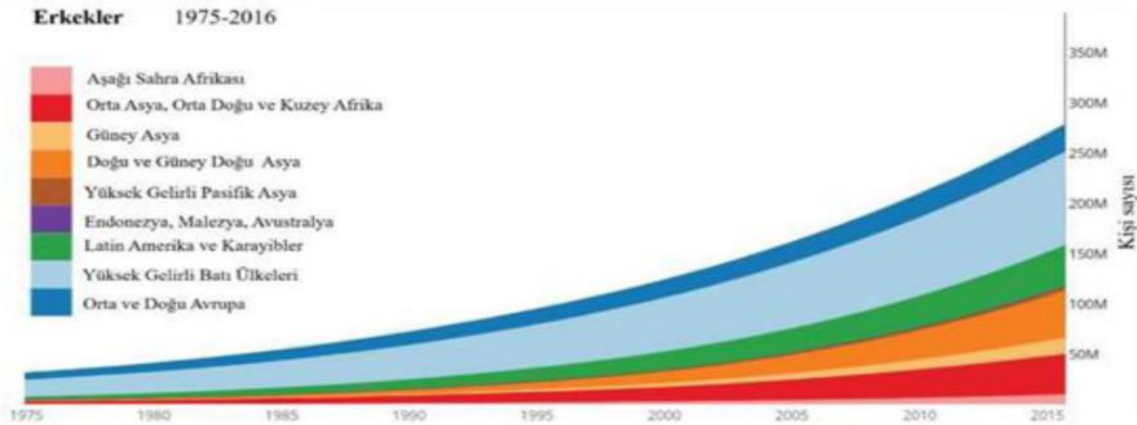
Obezite, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Obezite hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün hızla artmaktadır. Obezitenin ciddi etkileri olduğu için kısa ve uzun vadede halk sağlığının en önemli gündemi

olmaktadır (Çakmak, 2020). 2020 yılında dünyadaki obez sayısı 988 milyon iken 2025 yılında bu sayısının 1 milyar 249 milyon olması beklenmektedir (WHO, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü 1980 ile 190 yılları arasında Avrupa, Asya ve Afrika'nın çeşitli yerlerinde gerçekleştirdiği çalışmada obezite insidansının önceki yıllara göre %10-30 oranında arttığını tespit etmiştir. Dünyada obezite 1980'lerden 2014 yılına kadar obezite iki kat yükselmiştir. 2014 yılında 18 yaş ve üzeri yaklaşık 1.9 milyar yetişkin birey aşırı kilolu olup bunların 600.000.000 obez yetiştikten oluşmaktadır. İlk başlarda ekonomik gücü yüksek ülkelerde sorun olarak görülürken obezite günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerde de artış göstermektedir (GBD 2017, Çakmak, 2020). GDP (2017)'ye göre 1975-2016 yılları arasında yetişkin obez kadın ve erkek dağılımları Şekil 2.8 ve 2.9'da verilmiştir.



Şekil 2.8 1975-2016 obez yetişkin kadın dağılımı
(Kaynak: GDP, 2017)



Şekil 2.9 1975-2016 obez yetişkin erkek dağılımı
(Kaynak: GDP, 2017)

Türkiye Sağlık Araştırması (2019) verilerine göre; 15 yaş ve üzeri obez yetişkinlerin oranı 2016'da %19,6 iken, 2019'da %21,1 olmuştur. Cinsiyet olarak incelendiğinde ise 2019'da kadınların %24,8'inin obez ve %30,4'ünün pre-obez, erkeklerin ise %17,3'ünün obez ve %39,7'sinin pre-obez olduğu bildirilmiştir (Türkiye Sağlık Araştırması, 2019).

2.3.3. Obezite Etiyolojisi

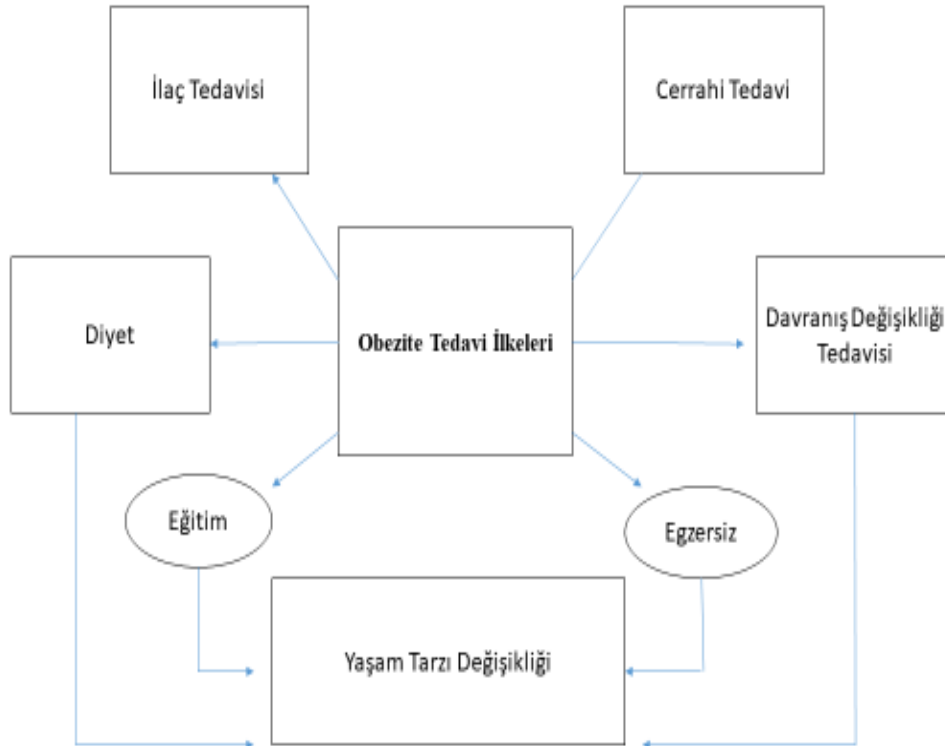
Obezitenin etiolojisi birçok faktöre bağlıdır. Genetik, sosyokültürel, biyokimyasal, çevresel ve psikolojik birçok faktörün birleşmesi ile olarak obezite gelişmektedir. Bireyin almış olduğu enerjinin harcamış olduğu enerjiden fazla olması nedeniyle vücutta yağ birikmesi olur. Son yıllarda fast-food yeme alışkanlığı, dondurulmuş gıda tüketimi, karbonhidrat ve şeker oranı yüksek besin tüketilmesi, aşırı yağlı beslenme alışkanlığı obeziteye neden olan önemli faktörlerdir. Teknolojik gelişmelerdeki artışa bağlı olarak daha az fiziksel aktivite yapılması, uzun süre oturarak çalışılması da obezite gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Ayrıca son yıllarda ilk çocukluk döneminde yanlış beslenme alışkanlıkları da ilerleyen yaşlarda obeziteye davetiye çıkarmaktadır (Bray, 2020; Qasim, vd., 2018). Obezite prevalansının anne sütü ile beslenen çocuklarda anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Son yüzyılın en önemli mortalite ve morbidite sebeplerinde biri olan obezite birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasına sebep olmakla birlikte hem toplum hem de bireylerin bütçelerinde önemli bir yük haline gelmiştir (Başar, 2019). Obezite oluşmasında başlıca riskler ve etkili faktörler (HSGM, 2017; Archer, vd., 2018; Glueck, & Goldenberg, 2019);

- Aşırı ve yanlış beslenme,
- Yetersiz fiziksel aktivite,
- Yaş,
- Cinsiyet,
- Eğitim düzeyi,
- Sosyo-kültürel nedenler,
- Hormonal ve metabolik nedenler,
- Genetik,
- Psikolojik problemler,
- Sık aralıklı düşük enerjili diyet,
- Sigara-alkol kullanımı,

- Kullanılan ilaçlar şeklinde sıralanabilir.

2.3.4. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisi kişiye özgü olmakla birlikte temel amaç ideal vücut ağırlığına ulaşmak ve bu kiloyu muhafaza etmektir. Aynı zamanda obeziteden kaynaklı patolojik olayları hafifletmek veya iyileştirmek, beslenme gereksinimleri karşılamak ve bu durumu ömür boyu muhafaza etmektir. Bu nedenle ilk önce diyet kısıtlılığı, davranış değişikliği, fiziksel aktivite gibi koruyucu tedaviler önerilmektedir (Kushner, vd., 2018). Bu tedavilerle bir sonuca ulaşılmadığında ise FDA onaylı ilaçlarla beraber farmakolojik yöntemler uygulanmaktadır. Ancak bu tedavilerin güvenilirlikleri konusunda çok ciddi tartışmalar halen devam etmektedir. Son yıllarda ise obezite için geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da kullanılmaktadır (Kaya & Türker, 2022). Bunun dışında ise obeziteye eşlik eden hastalıklar ortaya çıktığında ise cerrahi tedavi gündeme gelmektedir (Apovian, 2016). Obezitenin tedavisi için temel ilkeler Şekil 2.10'da gösterilmiştir.



Şekil 2.10 Obezite tedavisinde temel ilkeler

(Kaynak: HSGM, 2017)

2.3.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Yanlış beslenme alışkanlığı, bireyleri obeziteye iten ana nedenlerdendir. Tıbbi beslenme tedavisi bireye özgü bir program ile yapılmalıdır. Tedavideki temel amaç beden ağırlığını beklenen düzeye indirmek, kişinin günlük kalori ihtiyacını hem yeterli hem de

dengeli bir şekilde karşılamak ve kişiye doğru beslenme alışkanlığı kazandırmaktır. Tıbbi beslenme tedavisinde hazırlanan diyetler kolay, basit ve ekonomik şartlara uygun olmalıdır. Diyet programı hazırlanırken bireyin eğitimi, beğenileri, sosyal ve kişisel özellikleri dikkate alınmalıdır. Özellikle haftalık 0,5-1 kg zayıflama olacak şekilde planlama yapılmalıdır. Bu süreçte alkol ve sigara kullanımı sonlandırılmalı ve günlük tuz miktarı 5 gramdan düşük olmalıdır (Hensley, 2018; Kurt, 2019).

2.3.4.2. Egzersiz

Egzersiz, obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde en önemli bir araçlardan biridir. Egzersiz enerji tüketiminin yanı sıra diyet programına da olumlu yönde etki yapar. Egzersiz planları kişiye özel uygulanmalıdır. Çünkü egzersizler kişilerin alışkanlıkları, eğitim düzeyleri, sosyo-ekonomik durumlarına göre farklılık gösterebilir. Genellikle her yaştaki birey için günlük ortalama 30-45 dk. devam eden ve haftanın her günü yapılan fiziksel aktivite önerilmektedir. Egzersiz başlangıçta yürüyüşle başlamalı, ardından tempolu yürüyüş, orta şiddette koşu, bisiklet sürme ve yüzme gibi etkinliklerle devam etmelidir. Fiziksel aktivitelerden fayda elde edebilmek için kalp atım sayısının maximum %60-70 oranında artması gerekmektedir. Fiziksel aktivitelerin yağ yakımını ve oksidasyonunu yükseltici, insülin direnci ve serum lipitleri kan basıncını azaltıcı etkisinden maksimum faydalanmak için düzenli olarak yapılmalıdır (HSGM, 2017; Garvey, 2016; O'Donoghue, 2021; Verboven & Hansen, 2021).

2.3.4.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliği tedavisi obezite tedavisinin en önemli parçalarından biridir. Amaç bireylerin yeme ve fiziksel aktivitelerinde farkındalık ve değişim meydana getirmek ve bu davranışın kalıcı hale gelmesini sağlamaktır. Bu tedavide en önemli konulardan biri bireylere motivasyon sağlamaktır. Örneğin bireylere, asansör yerine merdiven kullanın, kısa mesafeleri yürüyerek gidin, bilgisayar ve televizyon izlerken atıştırma yapmayın gibi basit öneriler sunulabilir. Ayrıca bu süreçte bireylere tedavi sürecinde gıda alımı ve kilo takibini kendilerinin takip etmeleri istenilmelidir. Bunların yanında bu bireylere verilen sosyal destek başarı şansını artırır (Kurt, 2019).

2.3.4.4. İlaç Tedavisi

Bu tedavi hastalarda tek başına kullanılmamalı, egzersiz, beslenme değişikliği ve davranış değişikliği ile kombine edilmelidir. VKİ ≥ 30 kg/m² olup diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulamaları denendiği halde kilo kontrolü sağlanamayan hastalara

ve VKİ 27-29.99 kg/m² düzeyinde olup, Tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi olan bireylere farmakolojik tedavi başlanabilir. Bu tedavi diğer tedavilerle kombine edildiğinde kilo kaybı 4-6 kg artabilir. Buna rağmen obez kişilerin %3'ünden daha azı ilaç tedavisi kullanılarak tedavi edilmektedir (Bessesen & Van Gaal, 2018). Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar Tablo 2.5'te gösterilmiştir.

Tablo 2.5 Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar

Yağ emilimini azaltan ilaçlar	<i>Orlistat</i>
Antidiyabetik ilaçlar	<i>Metformin, eksenatid, liraglutid, pramlintid</i>
Sempatomimetik ilaçlar	<i>Fentermin</i>
Selektif serotonin reseptör agonistleri	<i>Lorcaserin</i>
Antiepileptik ilaçlar	<i>Topiramate,</i>
Kombinasyon tedavileri	<i>Topiramate-Fentermin, Bupropiyon SR-Naltrekson</i>

Kaynak: Bessesen & Van Gaal, 2018.

2.3.4.5. Cerrahi Tedavi (Bariatrik Tedavi)

Bariatri kelimesi “-bar” ve “-iatria” kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur ve Yunanca'dan Türkçe'ye geçmiştir. İlk defa 1950'li yıllarda Dr. Richard Varco tarafından bariatrik cerrahi yapılmıştır. Son 20 yılda laparoskopi ve endoskopi tekniklerinin gelişmesi ile bu tür ameliyatlar daha da çeşitlenmiştir (O'Brien, 2010). Obezite cerrahisi malabsorbif ve restriktif yöntemler olarak iki bölüme ayrılmaktadır. Ayrıca hem malabsorbif hem de restriktif kombine yöntemler de bulunmaktadır. Restriktif yöntemler; İntragastrik Balon, Gastrik Pacing, Vertikal Band Gastroplasti (VBG), Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB), Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide)'dir. Malabsorbif yöntemler ise; Biliopankreatik Diversiyon (BPD), Jejunoileal Bypass (JIB)'dir. Kombine yöntemler ise Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS), Roux En Y Gastrik Bypass (RYGP) ve Mini Gastrik Bypass (MGB)'dir (Buchwald, 2011; Dizlek & Çatal, 2018; Korkmaz, 2018; Deveci & Berk, 2013; Sağlam & Güven, 2014).

Obezite cerrahisi National Institutes of Health (NIH) tarafından 1991 yılında geliştirilen prensipler çerçevesinde hasta seçilmektedir. Bu prensipler (NIH, 1991; Hubbard & Hall, 1991);

- BKİ>40 kg/m² olması veya BKİ>35 kg/m² olması ile beraberinde uyku apnesi, şeker, reflü, hipertansiyon hastalıklarının bulunması,
- Ameliyattan önce uygulanan tüm tedavilerin başarısız olması,
- Ruhsal durumun normal olması,
- Çevre ve aile desteğinin yerinde olması,
- Madde bağımlılığının olması,
- Alkol kullanmaması
- Hastanın yapılacak ameliyat konusunda yeterli bilgiye sahip olmasıdır.

Obezite cerrahisinin kontrendikasyonları ise;

- 65 yaşından büyük ve 18 yaşından küçük olmak,
- Tedavi edilemeyen endokrin hastalığı bulunmak,
- Normal olmayan kan basıncı seviyesi ve ileri derecede kardiyolojik hastalığı bulunmak,
- Gebelik,
- Zihinsel engelli olmak,
- Psikolojik dengesizlik vb. şeklinde sıralanabilir (Sağlam & Güven, 2014).

2.3.4.5.1. İntragastrik Balon

İlk defa 1980’li yıllarda tanıtılmış bir yöntemdir. İlk yapılan işlemlerde kullanılan kateterlerin keskin köşelerinin bulunması ve yerleştirilmesinin zor olması sebebiyle başarısız olmuştur. İlerleyen teknoloji ile beraber zorluklar büyük oranda aşılmıştır. Diğer yöntemlerin aksine en invaziv yöntemdir. Tek başına tercih edilmesine rağmen bazı durumlarda daha çok yardımcı yöntem olarak kullanılmaktadır. En fazla 6 aylık süre sonunda endoskopi yöntemi ile balon çıkartılır (Güngör, 2019).

2.3.4.5.2. Gastrik Pacing (Gastrik Stimülasyon)

Bu yöntemde midenin eksenine veya bir bölümüne elektrotlar yerleştirilir. Bu elektrotlar sayesinde mideye elektriksel dalgalar gönderilir. Elektriksel dalgaların meydana getirdiği kasılmalarla gastrik motor fonksiyon bozukluğu oluşturularak tokluk hissi ile beraber gıda alımının azaltılması hedeflenmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda bu uygulamanın reflüye diğer uygulamalara göre daha fazla sebep olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bu uygulamanın süreçleri hakkında elimizde çok az veri bulunmaktadır (Güngör, 2019).

2.3.4.5.3. Vertikal Band Gastroplasti (VBG)

Bu yöntemde, fundustan dikey bir şekilde mide poşu boşaltılır. Mide duvarı her iki taraftan delinir ve stapler hattının sonundan yuvarlak bir açıklık meydana getirilerek dikilir. En sonda ise bandın 1.5 cm genişliğinde mesh yerleştirilir. Bu işlem mide ağzının genişlemesini engellemek için yapılır. Bu uygulamada anastomoz kaçağı riski azdır (Froylich, vd., 2020).

2.3.4.5.4. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)

Bu uygulama ilk önce 1980'li yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Daha sonra 20. yüzyılın sonlarına doğru laparoskopik ayarlanabilir gastrik band geliştirilmiştir. Bu yöntem için silikon bir band midenin 2-3 cm altına konularak 15-30 ml'lik mide sıvısı oluşturulmaktadır. Bu yöntemde erken tokluk hissi meydana getirilerek besin alımı kısıtlanmaktadır. Bu yöntem bağırsak ve mide rezeksiyonu gerektirmeyen, diğer işlemlere göre uygulaması kolay bir cerrahi işlemdir. Ancak band kayması, band açılması, obstrüksiyon, poş dilatasyonu gibi komplikasyonları taşımaktadır. Aynı zamanda zayıflama diğer uygulamalara göre daha yavaştır (Diwan, vd., 2018).

2.3.4.5.5. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG)

Bu yöntemde mide hacminin 100 ml'ye indirilmesi esastır. Mideye tüp şekline dönüştürüldüğü için tüp mide ameliyatı olarak da bilinmektedir. Bu işlemin en önemli avantajları ciddi kilo kaybı, ameliyat tekniğinin kolay olması pylor sfinkterinin bütünlüğünün bozulmamasıdır. Bu ameliyattan sonra hastaların beslenme durumları dikkatli incelenmediğinde makro ve mikro düzeyde besin öğeleri eksikliğine bağlı olarak optik ve periferik nöropati oluşma olasılığı vardır (Seyit, 2020).

2.3.4.5.6. Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS)

Bu yöntem malabsorbif hem de restriktif bir yöntemdir. Yalnızca Duedonal Switch olarak da adlandırılmaktadır. Hem hormonal denge hem de metabolizmada birtakım etkileri bulunmaktadır. Emilim eksikliğine sebep olacağından ameliyat sonrası dönemde beslenme durumunun çok iyi gözlenmesi gerekmektedir. Uzun dönemde kilo kaybını en iyi sağlayan cerrahi işlem olmasına karşın karmaşık bir operasyon olması ve komplikasyon oranının yüksek olması sebebiyle yetkili merkezlerde yapılması önerilmektedir (Spinosa, vd., 2021).

2.3.4.5.7. Mini Gastrik Bypass (MGB)

İlk olarak 1966 yılında Loop Gastrik Bypass ismiyle yapılmıştır. Ancak özofajit ve safra gastriti nedeniyle kullanımını bırakılmıştır. 1997 yılında mini gastrik bypass adını almış ve 2001 yılında Rutledge tarafından teknik ayrıntıları yayınlanmıştır. Ancak dünya genelinde bariatrik cerrahide çok az sıklıkla kullanılmaktadır (De Luca, vd., 2018).

2.3.4.5.8. Roux En Y Gastrik Bypass (RYGB)

RYGB yöntemi 2000’li yıllarda Loop gastrik bypass ameliyatından türetilmiştir. Teknik mide poşunun bypass edilmiş 30 ml’lik kısmının 100-150 cm’lik Roux kanalına bağlanmasına dayanmaktadır. Bu yöntemde hem midenin hem de bağırsağın büyük bir kısmı bypass edildiğinden dolayı etkinlik oranı çok yüksektir. Bu uygulama sonunda ilk yıl zayıflama oranı %60-70, sonraki beş yıl içerisinde ise %60 civarındadır. Ancak komplike bir yöntem olması nedeniyle ameliyat sonrası beslenme durumunun çok iyi takip edilmesi gerekmektedir. Bu ameliyat sonrasında uyku apnesi, hiperlipidemi, uyku apnesi, hipertansiyon ve Tip 2 diyabet hastalığının düzeldiği tespit edilmiştir (Han, vd., 2020).

2.3.5. Obezite ve Beden Algısı

Beden algısı, bireyin vücudunun bölümlerine ve fonksiyonlarına karşı olumlu ya da olumsuz düşüncelerin değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Beden algısı; cinsiyet, yaş, kilo durumu, bedene verilen anlam, toplum, aile ve çevre baskısından etkilenmektedir. Bireyin kendi bedeni ve olmak istediği beden yapısı arasında bir farklılık var ise beden memnuniyetsizliği meydana gelmektedir (Nayir, vd., 2016).

Beden algısı toplumlara, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Antik çağda tanrıçalar ve kadınlar aşırı kiloluydu ve bu durumları takdir edilmekteydi ancak günümüzde sağlık ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak daha ince ve narin bir vücut yapısı takdir edilmektedir (Abakay, vd., 2017). Bireyler ait oldukları toplumda kabul gören beden yapısı ölçülerine sahip olan bireylerden etkilenerek beden algılama sürecine girmektedirler. Böylece ideal vücut kriterleri bireyin ailesi, sosyal çevresi ve arkadaşları tarafından belirlenmektedir. Psikanalist Jacques Lacan’ın ayna kuramına göre birey 18 aya ulaştığında kendini ve çevresindeki diğer bireyleri karşılaştırır. Çocuklar beş yaşına geldiklerinde diğer çocukların kilo ve görünümüne göre kendilerini değerlendirirler (Ata, vd., 2014).

20. yüzyıl ile birlikte güzellik tanımı tüm dünyada zayıf olmakla eş değer kabul edilmektedir. Bedenine önem veren ve kilo almayan bireylerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri ve dolayısıyla benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Olumlu benden algısı kadınlar için ince vücut hatlarına sahip olmak, erkekler için ise kaslı ve sportif bir vücuda sahip olmak olarak görülmektedir. Fazla kilolu veya obez olan bireylerden, hekim tarafından fazla kilolu olduğu söylenenlerin, kilo verme istekleri ve çabaları son zamanlarda oldukça artmıştır (Boğaz, vd., 2019; Yazdani, vd., 2018).

Beden algısı olumsuz olan bireylerin kilolarını kontrol altına almak için aç kalma, oruç tutma, sağlıksız beslenme, sigara içme, aşırı sıvı tüketme ve aşırı spor yapma gibi eylemlere başvuracağı öngörülmektedir. Kilo ilgili endişelerin düşük benlik saygısına, depresif ruh haline hatta intihar düşüncesine sebebiyet vereceği öngörülmektedir. Özellikle kadınlar kendilerini fazla kilolu erkeklerden daha fazla kilolu olarak algılamaktadırlar. Bunun nedeni ise beden algısı teorilerine göre erkek ve kadınların bedenlerini farklı algılamalarıdır (Rahimi-Ardabili, vd., 2018).

Son yıllarda oluşan tüketim kültürü, üst sosyo-ekonomik sınıfların yaşam tarzını, yeme içme alışkanlıklarını taklit ederek bireylerin daha mutlu ve sosyal olacağı kanısını oluşturmaktadır. Bu kültürde bireylerin sosyal medya aracılığıyla ünlüleri taklit ederek daha üst düzeyde sağlığa kavuşacağı gösterilmektedir. Bu durum ise bireylerin kendi yaşına ve bulunduğu sosyal çevreye ve topluma göre yanlış beden algısı oluşmasına sebep olmaktadır (Bianciardi, vd., 2019).

2.3.6. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi

Medikal turizm, son 20 yılda giderek popülaritesi artan bir sağlık turizmi çeşididir. Hastalar, tıbbi tedavi almak için maliyetlerin ve bekleme sürelerinin daha az olduğu yerlere doğru seyahat etmektedirler (Dalen & Alpert, 2019). Bariatrik cerrahi, medikal turizm alanında yaygın olarak yapılan ve önde gelen tedavi yöntemlerinden biridir (Angrisani, vd., 2017). Obezite eşlik eden komorbiditeleri ile birlikte dünya çapında 650 milyonu morbid obez olan 1.9 milyardan fazla yetişkin bireyi etkilemektedir. Obezite ile ilgili patolojiler ve komplikasyonların önlenmesinde bariatrik ve metabolik cerrahi çok etkilidir (Ataey, vd., 2020). Son yıllarda bariatrik ve metabolik cerrahinin rolü önemli ölçüde artmıştır, 2003 yılından 2014 yılına kadar %300'den fazla bir artışla dünya çapında toplam 594.242 bariatrik cerrahi yapılmıştır. Bariatrik ve metabolik cerrahiyi tercih eden medikal turistler,

kendi ülkelerinden hem daha ucuz hem daha kaliteli sağlık hizmeti veren ülkeleri aramaktadırlar (Parmar, vd., 2021).

Medikal turizm endüstrisi yılda 400 milyar doları aşan bir değere sahiptir. Bu miktara son zamanlarda uzun mesafelere rağmen tedavi olmak isteyen hastaların yoğun talep göstermesi ve aracı kurumların artmasıyla hızlı bir artış göstermiştir. Dünya çapında 2017 yılında ortalama 14-16 milyon sağlık turistinin olduğu ve bu sayının her %25 artacağı tahmin edilmektedir. Bu sayının hızlı artmasının en büyük nedeninin internet üzerinden hızlı bilgiye ulaşılması ve hava yolu taşımacılığının göstermiş olduğu büyük gelişim olduğu öngörülmektedir. Aynı zamanda gelişme olan ülkelerin medikal turizme yaptıkları yatırım ve ucuz maliyet, kaliteli sağlık hizmeti sağlamaları da hızlı artışın önemli nedenlerinden sayılmaktadır. Örneğin ABD'den yurtdışına sağlık hizmeti almak için gidenlerin sayısı 2007 yılında 750.000 iken bu sayı 2017 yılında 1.4 milyona ulaşmıştır (Dalen & Alpert, 2019).

Hastalar sınır ötesi sağlık hizmeti kalitesi ile ilgili olarak birtakım endişeler taşımaktadırlar. Bu noktada uluslararası akreditasyon programları ortaya çıkmıştır. The Joint Commission International (JCI) kuruluşu dünya genelinde hastaneleri akredite ederek ortak standartlar belirlemiş ve tüm dünyada 800'den fazla hastaneyi akredite etmiştir. Bu sayının da her yıl %20 artacağı öngörülmektedir. Ayrıca bu hastanelerin birbirleri arasında iş birlikleri daha yüksek sağlık bakım standardı sağlamakta olup ve sınır ötesi hastalar için daha şeffaf bir ortam sağlamaktadırlar (Parmar, vd., 2021).

Dünya genelinde bariatrik ve metabolik cerrahiye olan ilginin artmasına ve mevcut verilerin eksikliği nedeniyle Uluslararası Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Federasyonu (IFSO) sınır ötesi bariatrik ve metabolik cerrahi işlemleri araştırmaya başlamıştır. Çünkü hayati tehlike dışında bu ameliyatlar tüm dünyada sigorta kapsamı dışında tutulmaktadır. Bu nedenle birçok hasta cerrahi işlem için sınır ötesi seyahat etmektedir. Araştırma sonucunda dünya genelinde 2008 yılında 344.221, 2011 yılında 340.768, 2013 yılında 468.609, 2016 yılında 685.874 ve 2018 yılında 696.191 bariatrik ve metabolik ameliyat gerçekleştirilmiştir (Angrisani, vd., 2021).

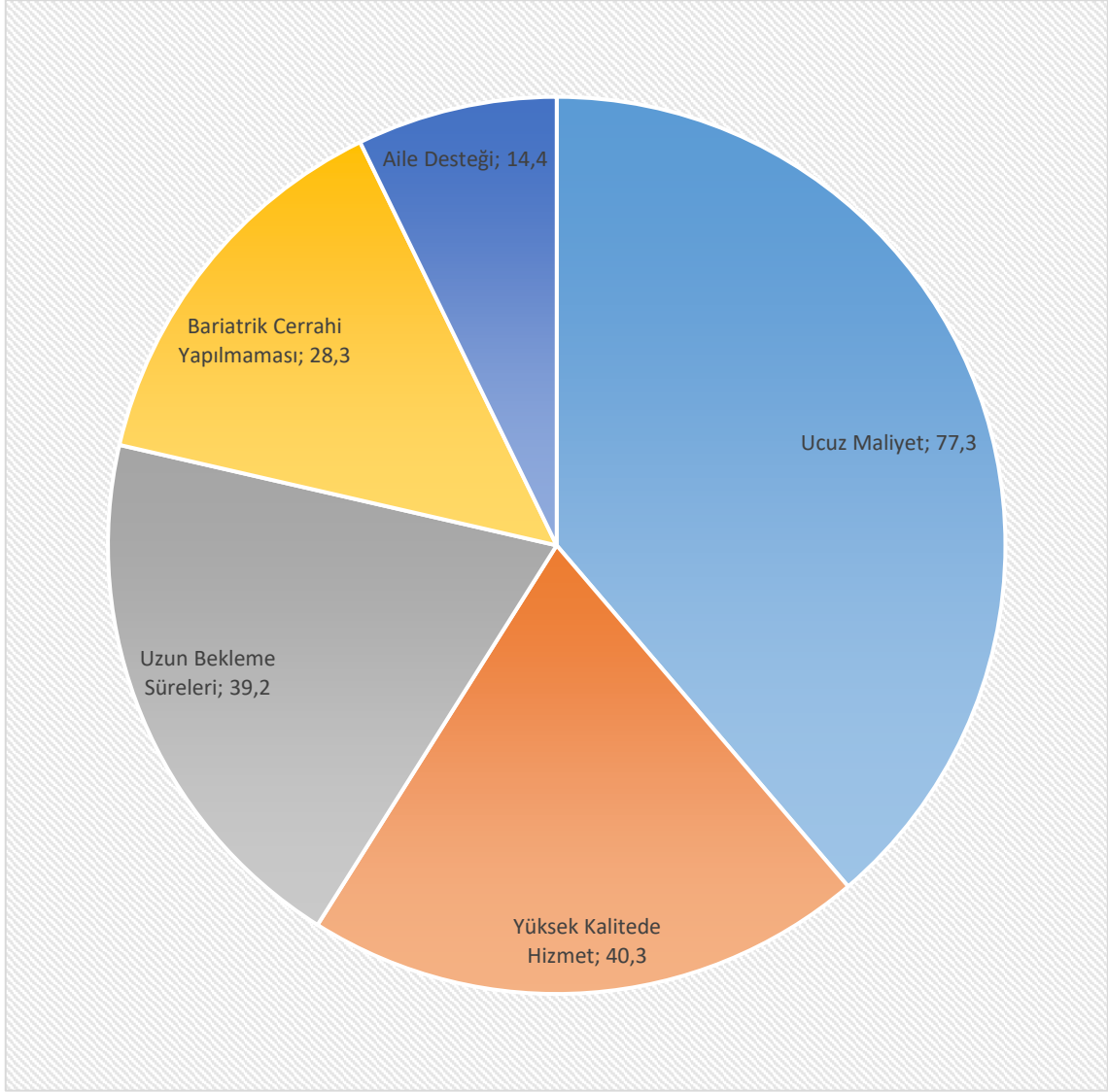
Tablo 2.6 Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (IFSO) 2018 ışığında Dünya’da bölgelere en çok yapılan bariatrik işlemler

Ameliyatlar	Avrupa	Kuzey Amerika	Asya Pasifik	Latin Amerika	Orta Doğu Kuzey Afrika	Toplam
Ayarlanabilir Mide Tüpü	4.592	2.780	1.297	578	510	9.757
Roux-En-Y Gastric Bypass	48.872	47.078	9.488	94.146	4.185	203.769
Sleeve Gastrectomi	104.052	159.461	38.160	56.844	27.579	386.096
Anastomoz Gastrik Baypas	21.962	nr.	14.164	4.044	6.236	46.406
Biliopankreatik Diversiyon	1.322	2.488	1.103	1.138	455	6.506
Diğer Cerrahi Operasyonlar	4.110	5.847	2.807	810	772	14.346
İntragastrik Balonlar	4.829	5.042	3.359	13.034	1.516	27.780
Diğer Endoluminal Prosedürler	613	nr.	195	555	168	1.531
Toplam	190.352	222.696	70.573	17.149	41.421	696.191

Kaynak: Angrisani, vd., 2021.

Tablo 2.6 incelendiğinde Avrupa, Kuzey Amerika, Asya Pasifik ve Orta Doğu Kuzey Afrika en çok Sleeve Gastrektomi; Latin Amerika’da ise Roux-en-Y gastric bypass ameliyatı yapılmıştır.

Parmar ve diğerleri (2021) yılında bariatrik ve metabolik cerrahi ameliyatı olanlarla ilgili olarak yaptıkları araştırmada hastaları bariatrik ve metabolik cerrahi için motive eden nedenleri de araştırmışlardır. Araştırmada bu hastaların %77,3 ile ucuz maliyet nedeniyle sınır ötesi hizmeti tercih ettikleri tespit etmişlerdir. Diğer nedenler Şekil 2.11’de gösterilmiştir (Parmar, vd., 2021).



Şekil 2.11 Bariatrik ve Metabolik Cerrahi Ameliyatı Olanların Motivasyon Nedenleri

(Kaynak: Parmar, vd., 2021)

Obez bireylerin motivasyon nedenlerinden de anlaşılacağı üzere hastaların çoğunluğu ucuz maliyet nedeniyle sınır ötesi hizmet aramaktadırlar. Yapılan araştırmalarda bariatrik ve metabolik cerrahinin en pahalı olduğu ülke 20.000 \$ ile İsrail, 19.200\$ ile İsviçre ve 17.300\$ ile ABD'dir. En ucuz ülkeler ise 3000-4000\$ aralığındaki fiyatları ile Mısır, Ukrayna, Rusya ve Türkiye'dir (Brown, vd., 2020; Angrisani, vd., 2021; Parmar, vd., 2021).

2.4. Obezite ve Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramının tarihi ilk filozoflardan Aristo'ya kadar uzanmaktadır. Aristo iyi bir yaşam için mutluluk kavramına ve belirleyicilerine değinmiştir. Aristo ve daha sonra gelen birçok filozof hayatın temel amacının maksimum düzeyde ve hayatın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla bu iki hedefe ulaşan birey en iyi yaşam kalitesine kavuşmaktadır (Müezzinoğlu, 2005).

Bentham, 1800'lü yılların başında yaşam kalitesinin Psikiyatri'de ölçülebileceğini vurgulamıştır. Bentham çevrenin bireyi haz ve elem gibi iki önemli duygunun egemenliği altına aldığını belirtmiştir. Thurstone ve Lillerti 1920 ve 1930'lu yıllarda günümüzde kullandığımız yaşam kalitesinin temelini oluşturmuşlardır. Thorndike ise yaşam kalitesi kavramının sosyal çevrenin bireye yansıyan tepkisi olarak açıklamıştır. Thorndike Aynı zamanda bireylerin kişisel ve kültürel değerleri, inançları, hedef ve yaşam beklentilerinin birbirinden farklı olması nedeniyle yaşam kalitesi kavramının subjektif olduğunu belirtmiştir. ABD'de 1960'lı yıllarda önce sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin sonraki yıllarda ise psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. Ekonomistler yaşam kalitesini ekonomik İyi olma ile ilişkilendirirken sosyologlar yaşam biçimi ile ilgili Hanımlar yapmışlardır. Psikologlar ise bireyin yaşam hakkında sahip oldukları doğrudan ya da dolaylı algılar üzerinde durmuşlardır (Marandino, vd., 2018).

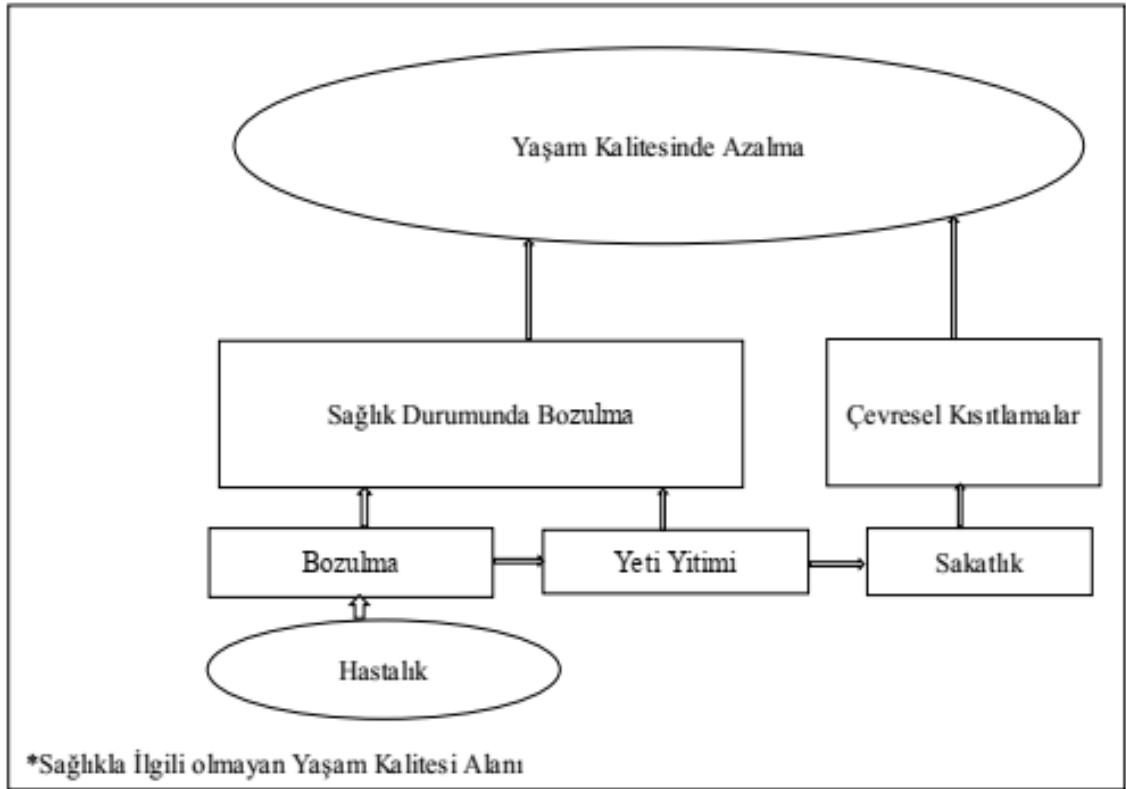
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “*Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamıştır. Yine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi kavramını “*kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içindeki algılayış biçimi şeklinde*” tanımlamıştır (WHO, 2020). Yaşam kalitesi bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını, kültürel ve sosyal yaşamını, umut ve inançlarını, alışkanlıklarını bir bütün olarak kapsayan bir kavramdır. Yaşam kalitesi nesne ve toplumsal olaylardan ziyade bireyin yaşamdan aldığı öznel doyumda ilintilidir. Bu nedenle yaşam kalitesi bireyin istediği yaşam biçimi ile mevcut yaşam biçimi arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Mevcut yaşam biçimi ile istenilen yaşam biçimi arasındaki farkın artması bireyin yaşam kalitesindeki düşüklüğü göstermektedir (Gökçek, vd. 2019).

Yaşam kalitesi birbirinden bağımsız birçok alanı ilgilendiren çok boyutlu bir kavramdır. Bu özelliği ile yaşam kalitesi;

- Hem çevresel hem de bireysel faktörlerden etkilenmektedir.

- Tüm bireyler için aynı faktörlerden oluşmaktadır.
- Öznel ve nesnel olarak değerlendirilebilir.
- İnsan ihtiyaçlarını karşılayabilme amacı ve aitlik duygusu ile yaşam kalitesi yükselmektedir (Cummins, vd., 2005).

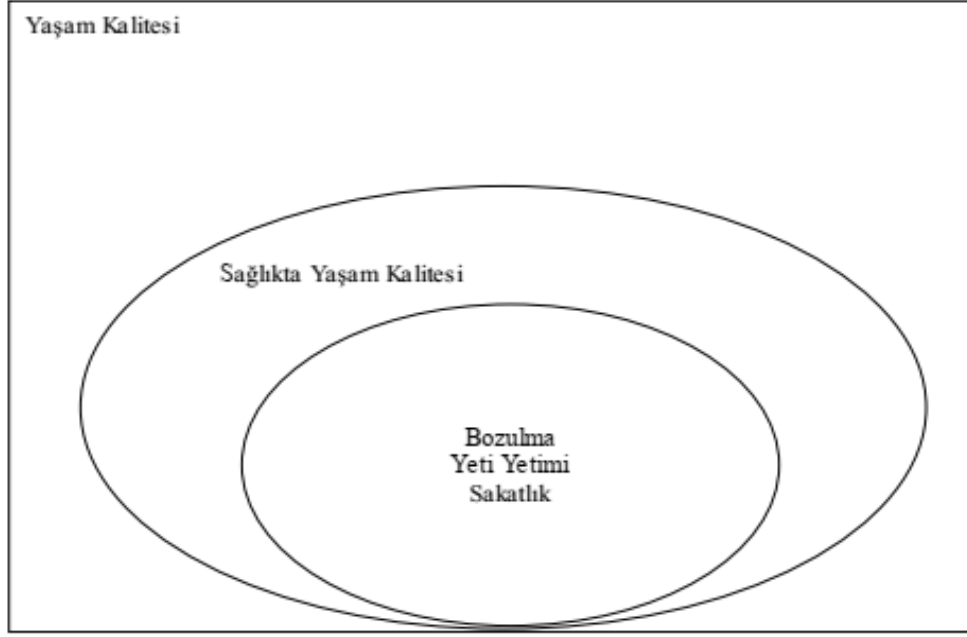
Bu özelliklerden anlaşılacağı gibi yaşam kalitesi kavramı ile sağlık durumu kavramı birbirinden farklıdır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü hastalık, sağlık ve yaşam kalitesi etkileşimini gösteren aşağıdaki modeli geliştirmiştir.



Şekil 2.12 Yaşam Kalitesi ve Hastalık Etkileşimi WHO Modeli
(Kaynak: Müezzinoğlu, 2005)

2.4.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi kavramı yaşam kalitesi kavramının altında yer almaktadır. Kişinin hastalığını ve tedavisini nasıl algıladığına odaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında sağlığı tanımlamasından sonra yaşam kalitesi araştırmalara konu olmuştur (Kocaman, 2014; Fayers, vd. 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “*Kişinin, içinde yaşadığı kültür bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılamasıdır*” şeklinde tanımlamaktadır (Whoqol Group, 1995). Aşağıda Şekil 2.13'te yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilişkisi modellenmiştir.



Şekil 2.13 Yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi

(Kaynak: Müezzinoğlu, 2005)

Bireyin sağlıktan beklentileri, karşılaştığı hastalık ve sakatlık durumu ile başa çıkabilme becerisi ile değişiklik göstermekle beraber bireyin sağlık algısını ve yaşamdan memnuniyetini önemli derecede etkilemektedir (Toraman, 2022). Bu sebeple iki farklı birey aynı sağlık şartlarına sahip olsalar bile yaşam kaliteleri birbirinden çok farklı olabilmektedir (Özer, 2022). Kişilerin tutum ve davranışları değişkendir ve bu değişkenlik zamana ve yaşanan olay ve olgulara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu durumda bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Örnek, kronik hastalığı olan bireyler zamanda Kronik hastalığı yaşatmış oldu olumsuzlukları alışarak kendi yaşam kalitelerini diğer bireylerden daha yüksek olarak algılamaktadırlar. Bu durum yaşam kalitesinin oldukça dinamik bir yapıya sahip olduğunu ne zaman da değişebileceğini bize göstermektedir. Sonuç olarak bireyin şu anki yaşam kalitesi seviyesini bilmek ilerleyen zamanlardaki yaşam kalitesini nasıl değerlendireceğini bize sunmayacaktır. Bu sonuç ise bize bireylerin yaşam kalitesi algısının farklı zamanlarda hassasiyetle tekrar ölçülmesi gerektiğini göstermektedir (Geniş, vd.2022; Haraldstad, vd.2019; Meixner, vd, 2020).

Son yıllarda hekimlerin birey hayatının her yönüne dokunamayacağı genel kabul görmektedir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesini en iyi değerlendirecek kişi yine bireyin kendisi olmaktadır. Fizyolojik olarak yapılan ölçümler hastalığın birey üzerindeki etkisini tam olarak göstermemektedir. Bu yüzden bireyin sağlığı, yaşamı bir iyilik durumu hakkında yine bireyden bilgi alınmaktadır. Bu sebeple sağlıkla ilgili birçok yaşam kalitesi

ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekler tabloda gösterilmiştir. Bu çekerin birçoğunda başlıklar farklılık gösterse de genel olarak yaşam kalitesinin üç temel bileşeni olan bedensel zihinsel ve sosyal iyilik hali ölçülmektedir (Abay, vd. 2020; Özer, 2022).

Tablo 2.7 Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ve bileşenleri

Yaşam Kalitesi Ölçeği	İçerdiği Bileşenler
EuroQoI(EQ-5D)	Öz-Bakım, Hareket, Olağan Etkinlikler Ağrı/Rahatsızlık Anksiyete/Depresyon
Kid- KINDL	Bedensel İyilik Hali Zihinsel İyilik Hali Öz saygı, Aile Arkadaş, Okul
HOQOL-100	Bedensel İyilik Hali Zihinsel İyilik Hali Sosyal İlişkiler Bağımsızlık Seviyesi Çevresel İyilik Hali Din/ Manevilik/Kişisel İnançlar
WHOQOL-Bref	Beden Sağlığı Zihinsel Sağlık Sosyal İlişkiler Çevre
WHOQOL-OLD	Duygusal Fonksiyonlar Özerklik Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Faaliyetler Sosyal Katılım Yakınlık Ölüm ve Ölmek
SF-36	Bedensel İşlev Zihinsel Sağlık Sosyal İşlev Beden Sağlığına Bağlı Rol Kısıtlaması Vitalite (Enerji) Beden Ağrısı Emosyonel (Duygusal) Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlaması Genel Sağlık

2.4.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi kavramı birçok disiplin tarafından araştırma konusu olmuştur. Bu sebeple tam bir tanım yapılamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımından yola çıkarak yaşam kalitesi kavramı incelendiğinde bireyin algıları ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi sübjektif ve objektif olarak değerlendirilmektedir. Objektif göstergeler, çalışma durumu, fiziksel iyilik hali, fiziksel aktivite yapabilme durumu,

hastalık durumu, fonksiyonel yetersizlik karşımıza çıkmaktadır. Subjektif göstergeler ise psikolojik ve duygusal iyilik hali ile yaşam doyumu algısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin birçok faktörden etkilenmektedir (Özgür, vd. 2008; Çalışkan, vd. 2015; Haraldstad, vd. 2019). Bu faktörler genel olarak yaşam kalitesini artıran ve azaltan olmak üzere iki grup halinde incelenmektedir (Heydarnejad, vd., 2011; Douaihy, vd. 2001; Sharma & Purkayastha, 2017; Mülkoğlu, 2022; Eser, 2004; Aylward, vd. 2022; Özgür, vd. 2008; Özer, 2022).

Yaşam kalitesini artıran etkenler;

- Sakin ve güvenli bir yaşam,
- Kültürel değerlere saygı,
- Bireyin sosyal çevresi ile olumlu ilişkileri,
- Ergonomi ve otonomi,
- Aktif ve anlamlı bir yaşantı,
- Ekonomik konfor,
- Fonksiyonel yeterlilik,
- Özgür bir birey olma,
- Çevreden saygı ve itibar görme,
- Mahremiyetine saygı duyulması,
- Kendini ifade edebilmedir.

Yaşam kalitesini azaltan etkenler ise;

- Ekonomik ve sosyal yoksunluk,
- Yoksulluk
- Cinsel ve seksüel fonksiyonlarda bozulma,
- Sosyal çevre ile ilişkilerin bozulması,
- Beden algısındaki olumsuz değişimler,
- Hastalıklar,
- Gelecek kaygısı,
- Aile ilişkilerinin bozulması,
- Çalışma ortamının ve şartlarının bozulması olarak sayılabilir.

2.4.4. Obezite

Yaşam kalitesi kavramı sağlıkta bireylerin iyilik halinin ölçülmesi hedefi doğrultusunda geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi, bireyin mental durumunu, fiziki durumunu, sosyal çevresi ile olan ilişkilerini ve bu çevreden etkilenme düzeylerini içermektedir ve bu durumdan bireyin etkilenme seviyesini gösterir (Yıldız & Çetinkaya, 2020). Dünya Sağlık Örgütü; yaşam kalitesini “bireylerin içinde buldukları toplumun normları, değerleri ve kültürü içinde hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve alakalarına göre yaşamdaki kendi pozisyonlarını algılama biçimidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü bireylerin hem iyilik halini hem de yaşam kalitesini ölçmek için 1980’li yıllardan beri çalışmalar yapmaktadırlar (WHO, 1998).

Diyabet, hipertansiyon, obezite, kalp ve damar hastalıkları gibi birçok hastalık bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalıklardan özellikle obezite hem diğer hastalıkların oluşmasını tetiklemekte hem de risk faktörlerini artırarak bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden olumsuz etkilemektedir (Sturgiss, vd. 2018). Aynı zamanda obezite morbidite ve mortalitenin önlem alınması gereken bir sebebi olduğundan yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Roberts & Fowler, 2017).

Obezite bireylerin düşük yaşam kalitesi ile bağlantılı olarak fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamalarına sebep olmaktadır. Obez bireyler, kiloları ve fiziksel görünüşleri sebebiyle sosyalleşme konusunda zorluklar yaşadıkları için kendilerini toplumdan soyutlamaktadırlar. Belli bir zaman sürecinde ise bu soyutlama bir yaşam biçimi haline dönüşebilmektedir. Bundan dolayı fiziksel açıdan zaten kısıtlanmış olan obez bireylerin gün geçtikçe yaşam kalitelerini daha da bozmaktadır (Giuli, vd., 2014).

Obezite bireylerin sağlıkla ilgili harcamalarının artmasına bağlı olarak yaşam kalitelerini düşürdüğü gibi iş ve eğitim çevreleri tarafından kabul edilme konusunda çekinceler oluşturarak bireylerin iş bulma konusunda da zorluk yaşamalarına da sebebiyet vererek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Es & Güngör Tavşanlı, 2021).

Yaşam kalitesi ve obezite arasındaki ilişki doğru orantılıdır. Aşırı obezite toplumda birçok birey için psikososyal bir problemdir. Obez bireylerde sadece vücut görüntüsü değil cinsel işlev bozukluğu da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Obez kadın ve erkeklerin beden algılarındaki memnuniyetsizlik istemeden de olsa cinsel aktivitelerinde azalmaya dolaylı olarak da yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle

birçok birey çeşitli yollarla obezite tedavisi olmayı tercih etmektedir. Bu tedavilerden bir tanesi de bariatrik cerrahidir. Bariatrik cerrahi ile kilo kaybı yan hastalıkların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Elrefai, vd. 2017).

Bariatrik cerrahiden sonra, bireylerin sadece kilo kayıpları olmamakta aynı zamanda obezitenin neden olduğu yaşam kalitesi düşüşünde de azalmalar meydana gelmektedir (Janik, vd., 2016). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki iyileşmeler cerrahi sonrası tutarlı bir şekilde gözlemlenirken, kilo kaybı iyileşmenin sadece bir kısmını oluşturmaktadır ve bu durumda diğer faktörlerin cerrahi post operatif dönemde yaşam kalitesinin de değiştiğini düşündürmektedir (Sarwer & Steffen, 2015).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeleri etkileyen önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite prevalansı dünya genelinde 1980'den 2018 yılına kadar üç kat artmıştır. Obezite morbidite ve mortalite ile yakından ilişkili birçok hastalığın önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Bu hastalıklardan en önemlileri koroner kalp hastalığı, Tip 2 diyabet ve hipertansiyondur. Bu nedenle hastalar obezite tedavisi için yeni tedavi yöntemleri aramaktadırlar. Aynı zamanda birçok ülke de obezitenin büyük bir toplumsal sağlık problemi olmasından dolayı obeziteyi önlemek için yeni projeler geliştirmektedirler.

Obezite tedavisi oldukça maliyetlidir ve birçok ülkede tedavi ücretleri devlet tarafından karşılanmamaktadır. Özellikle son yıllarda bariatrik cerrahinin gelişmesi ile beraber hastalar daha az maliyet ile tedavi olmak için alternatif yollara başvurumaktadırlar. Burada devreye son yirmi yılda hızlı bir artış gösteren medikal turizm girmektedir. Birçok ülkede gelişen medikal turizm hareketinden faydalanarak daha fazla döviz getirisi elde etmek, cari dengeyi sağlamak, ülkenin imajına katkı sağlamak ve buradan elde ettiği gelirlerle işsizliği azaltmak için medikal turizm alanında yeni yatırımlar geliştirmektedir. Yapılan bu yatırımlar sayesinde dünya genelinde birçok medikal turist farklı kaynaklardan elde ettiği bilgilerle aynı sağlık hizmetini daha kaliteli ve ucuz almak için farklı destinasyonları tercih etmektedir.

Türkiye son 20 yılda sağlık alanında yapmış olduğu yatırımlarla bu destinasyonlardan biridir. Özellikle son 10 yılda dünya genelinde medikal turizmde ilk 10 destinasyon arasında yer almaktadır. Bunun nedenleri arasında maliyetlerin düşük olması, bekleme süresinin kısalığı ve gelen hastalara farklı turizm alternatifleri sunması olduğu söylenebilir. Bu nedenle bariatrik cerrahi işlem yaptıracak hastalar tarafından da tercih edilmektedir. Ancak medikal turizmde ilk 10 destinasyon arasında olmasına rağmen medikal turizm ile ilgili yapılan çalışmalarda istenilen seviyede değildir. Özellikle literatürde obezite ameliyatı olmuş medikal turistlerle yapılmış özel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu gerekçelerle planlanan çalışmanın yakın amacı, medikal turizm kapsamında obezite ameliyatı için ülkemizi tercih eden obez bireylerin beden imajı, hasta memnuniyetleri ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın uzak amacı ise beden imajı, hasta memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitesi

arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak medikal turizm ile ilgili daha sonra yapılacak çalışmalara kaynak sağlamaktır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Samsun ilinde bulunan sağlık turizmi yetki belgesine sahip özel hastanelerde 2015-2022 yılları arasında obezite ameliyatı (Sleeve Gastrektomi, Gastrik Band, Gastrik Plikasyon, Roux-en Y Gastrik Bypass, Mini Gastrik Bypass, Tek Anastomozlu Gastrik Bypass, Duodenal Switch) olan 18 yaş üstü, mental yeterlilikte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden Türkçe ya da İngilizce bilen 329 medikal turistler oluşturdu (Samsun İSM, HBYS). Araştırmanın minimum örnek büyüklüğü prevalans %50 olarak ve yanılğı payı %5 ve %95 güven seviyesinde %80 güçle 178 olarak belirlendi (Gürbüz & Şahin, 2018).

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin toplanmasında 4 bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Anket formları İngilizce ve Türkçe olarak uygulandı. Veriler 01.09.2021- 31.10.2022 tarihleri arasında çevrimiçi, yüz yüze ve bırak-topla yöntemi ile toplandı.

Araştırma verileri; bireylerin kişisel özelliklerini belirlemeye ilişkin “Kişisel Bilgi Formu”, “Beden Algısı Ölçeği”, “Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “ Hasta Memnuniyet Ölçeği” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini ortaya çıkarmak için yazar tarafından oluşturulmuş 26 ifadeden oluşmaktadır.

Beden Algısı Ölçeği: Orijinal adı Body-Cathexis Scale (BCS) olan ölçek, 1953 yılında Secard ve Jurard tarafından geliştirilmiş, Kişinin 40 ayrı vücut bölümünden ya da işlevinden memnuniyetini belirleyen bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe Geçerlilik ve güvenilirliği Hovardaoğlu (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5’li Likert tipi ile skorlanmıştır (1 = Hiç Beğenmiyorum, 2 = Pek Beğenmiyorum, 3 = Kararsızım, 4 = Oldukça beğeniyorum, 5 = Çok beğeniyorum). En olumlu ifade 5 puan, en olumsuz ifade ise 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 200, en düşük toplam puan 40’dır. Ölçeğin kesme puanı 135’dir. Bu puanın üstü aşırı memnuniyet olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, kişinin beden bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin artmasına, puanın azalması ise memnuniyetin azalmasını belirtmektedir (Secard & Jurard; 1953; Hovardaoğlu, 1993). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alph değeri 0,971 bulundu.

Yaşam Kalitesi Ölçeği: 1988 yılında başlayan EUROHIS projesi, Avrupa’da 8 temel gösterge için (*kronik bedensel sağlık sorunları, mental, sağlık, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, tedavi edici hizmetlerin kullanımı, ilaç kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve yaşam kalitesi*) alanda kullanılmak üzere yaşam kalitesi ölçekleri geliştirmeyi hedefleyen bir projedir. WHOQOL ölçekleri birden çok merkezde aynı anda geliştirilmiş ölçeklerdir. Proje sonunda 50’den fazla ülke ve kültürde kullanılabilir Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) oluşturulmuştur.

WHOQOL-100 ve bu formun en kısa şekli olan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. İlk çalışmada ölçeklerin Cronbach alpha katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Whoqol Group, 1998; Group, 1998). Daha bu ölçeklerden alınan maddelerden oluşan 8 ifadelik EUROHIS (WHOQOL-8) diğer adıyla Avrupa Sağlık Etki Ölçeği geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Etki Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği 2006 yılında Schmidt ve diğerleri tarafından “The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study”adlı çalışmada gerçekleştirilmiştir. Çalışma 10 ülkede (Fransa 400, Almanya 401, Birleşik Krallık 402, Litvanya 455, Letonya 323, Hırvatistan 361, Romanya 602, Çekya 512, Slovakya 400, İsrail 992) ve 4849 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın Cronbach alpha katsayısı 0.80 olarak tespit edilmiştir (Schmidt vd., 2006). Yine aynı ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Rocha ve diğerleri tarafından “The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF” adlı çalışma ile yapılmıştır. Çalışmaya Avustralya, Brezilya, İsrail, Rusya, İspanya ve Birleşik Krallık’tan katılan 2359 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın Cronbach Alpha katsayısı 0.78 olarak tespit edilmiştir (Rocha vd., 2012). Çalışmanın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve diğerleri (2011) tarafından “EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri” adlı çalışma ile Manisa kent merkezinde yarı kentsel bölgede yaşayan 616 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın Cronbach alpha değeri 0.85 olarak tespit edilmiştir (Eser vd., 2011). Ölçeğin amacı bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Ölçek 5’li Likert ile skorlanmıştır. Cevapların uç sözcükleri “1-hiç...” ve “5- çok...” dur. Ölçek puanlamasında en düşük puan 8 en yüksek puan 40’tır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı öngörülmektedir (Eser vd., 2011). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alph değeri 0,908 bulundu.

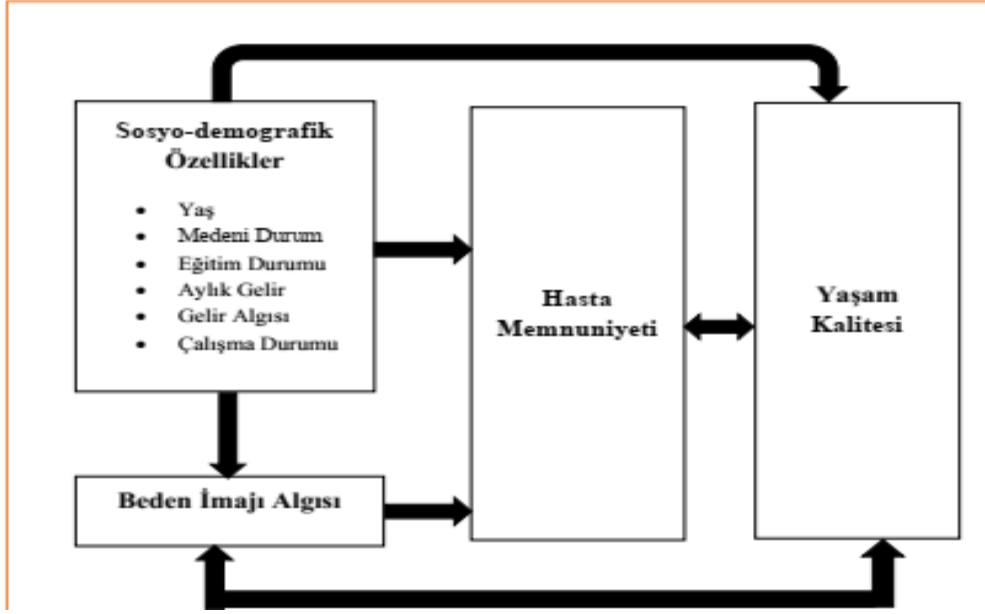
Hasta Memnuniyet Ölçeği: Ölçek ifadeleri Newsome and Wright (1999), Narayanan and Greco (2014); Chang and Chang (2013), Stewart and Spencer (2005) ve Bahadori, Raadabadi, Ravangard, and Baldacchino (2015) çalışmalarından yararlanılarak geliştirilen ölçeğin İngilizce ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Jaapar vd. (2017), Iranmanesh vd. (2018) ve Orak (2018) tarafından tek faktör ve 16 ifade olarak delphi yöntemi yapılmıştır. Çalışmaların Cronbach alpha değeri 0.93 ve 0.90 olarak tespit edilmiştir (Jaapar vd., 2017; Iranmanesh, vd., 2018; Oral, 2018). Ölçek 5’li Likert tipinde (1: Kesinlikle Katılmıyorum; 5: Kesinlikle Katılıyorum) skorlanmıştır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 16 en yüksek puan 80’dir. Toplam puanın yükselmesi memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu anlamını taşımaktadır. Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alph değeri 0,951 bulundu.

3.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma kısıtları, araştırmacı tarafından ideal olarak görülen ve normal olarak yapılmak istense de birtakım sebeplerle terk edilmesi gereken şeyler olarak tanımlanmaktadır. Kısıtlar, çalışma için uygun görülen koşullardan sapmalara neden olmaktadır. Bu sapmalar araştırmacının, bilgi ve becerilerinin yanı sıra etki alanının araştırmacının kontrolü dışında olmaları ve uygun olmamalarından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple araştırma için uygun olmayan kısıtların belirlenmesi gerekmektedir (Karasar, 2013).

- Bu araştırma da birtakım kısıtlar çerçevesinde yürütülmüş olup, bu kısıtlar şunlardır: Araştırma evren ve örnekleminin Samsun ilinde bulunan sağlık turizmi yetki belgesine sahip özel hastanelerde yapılması,
- Verilerin toplanmasında kullanılan anket formundaki ifadeler,
- Anketlerin uygulandığı 1 Eylül 2021-31 Ekim 2022 tarihleri arasında yapılması,
- Anket formlarının sadece Türkçe ve İngilizce dilinde uygulanması
- Araştırmaya katılan medikal turistlerin belli ülkelerden gelmiş olmasıdır.

3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler



H₀: Medikal turistlerin sosyo-demografik özellikleri ve beden imajı algısı ile hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: : Medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır

H₅: Sosyal statü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Aile türü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır

H₇: Aylık gelir ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₈: Gelir algısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

- H₉: Çocuk sahibi olma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₀: Kronik Hastalık durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₁: Engellilik durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₂: Sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₃: Alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₄: Egzersiz yapma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₅: Medikal turistlerin beden imajı algısı yaşam kalitelerini etkilemektedir.
- H₁₆: Cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₇: Yaş ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₈: Medeni durum ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₁₉: Eğitim durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₂₀: Sosyal statü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₂₁: Aile türü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₂₂: Aylık gelir ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.
- H₂₃: Gelir algısı ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₄: Çocuk sahibi olma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₅: Kronik Hastalık durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₆: Engellilik durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₇: Sigara kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₈: Alkol kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₉: Egzersiz yapma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₀: Medikal turistlerin beden imajı algısı hasta memnuniyetlerini etkilemektedir.

H₃₁: Medikal turistlerin beden imajı algısı ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.

H₃₂: Medikal turistlerin beden imajı algısı ile hasta memnuniyetleri arasında bir ilişki vardır.

H₃₃: Medikal turistlerin hasta memnuniyetleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışma sonucunda toplanan veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) 25 programına aktarıldı. Analizlerin ilk adımı olan normallik testi yapıldı. Araştırmada kullanılan ölçeklerin çarpıklık ve basıklık (skewness ve kurtosis) değerlerine bakıldı. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ila +1.5 olduğunda dağılımın normal dağılım olduğu kabul edildi (Tabachnick, vd., 2007). Yapılan analiz sonucunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ila+1.5 arasında belirlendi ve verilerin normal dağıldığı varsayıldı (Tablo 8). Bu nedenle verilerin analizinde yüzde, frekans, ortalama, t testi, ANOVA testi, korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanıldı.

Tablo 3.1 Çarpıklık ve basıklık değerleri (Skewness and Kurtosis)

ÖLÇEKLER	ÇARPIKLIK (SKEWNESS)	BASIKLIK (KURTOSİS)
Yaşam kalitesi ölçeği	-0,129	-0,89
Hasta memnuniyeti ölçeği	0,064	-1,142
Beden algısı ölçeği	-0,782	-0,183

Tablo 3.1’de Yaşam kalitesi ölçeğinin çarpıklık basıklık değeri (-0,129/-0,89), hasta memnuniyet ölçeğinin çarpıklık basıklık değeri (0,064/-1,142) ve beden algısı ölçeğinin çarpıklık basıklık değeri (-0,782/-0,183) olarak tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında verilerin normal dağıldığı varsayılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Katılımcıların %37,4'ü erkek, %62,6'sı kadın, %65,9'u evli, %34,1'i bekar, %25,3'ü 40-49 yaş aralığında, %17,6'sı 50 yaş üzerinde, %39'u 30-39 yaş aralığında ve %18,1'i 19-29 yaş aralığındadır. Ameliyat öncesi kiloları $114,62 \pm 16,241$ kg ve boyları $168,93 \pm 7,709$ cm ve ameliyat öncesi BKİ 40,39 olarak hesaplanmıştır (HSGM, 2022). Katılımcıların %39,4'ü lise, %29,4'ü lisans mezunu, %76,4'ü çekirdek aile, %41,4'ü aylık geliri 0-2000\$, %39,2'sinin 2001-4000\$, %46,2'sinin geliri giderden fazla, %64,8'i çocuk sahibi, %75,8'inin kronik hastalığı yok, %93,4'ünün engeli yok, %24,2'si sigara, %35,2'si nadiren alkol kullanmaktadır ve %25,9'u haftada bir defa egzersiz yapmaktadır. Katılımcıların geldikleri ülkeler ise %35,2 ile Almanya, %9,9 ile Irak, %7,1 ile Fransa, %6,1 ile Kosova, %5,5 ile Hollanda ve %36,2 ile diğer ülkelerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n:182)

	n	%
Cinsiyetiniz		
Erkek	68	37,4
Kadın	114	62,6
Yaşınız		
19-29	33	18,1
30-39	71	39
40-49	46	25,3
50+	32	17,6
Medeni Durum		
Evli	120	65,9
Bekar	62	34,1
Ameliyat öncesi kilonuz (kg) (min-max) (84-156)	114,62±16,241	
Boyunuz (cm) (min-max) (150-190)	168,93±7,709	
Eğitim durumunuz		
İlköğretim	7	3,9
Lise	71	39,4
Ön lisans	39	21,7
Lisans	53	29,4
Lisansüstü	10	5,6
Aile Türü		
Geniş aile	22	12,1
Çekirdek aile	139	76,4
Tek ebeveynli aile	21	11,5
Sosyal Statü		
Üst sosyal statü	117	63,2
Alt sosyal statü	65	36,8

Gelir durumunuz (\$)		
0-2000	75	41,4
2001-4000	71	39,2
4001-6000	35	19,2
6001+	1	0,2
Sizce geliriniz nasıldır?		
Gelir gideri karşılıyor	40	22
Gelir giderden fazla	84	46,2
Gelir giderden az	58	31,9
Çocuğunuz var mı?		
Evet	118	64,8
Hayır	64	35,2
Çocuk sayısı (min-max) (1-4)		2,09+0,736
Kronik Hastalığınız var mı?		
Evet	44	24,2
Hayır	138	75,8
Kronik Hastalığınızın Nedir?		
Diyabet	46	64,7
Hipertansiyon	17	23,94
Kalp yetmezliği	3	4,25
Diğer	5	7,11
Yaşamınızı güçleştirecek herhangi bir bedensel engeliniz var mı?		
Evet	12	6,6
Hayır	170	93,4
Bedensel engeliniz nedir?		
Ortopedik engel	12	100
Bulaşıcı Hastalığınız var mı?		
Hayır	182	100
Sigara Kullanıyor musunuz?		
Evet	44	24,2
Hayır	138	75,8
Alkol kullanıyor musunuz?		
Hiç içmem	91	50
Nadiren	64	35,2
Ayda bir veya birkaç kez	27	14,8
Genellikle ne sıklıkla nefes nefese kalarak veya terleyerek egzersiz yaparsınız (Fiziksel aktivite)?		
Haftada 4-6 kez	7	3,8
Haftada 2-3 kez	28	16,1
Haftada bir defa	45	25,9
Ayda 1 defa	32	18,4
Ayda bir defadan daha az	20	11,5
Hiç yapmam	42	24,1
Geldiğiniz Ülke		
Almanya	64	35,2
Irak	18	9,9
Fransa	13	7,1
Kosova	11	6,1
Hollanda	10	5,5
Diğer	66	36,2

Sosyal statü grupları Boratay (1999) çalışmasından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Katılımcıların %37,4'ü erkek, %62,6'sı kadın, %65,9'u evli, %34,1'i bekâr, %25,3'ü 40-49 yaş aralığında, %17,6'sı 50 yaş üzerinde, %39'u 30-39 yaş aralığında ve %18,1'i 19-29 yaş aralığındadır. Ameliyat öncesi kiloları 114,62±16,241 kg ve boyları 168,93±7,709 cm ve ameliyat öncesi BKİ 40,39 olarak hesaplanmıştır (HSGM, 2022). Katılımcıların %39,4'ü lise, %29,4'ü lisans mezunu, %76,4'ü çekirdek aile, %41,4'ü aylık geliri 0-2000\$, %39,2'sinin 2001-4000\$, %46,2'sinin geliri giderden fazla, %64,8'i çocuk sahibi, %75,8'inin kronik hastalığı yok, %93,4'ünün engeli yok, %24,2'si sigara, %35,2'si nadiren alkol kullanmaktadır ve %25,9'u haftada bir defa egzersiz yapmaktadır. Katılımcıların geldikleri ülkeler ise %35,2 ile Almanya, %9,9 ile Irak, %7,1 ile Fransa, %6,1 ile Kosova, %5,5 ile Hollanda ve %36,2 ile diğer ülkelerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Katılımcıların yeme-içme alışkanlıkları

Yeme Alışkanlığı	Hiç yemem		Bazen yerim		Her gün yerim	
	n	%	n	%	n	%
Kahvaltı	2	1,1	46	25,3	134	73,6
Öğle Yemeği	2	1,1	65	35,7	115	63,2
Akşam Yemeği	2	1,1	38	20,9	142	78
Sebze Yemekleri	2	1,1	97	53,3	83	45,6
Meyveler	19	10,4	132	72,5	31	17
Et, Tavuk, Balık, Yumurta	15	8,2	118	64,8	49	26,9
Süt, Ayran, Peynir, Yoğurt gibi süt ve süt ürünleri	9	4,9	111	61	62	34,1
Hamburger, Tost, Pizza	51	28	124	68,1	7	3,8
Cips	69	37,9	106	58,2	7	3,8
Kola, Gazoz, Gazlı İçecekler	57	31,3	116	63,7	9	4,9

Katılımcıların %73,6'ü kahvaltısını, %63,2'si öğle yemeğini ve %78'i akşam yemeğini her gün yemektedir. %53,3'ü sebze yemeklerini, %72,5'i meyveleri ve %64,8'i et, tavuk, balık ve yumurtayı bazen yemektedir. Yine %61'i süt ürünlerini, %68,1'i hamburger, tost ve pizzayı, %58,2'si cipsi ve %63,7'si gazlı içecekleri bazen tüketmedirler (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 Katılımcıların diğer özellikleri

	n	%
Geliş şekliniz		
Kendi imkânı	174	95,6
Seyahat acentesi	6	3,3
Aracı kurum	2	1,1
Türkiye'yi tercih etmenizde etkili olan faktör nedir?		
Fiyat avantajı	31	17
Kaliteli sağlık hizmeti	70	38,5
Alanında uzman sağlık çalışanları	25	13,7
Kültürel yakınlık	54	29,7
Bekleme süresinin olmaması	2	1,1
Burada almış olduğunuz sağlık hizmetini başkalarına tavsiye eder mi siniz?		
Evet	173	95,1
Hayır	9	4,9
Sağlık hizmetleri için tekrar burayı tercih eder misiniz?		
Evet	173	95,1
Hayır	9	4,9
Ameliyat öncesi son üç ayda sizi yoğun etkileyecek dönemde yaşamınızı etkileyecek bir travma yaşadınız mı?		
Evet	39	21,4
Hayır	143	78,6
Travmanız nedir		
Anksiyete	10	25,64
Depresyon	29	74,36
Ameliyat sonrası 1 yıl içinde sizi yoğun etkileyecek dönemde yaşamınızı etkileyecek bir travma yaşadınız mı?		
Evet	25	13,7
Hayır	157	86,3
Travmanız nedir		
Anksiyete	10	40
Depresyon	15	60
Ameliyat sonrası komplikasyon yaşadınız mı?		
Kaçak	1	0,5
Emboli	1	0,5
Enfeksiyon	2	1
Kardiyak Problemler	1	0,5
Hayır Yaşamadım	177	97,5

Katılımcıların %95,6'sı kendi imkânı ile gelmiş, %38,5'i kaliteli sağlık hizmeti, %29,7'si kültürel yakınlık, %17'si fiyat avantajı, %13,7'si alanında uzman sağlık çalışanları nedeniyle sağlık kurumu tercih etmiş, %95,1'i aldıkları sağlık hizmetini

tavsiye etme niyetinde ve %95,1'i sağlık hizmeti almak için tekrar tercih etme eğilimindedir. Katılımcılardan ameliyat öncesi ilk üç ayda travma yaşayan 39 hastanın (21,4) %74,36'sı depresyon, %25,64'ü anksiyete yaşamış, ameliyat sonrası 1 yıl içinde travma yaşayan 25 hastanın (13,7) %60'ı depresyon, %40'ı ise anksiyete yaşamıştır. Yine katılımcılardan ameliyat sonrası komplikasyon yaşayan 5 hastanın %1'i enfeksiyon, %0,5'i kaçak, %0,5'i emboli ve %0,5 kardiyak problemler yaşamıştır (Tablo 4.3).

4.2. Ölçekler ve Puan Ortalamaları

Tablo 4.4 Ölçekler ve puan ortalamaları

Ölçekler	Min-Max	\bar{X}	SS	Cronbach's Alpha
Memnuniyet Ölçeği	16-80	66,813	8,872	0,951
Beden İmajı Algısı Ölçeği	40-200	129,934	24,592	0,971
Yaşam Kalitesi Ölçeği	8-40	27,011	4,004	0,908

Analiz sonucunda katılımcıların memnuniyet ölçeği puan ortalaması $66,813 \pm 8,872$, cronbach's alpha değeri 0,951, beden imajı algısı ölçeği puan ortalaması $129,934 \pm 24,592$, cronbach's alpha değeri 0,971 ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $27,011 \pm 4,004$ ve cronbach's alpha değeri 0,908 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

4.3. Yaşam Kalitesi ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 4.5 Cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Cinsiyetiniz		
Erkek	27,176	4,408
Kadın	26,913	3,759
p		0,681

Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna göre; “ H_1 : Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.6 Yaş değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Yaşınız			
19-29	29,121	3,919	
30-39	26,620	3,658	1>2
40-49	25,848	4,120	
50+	27,375	3,957	
p		0,002	
F		4,970	

Katılımcıların yaş değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). 19-29 yaş aralığında olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları $29,121 \pm 3,919$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve 19-29 yaş ile 30-39 yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre; “H₂: Yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.7 Medeni durum değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Medeni Durumunuz		
Evli	26,050	3,953
Bekar	28,871	3,428
p		0,000

Katılımcıların medeni durum değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bekâr olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları ($28,871 \pm 3,428$), evlilere ($26,050 \pm 3,953$) göre daha yüksektir. Buna göre; “H₃: Medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. ” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.8 Eğitim durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Eğitim durumunuz			
Lise ve altı	29,000	3,742	
Ön lisans-Lisans	29,094	2,760	3<2
Lisansüstü	29,200	1,549	
p	0,000		
F	9,930		

Katılımcıların eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları $29,200 \pm 1,547$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve lisansüstü eğitim düzeyi ile ön lisans-lisans eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “H₄: Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.9 Sosyal statü değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam Kalitesi	
	\bar{X}	SS
Statü Durumu		
Üst sosyal statü	28,666	2,708
Alt sosyal statü	31,330	1,032
p	0,000	
F	8,252	

Katılımcıların sosyal statüsü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Alt sosyal statüde olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları ($31,330 \pm 1,032$) ile üst sosyal statüde olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Buna göre; “H₅: Çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.10 Aile türü değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Aile Türü			
Geniş aile	25,364	5,095	
Çekirdek aile	27,014	3,794	3<1
Tek ebeveynli aile	28,714	3,538	
p	0,022		
F	3,882		

Katılımcıların aile türü değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Tek ebeveynli olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları ($28,714 \pm 3,538$) ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve işveren ile tek ebeveynli geniş aile arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “H₆: Aile türü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.11 Aylık gelir değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam Kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Aylık Geliriniz (\$)			
0-2000	27,107	3,415	
2001-4000	27,070	4,207	
4001-6000	26,657	4,832	
p	0,849		
F	0,163		

Katılımcıların aylık geliri ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna göre; “H₇: Aylık gelir ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Gelir algısı değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam Kalitesi		Anlamlılık	
	\bar{X}	SS		
Sizce geliriniz nasıldır?				
Gelir gideri karşılıyor	28,875	3,777		
Gelir giderden fazla	28,931	3,460	2<1	2<3
Gelir giderden az	24,798	3,211		
p	0,000			
F	32,001			

Katılımcıların gelir algısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Geliri giderden olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları ($28,931 \pm 3,460$) ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve Geliri giderini karşılayanların ile geliri giderden fazla olanlar ve geliri giderden fazla olanlar ile gelir giderden az olanların arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_8 : Gelir algısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.13 Çocuk durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Çocuğunuz var mı?		
Evet	26,440	3,747
Hayır	28,062	4,272
p		0,009

Katılımcıların çocuk durumu değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocuğu olmayanların yaşam kalitesi puan ortalaması ($28,062 \pm 4,272$), çocuk sahibi olanlara ($26,440 \pm 3,747$) daha yüksektir. Buna göre; “ H_9 : Çocuk durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.14 Kronik hastalık değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Herhangi Bir Kronik Hastalığınız var mı?		
Evet	27,840	4,017
Hayır	26,746	3,978
p		0,115

Katılımcıların kronik hastalık durumu değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “ H_{10} : Kronik hastalık durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.15 Engellilik durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Yaşamınızı güçleştirecek herhangi bir bedensel engeliniz var mı?		
Evet	27,416	3,476
Hayır	26,984	4,046
p	0,718	

Katılımcıların bedensel engel durumu değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “ H_{11} : Bedensel engel durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Sigara durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam kalitesi	
	\bar{X}	SS
Sigara Kullanıyor musunuz?		
Evet	27,113	3,597
Hayır	27,000	4,174
p	0,872	

Katılımcıların sigara kullanma durumu değişkeni ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “ H_{12} : Sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.17 Alkol kullanma durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam Kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Alkol kullanıyor musunuz?			
Hiç içmem	25,879	4, 123	
Nadiren	28,703	3,584	1<2
Ayda bir veya birkaç kez	26,815	3,175	
p	0,000		
F	10,353		

Katılımcıların Alkol kullanma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Nadiren alkol kullananların yaşam kalitesi puan ortalaması $28,703 \pm 3,584$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve hiç alkol kullanmayanlar ile nadiren alkol kullananlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_{13} : Alkol kullanma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.18 Egzersiz yapma durumu değişkenine göre yaşam kalitesi ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Yaşam Kalitesi		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Genellikle ne sıklıkla nefes nefese kalarak veya terleyerek egzersiz yaparsınız? (Fiziksel aktivite)?			
Haftada 4-6 kez	31,000	3,123	
Haftada 2-3 kez	26,750	3,503	
Haftada bir defa	28,467	3,307	2<1 6<1
Ayda 1 defa	28,875	3,883	6<2
Ayda bir defadan daha az	27,000	2,000	
Hiç yapmam	24,071	3,188	
P	0,000		
F	12,888		

Katılımcıların egzersiz yapma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Haftada 4-6 kez egzersiz yapanların yaşam kalitesi puan ortalaması $31,000 \pm 3,123$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve haftada 2-3 kez egzersiz yapanlar ile haftada 4-6 kez egzersiz yapanlar, hiç egzersiz yapmayanlar ile 4-6 kez egzersiz yapanlar, hiç egzersiz yapmayanlar ile 2-3 kez egzersiz yapanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre; “ H_{14} : Egzersiz yapma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Çoklu Regresyon Analizi

Tablo 4.19 Yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi

Değişkenler	B	SH	β	T	p
Sabit	9	2,983		3,041	0.000*
Cinsiyet	-0,446	0,395	-0,054	-1,131	0,260
Yaş	0,821	0,294	0,199	2,797	0,128
Medeni Durum	3,642	0,963	0,431	3,782	0,000
Eğitim Durumu	1,166	0,207	0,296	5,630	0,000
Aile Türü	0,069	0,393	0,008	0,177	0,003
Çalışma Durumu	-0,261	0,097	-0,157	-2,685	0,008
Aylık Gelir	0,156	0,299	0,028	0,520	0,603
Gelir Durumu	0,966	0,315	0,180	3,065	0,003
Çocuk Durumu	-0,983	1,037	-0,117	-0,948	0,345
Kronik Hastalık	-3,868	0,552	-0,414	-7,013	0,000
Engel Durumu	-3,371	0,889	-0,210	-3,790	0,000
Sigara Kullanım	-0,714	0,451	-0,083	-1,582	0,116
Alkol Kullanma	-0,053	0,451	-0,100	-0,173	0,002
Egzersiz Yapma	0,385	0,512	0,215	2,768	0,000
Beden İmajı Algısı	0,105	0,009	0,647	12,256	0,000
Adjusted R ² =0.703	F=31.104		p=0.000		
Bağımlı Değişken: Yaşam Kalitesi					

Modele Alınan Değişkenler: Medeni durum (ref:bekar), Eğitim durumu(ref:lisansüstü), Aile türü (ref:tek ebeveynli), Çalışma Durumu (ref:üst meslek), Kronik hastalık (ref:hayır), Engel durumu (ref:hayır), Gelir durumu (ref:2001-4000), Alkol (ref:nadiren), Egzersiz yapma (ref:4-6 kez)

Tablo 4.19’da yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler çoklu regresyon modeli ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı olup ($F(4,178) = 31,104$, $p < 0,001$), bağımsız değişkenler yaşam kalitesi ölçeğindeki değişimin %70’ini açıklamaktadır. Bu analiz sonuçlarına göre yaşam kalitesi medeni durum, eğitim durumu, aile türü, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık, engel durumu, alkol kullanma, egzersiz yapma ve beden imajı algısı tarafından açıklanırken diğer değişkenlerin yaşam kalitesine anlamlı bir katkısı olmamıştır. Analize göre diğer değişkenler kontrol edildikten sonra beden imajı algısı 1 puan arttığında yaşam kalitesi 0,105 puan artacaktır. Bir başka deyişle yaşam kalitesi arttıkça beden imajı algısı artmaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre; “H₁₅: Medikal turistlerin beden imajı algısı yaşam kalitelerini etkilemektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.5. Hasta Memnuniyeti ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 4.20 Cinsiyet değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Cinsiyetiniz		
Erkek	67,735	8,870
Kadın	66,263	8,868
p	0,280	

Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna göre; “H₁₆: Cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir (p>0.05).

Tablo 4.21 Yaş değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Yaşınız			
19-29	68,485	8,043	
30-39	64,099	8,626	
40-49	70,935	7,499	1<3
50+	65,188	9,770	
p	0,000		
F	6,884		

Katılımcıların yaş ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). 40-49 yaş aralığında olanların hasta memnuniyet puan ortalamaları 70,935±7,499 ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve 19-29 yaş ile 40-49 yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “H₁₇: Yaş ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.22 Yaş değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Medeni Durumunuz		
Evli	66,833	8,663
Bekar	66,774	9,338
p	0,966	

Katılımcıların medeni durum değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna göre; “H₁₈: Medeni durum ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir (p>0.05).

Tablo 4.23 Eğitim durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Eğitim durumunuz			
Lise ve altı	72,714	9,087	
Ön lisans-Lisans	65,564	5,661	2<1
Lisansüstü	68,000	7,746	
p	0,000		
F	10,389		

Katılımcıların eğitim durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların hasta memnuniyet puan ortalamaları düzeyleri 72,714±9,087 ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve lise-altı eğitim düzeyi ile ön lisans-lisans eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “H₁₉: Eğitim durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.24 Sosyal statü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta Memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Statü Durumu		
Üst sosyal statü	64,861	7,069
Alt sosyal statü	66,235	6,581
p	0,237	
F	1,334	

Katılımcıların sosyal statü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05). Buna göre; “H₂₀: Sosyal statü ile hasta

memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.25 Aile türü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta Memnuniyeti		Anlamlılık	
	\bar{X}	SS		
Aile Türü				
Geniş aile	70,636	11,500		
Çekirdek aile	65,619	8,066	2<1	3<2
Tek ebeveynli aile	70,714	9,095		
p	0,004			
F	5,603			

Katılımcıların aile türü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Tek ebeveynli aile türüne sahip olanların hasta memnuniyet puan ortalamaları $70,714 \pm 9,095$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve geniş aile ile çekirdek aile ve çekirdek aile ile tek ebeveynli aile arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_{21} : Aile türü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.26 Aile türü değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti		Anlamlılık	
	\bar{X}	SS		
Aylık Geliriniz (\$)				
0-2000	64,507	8,711		
2001-4000	69,986	8,056	1<2	3<2
4001-6000	65,457	9,221		
p	0,000			
F	8,034			

Katılımcıların aylık geliri ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aylık geliri 2001-4000\$ arasında olanların hasta memnuniyet puan ortalamaları $69,986 \pm 8,056$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve 0-2000\$ ile 2001-4000\$ ve 2001-4000\$ ile 4001-6000\$ arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_{22} : Aylık gelir ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.27 Gelir algısı değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti		Anlamlılık	
	\bar{X}	SS		
Sizece geliriniz nasıldır?				
Gelir gideri karşılıyor	71,850	9,009		
Gelir giderden fazla	66,738	9,050	2<1	3<1
Gelir giderden az	63,448	6,772		
p		0,000		
F		11,897		

Katılımcıların gelir algısı ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Geliri gideri karşılayanların hasta memnuniyeti puan ortalamaları ($71,850\pm 9,009$) ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve Geliri giderini karşılayanların ile geliri giderden fazla olanlar ve geliri giderden fazla olanlar ile gelir giderini karşılayanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_{23} : Gelir algısı ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.28 Çocuk durumu değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Çocuğunuz var mı?		
Evet	67,678	8,420
Hayır	65,219	9,514
p		0,740

Katılımcıların çocuk durumu değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “ H_{24} : Çocuk durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.29 Kronik hastalık değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Herhangi Bir Kronik Hastalığınız var mı?		
Evet	63,500	7,884
Hayır	67,870	8,936
p		0,001

Katılımcıların kronik hastalık durumu değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olmayanların memnuniyet düzeyleri ($67,870 \pm 8,936$), kronik hastalığı olanlardan ($63,500 \pm 7,884$) daha yüksektir. Buna göre; “H₂₅: Kronik hastalık durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.30 Engellilik durumu değişkenine göre ve hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Yaşamınızı güçleştirecek herhangi bir bedensel engeliniz var mı?		
Evet	64,167	7,396
Hayır	67,000	8,957
p	0,286	

Katılımcıların bedensel engel durumu değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “H₂₆: Bedensel engel durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.31 Sigara durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Sigara Kullanıyor musunuz?		
Evet	64,977	8,641
Hayır	67,241	8,800
p	0,139	

Katılımcıların sigara kullanma durumu değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre; “H₂₇: Sigara kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.32 Alkol kullanma durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta Memnuniyeti	
	\bar{X}	SS
Alkol kullanıyor musunuz?		
Hiç içmem	67,538	9,388
Nadiren	66,953	8,966
Ayda bir veya birkaç kez	64,037	6,186
p		0,196
F		1,645

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Buna göre; “ H_{28} : Alkol kullanma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.33 Alkol kullanma durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ölçeği analiz sonuçları

Değişkenler	Hasta Memnuniyeti		Anlamlılık
	\bar{X}	SS	
Genellikle ne sıklıkla nefes nefese kalarak veya terleyerek egzersiz yaparsınız? (Fiziksel aktivite)?			
Haftada 4-6 kez	74,500	5,855	
Haftada 2-3 kez	66,214	7,588	
Haftada bir defa	64,111	7,817	2<1 3<1 1<6
Ayda 1 defa	62,938	7,448	
Ayda bir defadan daha az	62,000	8,572	
Hiç yapmam	72,571	5,009	
p		0,000	
F		15,626	

Katılımcıların egzersiz yapma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Haftada 4-6 kez egzersiz yapanların hasta memnuniyeti puan ortalaması $74,500\pm 5,855$ ile diğer gruplardan daha yüksek tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılığı belirlemek için Post Hoc TUKEY testi yapılmış ve haftada 4-6 kez egzersiz yapanlar ile haftada 2-3 kez egzersiz yapanlar, haftada 1 defa ve hiç egzersiz yapmayanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; “ H_{29} : Egzersiz yapma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.6. Hasta Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler Çoklu Regresyon Analizi

Tablo 4.34 Hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi

Değişkenler	B	SH	β	t	p
Sabit	63,921	8,462		7,554	0.000*
Cinsiyet	-1,969	1,121	-0,107	-1,758	0.081
Yaş	3,319	1,280	0,175	2,593	0,010
Medeni Durum	4,178	2,732	0,223	1,529	0,128
Eğitim Durumu	3,559	0,587	0,408	6,059	0,000
Aile Türü	-7,644	2,942	-0,411	-2,598	0,010
Çalışma Durumu	0,412	0,276	0,112	1,495	0,137
Aylık Gelir	7,264	2,523	0,204	2,879	0,005
Gelir Durumu	2,315	0,850	0,191	2,725	0,007
Çocuk Sahibi Olma	0,498	1,115	0,027	0,446	0,656
Kronik Hastalık	-7,642	1,565	-0,369	-4,884	0,000
Engel Durumu	-0,331	0,894	-0,028	-0,370	0,712
Sigara Kullanma	-0,728	0,833	-0,079	-0,874	0,383
Alkol Kullanma	-0,142	0,872	-0,012	-0,162	0,871
Egzersiz Yapma	0,282	0,053	0,238	4,267	0,000
Beden İmajı Algısı	0,157	0,024	0,435	6,435	0,000
Adjusted R ² =0.513		F=14.392		p=0.000	

Bağımlı Değişken: Hasta Memnuniyeti

Modele Alınan Değişkenler: Yaş (ref:19-29), Eğitim durumu(ref:lise ve altı), Aile türü (ref:tek ebeveynli), Aylık gelir (ref:2001-4000), Kronik hastalık (ref:hayır), Gelir durumu (ref:gelir gideri karşılıyor), Egzersiz yapma (ref:4-6 kez),

Tablo 4.34’te memnuniyet ve etkileyen faktörler çoklu regresyon modeli ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı olup ($F(4,178)=14.392$, $p<0,001$), bağımsız değişkenler hasta memnuniyeti ölçeğindeki değişimin %52’sini açıklamaktadır. Bu analiz sonuçlarına göre hasta memnuniyeti yaş, eğitim durumu, aile türü, aylık gelir, gelir durumu, kronik hastalık, egzersiz yapma ve beden imajı algısı tarafından açıklanırken diğer değişkenlerin hasta memnuniyetine anlamlı bir katkısının olmadığı belirlenmiştir. Analizde diğer değişkenler kontrol edildikten sonra beden imajı algısı 1 puan arttığında hasta memnuniyeti 0,157 puan artacaktır. Bir başka deyişle hasta memnuniyeti arttıkça beden imajı algısı artmaktadır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre “H₃₀: Medikal turistlerin beden imajı algısı hasta memnuniyetlerini etkilemektedir.” kabul edilmiştir.

4.7. Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 4.35 Beden imajı algısı, memnuniyet ve yaşam kalitesi, pearson korelasyon analizi

Ölçekler		1	2	3
1. Beden İmajı Algısı	r	1	0,438	0,667
	p		0,000*	0,000*
2. Hasta Memnuniyeti	r		1	0,14
	p			0,069
3. Yaşam Kalitesi	r			1
	p			

Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre beden imajı algısı ile memnuniyet arasında orta şiddette pozitif yönlü bir ilişki, yaşam kalitesi ile yüksek şiddette pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Bu sonuçlara göre; “H₃₁: Medikal turistlerin beden imajı algısı ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.” ve “H₃₂: Medikal turistlerin beden imajı algısı ile hasta memnuniyetleri arasında bir ilişki vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir. Hasta memnuniyeti ile yaşam kalitesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bu sonuca göre; “H₃₃: Medikal turistlerin hasta memnuniyetleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

4.8. Araştırma Hipotezleri ve Sonuçları

Tablo 4.36 Araştırma hipotezleri ve sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
H ₁ Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₂ Yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₃ Medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₄ Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₅ Sosyal statü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₆ Aile türü ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₇ Aylık gelir ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₈ Gelir algısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₉ Çocuk sahibi olma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Kabul
H ₁₀ Kronik Hastalık durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₁₁ Engellilik durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₁₂ Sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₁₃ Alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Kabul
H ₁₄ Egzersiz yapma ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₁₅ Medikal turistlerin beden imajı algısı ile yaşam kalitelerini etkilemektedir.	Kabul
H ₁₆ Cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Ret
H ₁₇ Yaş ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₁₈ Medeni durum ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Ret
H ₁₉ Eğitim durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₂₀ Sosyal Statü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₂₁ Aile türü ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Kabul
H ₂₂ Aylık gelir ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₂₃ Gelir algısı ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Kabul
H ₂₄ Çocuk sahibi olma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₂₅ Kronik Hastalık durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₂₆ Engellilik durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₂₇ Sigara kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Ret
H ₂₈ Alkol kullanma durumu ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır	Ret
H ₂₉ Egzersiz yapma ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.	Kabul
H ₃₀ Medikal turistlerin beden imajı algısı hasta memnuniyetini etkilemektedir.	Kabul
H ₃₁ Medikal turistlerin beden imajı algısı ile hasta memnuniyetleri arasında bir ilişki vardır.	Kabul
H ₃₂ Medikal turistlerin hasta memnuniyetleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.	Kabul
H ₃₃ Medikal turistlerin hasta memnuniyetleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki vardır.	Ret

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada son 20 yılda hem obezite prevalansı hem de obezite cerrahisi hızlı bir artış göstermiştir. Obezite cerrahisi kilo kaybında etkili bir yöntem olmakla beraber obeziteye bağlı komplikasyonları da azaltmaktadır (Alotaibi, vd., 2022). Bu nedenle obez hastalar obeziteye bağlı komplikasyonlardan kurtulmak, beden memnuniyetsizlikleri azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla obezite cerrahisini tercih etmektedirler (McKenzie, vd., 2022). Ancak obezite cerrahisinin oldukça maliyetli olması nedeniyle hastalar bu ameliyatı daha uygun maliyetle almak için buldukları ülkenin dışına seyahat etmektedirler (Pereira, vd., 2022; Parmar, vd., 2021). Türkiye’de obezite ameliyatının kaliteli sağlık hizmeti ile beraber en uygun maliyetle gerçekleştirileceği destinasyonlardan biridir. Bu çalışmada da Türkiye’de obezite ameliyatı olan hastaların beden imajı algısı, hasta memnuniyetleri ve yaşam kalitesi ilişkisi ve belirleyicileri saptanmıştır.

Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %62,6’sının kadın, %39’unun 30-39 yaş aralığında, %65,9’unun evli olduğu ve BKİ’nin 40,39 olduğu tespit edilmiştir. Kocaöz ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada da obez hastaların çoğunun kadın ve evli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Zengin Eroğlu ve diğerleri (2019) tarafından bariatrik cerrahi geçirmiş hastalarda yaşam doyumu ve yeme bağımlılığının belirlendiği çalışmada da obez hastaların çoğunun kadın ve evli olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara benzer şekilde ulusal ve uluslararası bariatrik cerrahi olmuş hastaların araştırıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlar tespit edilmiştir (Alotaibi, vd., 2022; Şişman, vd., 2018; Angrisani, vd., 202; Iranmanesh, vd., 2022; Kocaöz, vd., 2020; Zengin Eroğlu, vd., 2019; Gönenir Erbay, vd., 2018).

Beden memnuniyetsizliği genellikle bireyin vücut ağırlığı ile ilgilidir (Lin, vd., 2013). Obezite ve beden algısı ile ilgili yapılan birçok çalışma da obez hastaların bariatrik cerrahi öncesi beden memnuniyetinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak ameliyat sonrası bu hastaların beden memnuniyet oranının yükseldiği tespit edilmiştir (Keleş, 2019; Dikmen, vd., 2022; Makarawung, vd., 2020; Montpellier, vd., 2019). Bu çalışmada da obezite ameliyatı olanların beden imajı algısı ortalama puanları $129,934 \pm 24,592$ olarak tespit edilmiştir. Beden imajı ve bariatrik cerrahi çalışmalarının sistematik olarak incelendiği bir çalışmada, “beden imajı” ve “bariatrik cerrahi” anahtar kelimeleri dahil edilerek Medline, PsycINFO ve Scopus veri tabanlarında arama yapılmıştır. Çalışmalar incelendiğinde, beden imajının olumsuz algılanması, psikopatolojinin varlığı ile

ilişkilendirilirken, beden imajı algısının iyileşmesi, ameliyat sonrası daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir (Bertoletti vd., 2018).

Bariatrik cerrahi sonrası psikolojik sıkıntıyı etkileyen değişkenler, özellikle beden imajı memnuniyetsizliği ve duygusal yemenin bu tür sonuçları tespit etme ve tahmin etmedeki rollerine ilişkin değerlendirmeleri içeren bir çalışma mevcuttur. 2015-2017 yılları arasında 81 obezite cerrahisi adayıyla ameliyat öncesi ve sonrası yapılan çalışmada, beden imajı ve duygusal yeme toplam ölçümlerinin yanı sıra toplam kilo kaybı yüzdesinde ve aşırı kilo kaybı yüzdesinde ameliyat sonrası iyileşmeler gözlemlendiği, ancak psikolojik sıkıntı sonuçlarında gözlemlenmediği bildirilmiştir. Bununla birlikte, beden imajı memnuniyetsizliği, duygusal yeme, depresyon ve anksiyetenin ameliyat sonrasında iyileştiği hakkında bilgilendirme yapılmıştır (Geller, 2020).

Deniz Doğan (2022) tarafından obezite ameliyatı olmuş 56 hasta ile yaptığı “bariatrik cerrahi geçiren hastalarda e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” adlı çalışmasında ameliyat sonrası 1. ay, 2. ay ve 3. ayda beden imajı algısının yükseldiğini belirlemiştir. Aynı zamanda beden imajı algısının yaşam kalitesini etkilediğini tespit etmiştir (Deniz Doğan; 2022)

Yine Makarawung ve diğerleri (2020) yapılan çalışmada Bariatrik cerrahi öncesi bir grup ile kilo uyumlu bir kontrol grubu arasındaki beden imajındaki farklılıkların değerlendirildiği çalışma bulunmaktadır. İki gruptan 125'er kişi seçilerek karşılaştırmalar yapılmış bulgularda, morbid obezitesi olan kişiler ortalama olarak daha az beden imajı memnuniyetine sahip olduğu bildirilmiştir. Bariatrik cerrahiyi seçen kişilerin görünümün daha önemli olduğunu düşünmekle birlikte bunun nispeten düşük genel görünüm değerlendirmesine bağlı olabileceğini gösterdiği belirtilmiştir (Makarawung, vd., 2020).

Obez hastalarda yaşam kalitesi ve beden imajı algısı ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yeme tutumları, beden imajı algıları ve yaşam kalitesi incelenen 23 Nisan 2018 ile 05 Kasım 2018 tarihleri arasında 50 hasta ile ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan bir başka çalışma vardır. Elde edilen bulgular, hastaların yeme tutum ve davranışlarının ameliyat öncesi değerlerine göre ameliyat sonrası önemli ölçüde değiştiği ve hastaların postoperatif dönemde beden imajı algıları ve yaşam kaliteleri ameliyat öncesi değerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirlenmiştir (Akkayaoğlu & Çelik 2020).

Keleş (2019) bariatrik cerrahinin beden imajı, benlik saygısı ve yaşam kalitesi ilişkisini 31 Ocak 2019-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da 164 hasta verisi ile incelemiştir. Araştırma sonucunda çalışmaya katılanların ameliyat öncesi yaşam kalitesi, beden imajı ve benlik saygısı puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası ise yaşam kalitesi, beden imajı ve benlik saygısı puanlarının anlamlı şekilde arttığını belirlenmiştir. Aynı zamanda çocuk sayısının ile yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin beden imajı ve benlik saygısından etkilendiği belirlenmiştir (Keleş, 2019). Versteegden ve diğerleri (2016) tarafından bariatrik cerrahi geçiren 666 hastanın yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada ameliyat sonrası yaşam kalitesinin anlamlı derecede yükseldiğini belirlemiştir (Versteegden, vd., 2016). Bu sonuçlar ile çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Literatürde obezite ve beden imajı arasındaki çalışma sonuçları incelendiğinde obezlerin ameliyat sonrası beden imajı algısının yükseldiği söylenebilir.

Çalışmanın bir başka sonucunda obezite ameliyatı olanların hasta memnuniyeti puan ortalamaları $66,813 \pm 8,872$ tespit edilmiştir. Aynı zamanda hasta memnuniyetinin yaş, eğitim durumu, aile türü, gelir algısı, kronik hastalık, egzersiz yapma ve beden imajı algısında etkilendiği tespit edilmiştir. Bariatrik cerrahiden sonraki iki yıl içinde depresyon, kilo kaybı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yapılmıştır. 45 farklı obezite cerrahisi merkezinden 1991 katılımcıyla yapılan çalışmada katılımcıların 1 ve 2 yıllık semptomları gözlemlenmiştir. İlk yıldan sonra depresyon prevalansının arttığı görüldüğü de bariatrik cerrahi sonrası 2 yıla kadar depresyonda iyileşme olduğu tespit edilmiş, depresyon, hem pre-bariatrik cerrahi hem de postbariatrik cerrahide kilo kaybını ve hasta memnuniyetini etkiliyor sonucuna ulaşılmıştır (Martens vd., 2020).

Sigara içmenin bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybı ve hasta memnuniyeti üzerine etkilerinin 512 katılımcı ile incelenmiştir. Çalışma sonucunda bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası sigara içmenin kilo kaybı ve hasta memnuniyeti ile ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ancak hasta memnuniyetlerinin cerrahi işlem öncesine göre işlem sonrası yükseldiği tespit edilmiştir (Samaan, vd., 2021). Bu sonuç çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Post-bariatrik cerrahi sonrası hasta memnuniyetini değerlendiren çalışmaları belirleyen, mevcut anketleri analiz eden ve bunların gelişimini, psikometrik özelliklerini ve içeriğini özetleyen bir çalışma literatürde mevcuttur. Post-bariatrik cerrahi sonrası hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaları belirlemek için National Library

of Medicine'den web tabanlı PubMed veri tabanında taramalar yapılmıştır. İncelenen 1754 makale sonucunda post-bariatrik hastalarda, BODY-Q'nun (BODY-Q, obez olan ve diyet, egzersiz ve/veya obezite cerrahisi/tıp ve vücut şekillendirme hastaları yoluyla kilo kaybeden hastalar için (kozmetik nedenlerle büyük kilo kaybını takiben) sonuçları değerlendirmek üzere tasarlanmış, titizlikle geliştirilmiş, hasta tarafından bildirilen bir sonuç (PRO) ölçüsüdür) post bariatrik cerrahi sonrası hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için daha objektif ve güvenilir bir ölçüm olduğu bildirilmiştir (Barone, 2018).

Gelişmekte olan bir ülke (Hindistan) perspektifinden, medikal turistlerin deneyimlerine dayalı olarak giden medikal turistlerin memnuniyet ve bağlılıklarını ölçen bir çalışma mevcuttur. Evrenini Hindistan'dan sağlık hizmeti alan medikal turistlerin oluşturduğu çalışmada, kartopu örnekleme teknikleri kullanılarak ve kısmi en küçük kareler-yapısal eşitlik modellemesi (PLS-SEM) tekniğini uygulayarak araştırma hipotezleri ampirik olarak analiz edilmiştir. Sonuçlar, hizmet kalitesi deneyiminin, medikal turizm altyapısının ve medikal turizm harcamaları deneyiminin medikal turist memnuniyeti üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermiştir. Ayrıca, destinasyon çekiciliği ve kültürü, medikal turistlerin memnuniyeti ile destinasyon sadakati arasındaki ilişkide önemli bir düzenleyici etkiye sahip olduğu, yaşa bağlı olarak araştırma modelinin gruplar arasında farklılaşmadığı ve gelire dayalı olarak medikal turizm altyapısı ve medikal turist memnuniyetinin gruplar arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği belirtilmiştir (Mahmud, 2020).

Medikal turistler, gurbetçiler ve normatif medikal turistlerin algılanan tıbbi hizmet kalitesi ve memnuniyetini incelemek üzere yapılan bir çalışma bulunmaktadır. Malezya'da yapılan ve 266 katılımcıdan oluşan anketten elde edilen veriler, yapısal eşitlik modelleme tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Hastane erişilebilirliği ve kişilerarası davranışların medikal turistin özelliklerini etkileyen en kritik yapılar olduğu belirlenmiştir. Tıbbi maliyetler ve sağlık bakımı ile medikal turistlerin algılanan hizmetleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, medikal turistlerin memnuniyetinin yüksek oranda hastanelerden aldıkları ve deneyimledikleri tıbbi bakımın kalitesine yönelik hizmetlere atfedildiği analiz edilmiştir (Rahman, 2019).

Obezite cerrahisine başvurma birincil nedenlerini araştırmak ve ameliyat sonrası 1 yıllık memnuniyet durumlarını değerlendirmek üzere yapılan bir çalışma bulunmaktadır. 40 kadın katılımcıyla yapılan çalışmada incelenen konular, ameliyat öncesi

değerlendirmede ameliyat arama nedenlerini, beklenen kilo kaybını, eşlik eden hastalıkları ve yaşam kalitesini belirlemek olurken; ameliyat sonrası değerlendirilmede memnuniyet, kilo kaybı, eşlik eden hastalıklar ve yaşam kalitesi konuları üzerinde durulmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, bariatrik cerrahiye başvuranın birincil nedeninin kilo verme isteği olduğu, ameliyat sonrasında ise aşırı kilo kaybına rağmen benlik saygısından memnuniyet duydukları belirtilmiştir (Hult vd., 2019).

Bariatrik cerrahi nedeniyle ameliyat olan hastalarda müziğin bulantı kusma yönetimine ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini inceleyen, Nisan 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında uygulanmış (24 kişi vaka grubu 24 kişi kontrol grubu) diğer bir çalışma literatürde yer almaktadır. Çalışma sonucunda, bariatrik cerrahi sonrası müzik terapisinin bulantı kusma üzerine etkisi olmadığı; hasta memnuniyeti üzerine etkili olduğu tespit edilmiştir. Müzik terapi uygulanan deney grubunda hemşirelik bakımından memnuniyetin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandığı bildirilmiştir (Karadaş, 2022). Hem bu çalışma hem de literatürde incelen diğer çalışma sonuçlarından yola çıkarak obez hastaların ameliyat sonrası memnuniyet düzeylerinin yükseldiği söylenebilir.

Çalışmanın bir başka sonucunda da bariatrik cerrahi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması $27,011 \pm 4,004$ olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda yaşam kalitesinin bireyin yaş, eğitim durumu, aile türü, aylık gelir, gelir algısı, kronik hastalık, egzersiz yapma ve beden imajı algısında etkilendiği belirlenmiştir. Alotaibi ve diğerleri (2022) Suudi Arabistan'da obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitesini ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışma bulunmaktadır. Aralık 2021 ile Şubat 2022 arasında Suudi Arabistan'ın farklı bölgelerinden obezite cerrahisi geçirmiş 400 yetişkin hasta üzerinde yapılan çalışmada, bariatrik cerrahiye takiben yaşam kalitesinin çoğunlukla orta veya ortalama olduğu, yaş, cinsiyet, uyruk, eğitim düzeyi, medeni durum ve kronik hastalık veya komorbidite öyküsü dahil olmak üzere, bildirilen yaşam kalitesi ile çeşitli sosyodemografik faktörlerin ilişkili olduğu belirtilmiştir (Alotaibi, 2022).

Bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesinin uzun vadede iyileştirilmesi üzerine yapılan çalışmada, Haziran 2009 ile Mayıs 2010 tarihleri arasında bariatrik cerrahi uygulanan 34 hastaya 10 yıl sonra anket yöntemi ile sorular sorularak yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi ve ameliyattan 10 yıl sonra yapılan ölçümler arasında yaşam kalitelerinde artış olduğu belirtilmiştir (Stefura vd., 2020).

Ankara’da Temmuz 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında 179 obezite hastasıyla yapılan çalışma mevcuttur. Araştırmada, obezite tedavisi olan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası üçüncü ve altıncı aylarda yaşam kaliteleri, obezite ile ilişkili yandaş hastalıkları ve sağlık durumları ile maliyetlerinin hasta perspektifinden değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışma sonucunda, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında ve özet puanlarda ameliyat sonrası üçüncü ve altıncı ayda hastaların yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca, ameliyattan sonra kısa sürede hastaların yaşam kalitelerini artıran, obezite ile ilişkili yandaş hastalıklarda önemli remisyon ve düzelme sağlayan, maliyetleri azaltan bir seçenek olarak, özellikle yandaş hastalığı bulunan morbid obez kişilere obezite cerrahisinin etkili bir tedavi seçeneği sunulması gerektiği belirtilmiştir (Özatkan, 2021).

Primer bariatrik cerrahiden sonra farklı alanlarda yaşam kalitesindeki iyileşmenin derecesini incelemek ve bu sonuçları Hollanda referans değerleriyle karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışma bulunmaktadır. Toplamda 4864 hastaya hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası aralıklarla (12 ay) anket yöntemi uygulanmış t-testi ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Tüp mide ameliyatı ve Roux-en-Y gastrik bypass hastaları, Hollanda referans değerlerine kıyasla fiziksel işlevsellik, fiziksel rol sınırlamaları ve sağlık değişikliğinde daha iyi bir postoperatif puan ve genel sağlık algısında daha kötü bir puan elde ettiği bildirilmiştir (Poelmeijer, 2020).

Bariatrik cerrahide fiziksel aktivitedeki iki yıllık değişikliklerin kilo kaybı, yağsız kütle, kardiyorespiratuar zindelik ile yaşam kalitesinin ilişkili olup olmadığını belirlemeyi amaçlayan başka bir çalışma bulunmaktadır. 3879 bariatrik hasta ile yapılan çalışmada, fiziksel aktivitede iyileşme sağlamayı başaran bariatrik hastaların, fiziksel aktivite düzeylerini koruyan veya hatta azaltan hastalara kıyasla ameliyattan 2 yıl sonra daha iyi vücut kompozisyonu, zindelik ve yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (Nuijten, 2020).

Bariatrik cerrahiye başvuran hastalarda fiziksel aktivite, kilo alımı, metabolik risk faktörleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışma mevcuttur. Portekiz’de bir hastanede 2011 ve 2015 yılları arasında bariatrik gastrik bypass ameliyatı geçirmiş 84 kişi ile yapılan çalışmada, ameliyattan sonraki ilk yılda önemli bir kilo kaybının olduğu ve daha düşük fiziksel aktivite seviyelerinin kilo alımı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ve uyku kalitesi, kilo alımı ve genel olarak sedanter davranışla ters orantılı bir şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Santos, 2022).

Ankara'da bir obezite cerrahi merkezine başvuran bariatrik cerrahi yapılan bireyler (30 kişi vaka grubu 30 kişi kontrol grubu) ile bariatrik cerrahi adaylarının yeme bozuklukları, duygu durumları ve yaşam kalitelerini karşılaştırmak ve bu faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışma mevcuttur. Kilonun yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçeği alt ölçek analizlerine göre ise vaka grubu bedensel işlevler açısından daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu ve aynı ölçeğin skorlarına göre bariatrik cerrahi sonrası 3-12 ay geçen bireylerde yaşam kalitesi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kilonun yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçeği skorlarından bedensel işlevler, özgüven ve toplum baskısı alt ölçek skorlarının post-operatif 3-12 ay olan bireylerde anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bunlara ek olarak bireylerin duygu durumları ile yeme bozuklukları arasında pozitif, bunların yaşam kalitesi ile arasında ise negatif ilişki olduğu analiz edilmiştir (Aycan, 2022).

Obezite cerrahisi geçiren hastaların postoperatif döneminde kilo kaybının etkinliğini, komorbiditelerin gelişimini, yaşam kalitesini ve BAROS protokolünü (Bariatrik Analiz ve Raporlama Sonuç Sistemi) değerlendirmesini amaçlayan bir çalışma mevcuttur. Ameliyattan dört ay sonra SLEEVE Vertical Gastrectomy (40) ve Roux-en-Y Gastric Bypass (63) uygulanan 103 hasta ile çalışma yapılmış, bariatrik cerrahinin morbid obezite tedavisinde ve komorbiditelerin kontrolünde etkili bir prosedür olduğu görülmüş ve yaşam kalitesi analizi BAROS (Bariatrik Analiz ve Raporlama Sonuç Sistemi) protokolü ile birlikte pozitif olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (Ramos vd., 2018).

Polonya'da bariatrik cerrahi uygulanan 30 hasta üzerinde, işlemden 24 saat önce, 6 ay ve 12 ay sonra anket yapılmış ve hastaların yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışma mevcuttur. Büyük kilo kaybından sonra vücut şekillendirme prosedürleri, görünümleri nedeniyle zaten önemli ölçüde küçük düşürülen hastalarda yaşamın hem psikolojik hem de sosyal yönlerinin yanı sıra kişisel görünümle ilgili genel algıyı da önemli ölçüde iyileştirdiği saptanmıştır (Paul, 2020). 18-25 yaş arası bariatrik cerrahi uygulanan kişilerde kilo kaybı sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapılmıştır. 18-25 ve 35-55 yaşlarındaki hastalardan (kontrol grubu) tüm preoperatif ve perioperatif veriler geriye dönük olarak toplanmış, 2011 ve 2014 yılları arasında gerçekleştirilen bariatrik cerrahi uygulamaları, takip verileri (laboratuvar) ölçümleri ve anketler toplanarak analiz edilmiştir. Toplamda 103 genç yetişkin (ortalama yaş 22.5) 103 yetişkin kontrol hastasıyla (ortalama yaş 42,6) karşılaştırmalar yapılmıştır. Kontrol grubundaki 80 hastaya kıyasla, genç yetişkinler grubundan 75 hastaya Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) uygulandı.

RYGB'den üç yıl sonra, ortalama toplam vücut ağırlığı kaybı yüzdesi (%TBWL) sırasıyla 34 (\pm 9) ve 30.3 (\pm 9) ($p = 0.03$) olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak bariatrik cerrahinin genç erişkinlerde etkili olduğu görülmüştür. Komorbiditelerin yüksek remisyon oranı, genç yaşta etkili tedavi seçeneklerinin ve uzun vadede zararlı etkilerin önlenmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır (Cooiman, 2019).

Obezite cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir başka çalışma mevcuttur. Aralık 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında Biruni Üniversite Hastanesinde bariatrik cerrahi uygulaması geçiren 75 hasta ile bariatrik cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası 4. ayda hastalarla görüşülerek yapılan çalışmada, bariatrik cerrahi geçiren olguların puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve olguların yaşam kalitesini olumlu yönde değiştiği sonucuna ulaşıldığı bildirilmiştir (Kılıç, 2019).

Obezite cerrahisi adayları ile kontrol grubu arasında benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki farklılığı saptamak üzere yapılmış bir çalışma bulunmaktadır. Yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek çalışmanın bir diğer amacıdır. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 61 hasta üzerine yapılan çalışmada, benlik saygısı ile yaşam kalitesinin birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Benlik saygısının en çok mental sağlık ve depresyonla ilişkili olduğu, bu tür hastaların değerlendirme ve tedavi sürecinde psikiyatrik açıdan izlenmesinin öneminden bahsedilmiştir (Eroğlu vd., 2018).

Eylül 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında, bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililiğin ve seçilmiş faktörlerin yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışma bulunmaktadır. 103 hasta üzerine yapılan çalışmada, hastaların yaşam kalitelerinin orta düzey ve öz-etkililiklerinin düşük düzeyde olduğu, öz-etkililiğin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı ve bariatrik cerrahi sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (Karayurt, 2022).

Çoğalan (2019) Ankara'da özel bir hastanede obezite ameliyatı olan 80 hastaya anket uygulaması yaparak, hastaların yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi ilişkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda yeme bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir korelasyon tespit etmiştir. Ayrıca hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu tespit etmiştir (Çoğalan, 2019). Uluslararası literatürde obez hastaların sosyodemografik özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma vardır. Bu çalışmalarda obezlerin özellikleri ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak obezlerin yaşam kalitesini düşük olduğu tespit edilmiştir (Cordwell, vd., 2022;

Dehesh, vd., 2019; Nauck, vd., 2019; Rwegerera, vd., 2018; Abdollahi vd., 2016). Kryvopustov (2018) tarafından gastrik balon yaptıran 97 hastanın yaşam kalitesi incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların yaşam kalitesi puanların anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak obezlerin hem obezitenin yan etkilerinden kurtulmak hem de yaşam kaliteleri yükseltmek için obezite cerrahisini tercih ettiğini söylemek mümkündür.

Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç obezite operasyonu geçiren bireylerde beden imajı algısı ile hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon olduğudur. Hult ve diğerleri tarafından (2019) tarafından yapılan çalışmada beden imajı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Akkayaoğlu ve Çelik (2020) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde beden imajı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca Alotaibi (2022) tarafından yapılan çalışmada ise beden imajı ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak beden imajı algısı düzelen hastaların yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin pozitif yönlü değiştiği söylenebilir.

Sonuç olarak obezite tüm ülkeler için kaçınılmaz bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hem ülkeler hem de obez bireyler obeziteden kurtulmak için birçok yeni stratejiyi hayata geçirmeye başlamışlardır. Sağlık sistemleri insanları obeziteye yakalanmadan önce uyarmak amacıyla yazılı ve görsel basını etkin şekilde kullanmaktadırlar. Özellikle son yıllarda sosyal medya kullanımının artması nedeniyle bu bilgilendirmeler sosyal medya üzerinden yapılmaya başlanmıştır. Ülkemizde de özellikle bu konuda okullarda eğitim verilmektedir. Bunun yanı sıra tüm hastanelerde obezite eğitim merkezleri kurulmuştur.

Bu merkezlerde uzman hekimler, psikologlar, diyetisyenler ve beslenme hemşireleri görev yapmaktadır. Ancak tüm bu programlara rağmen obezite prevalansı artmaya devam etmektedir. Bunun sebebinin ise bireylerin hareketsiz bir yaşam tarzını benimsemiş olmaları, beslenme bozuklukları ve genetik ve çevresel faktörler ön plana çıkmaktadır. Bu sebeplerden dolayı obezite tedavisi hem bireyler hem de devletler için önemli bir maliyet oluşturmaktadır. Dünya genelinde birçok ülkede obezite tedavisi cepten ödeme yöntemi ile karşılanmaktadır. Bu nedenle birçok hasta tedavi olmak için maliyetlerin daha düşük olduğu ve kaliteli sağlık hizmeti alacakları ülkelere seyahat etmektedirler. Son yıllarda obezite prevalansına paralel olarak obezite cerrahisinde de bir artış meydana gelmiştir. Literatürde birçok çalışmada obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların beden

imajı, yaşam kalitesi ve memnuniyetlerini inceleyen çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmada da kendi ülkesi dışına obezite ameliyatı olmak için seyahat eden hastaların yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve hasta memnuniyetleri incelenmiştir.

Çalışma elde edilen sonuçlara göre, hasta memnuniyeti yaş, eğitim durumu, aile türü, aylık geliri, gelir durumu, egzersiz yapma durumu kronik hastalık durumu ve beden imajı algısından etkilenmektedir ($p<0.05$). Yaşam kalitesinin ise medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile türü, gelir durumu, alkol kullanma, egzersiz yapma durumu beden imajı algısından etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç obezite operasyonu geçiren bireylerde beden imajı algısı ile hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon olduğudur. Bu sonuçlardan yola çıkarak obezite cerrahisi olan hastaların daha büyük bir katılım ile psikolojik faktörlerin incelenmesi önerilebilir. Bunun yanında retrospektif bir araştırma ile bu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası biyokimyasal parametrelerinin ölçülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abakay, U., Alıncak, F. ve Seda, A. Y. (2017). Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2017(9), 12-18.
2. Akkayaoğlu, H. ve Çelik, S. (2020). Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Applied Nursing Research*, 53, 151270. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151270>
3. Aktepe, C. (2013). Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 170-188.
4. Aktepe, C. (2013). Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 170-188.
5. Alotaibi, A. A., Almutairy, A. N., and Alsaab, A. S. (2022). Post-Bariatric Surgery Patients: A Quality of Life Assessment in Saudi Arabia. *Cureus*, 14 (4), e24273. <https://doi.org/10.7759/cureus.24273>
6. Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Ramos, A., Shikora, S., and Kow, L. (2021). Bariatric surgery survey 2018: similarities and disparities among the 5 IFSSO chapters. *Obesity Surgery*, 31(5), 1937-1948.
7. Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vitiello, A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017). Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSSO worldwide survey 2014. *Obesity surgery*, 27(9), 2279-2289.
8. Apovian, C. M. (2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*, 22(7 Suppl), s176-85.
9. Archer, E., Lavie, C. J., and Hill, J. O. (2018). The contributions of ‘diet’, ‘genes’, and physical activity to the etiology of obesity: contrary evidence and consilience. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(2), 89-102.
10. Ata, A., Vural, A. and Keskin, F. (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3).
11. Ataey, A., Jafarvand, E., Adham, D. and Moradi-Asl, E. (2020). The relationship between obesity, overweight, and the human development index in world health organization eastern mediterranean region countries. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 53(2), 98.
12. Aycan, M. (2022). *Bariatrik cerrahi hastalarında yeme davranışı bozuklukları, duygu durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
13. Aydın, D. (2009). Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Ortadoğu’daki Yeri. II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi. Ankara.
14. Bahadori, M., Raadabadi, M., Ravangard, R. and Baldacchino, D. (2015). Factors affecting dental service quality. *International journal of health care quality assurance*.
15. Baka. (2013). Sağlık Turizmi Sektör Raporu. *Anatolia:Turizm Araştırmaları Dergisi*, 29(5), 917-28. 1-36.

16. Barca, M., Akdere, E. ve Gedik Balay, İ. (2013). Türkiye sağık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 64-92.
17. Barone, M., Cogliandro, A., Salzillo, R., Tambone, V. ve Persichetti, P. (2018). Patient-Reported Satisfaction Following Post-bariatric Surgery: A Systematic Review. *Aesth Plast Surg* 42, 1320–1330. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1146-6>
18. Başar, E. (2019). 11-14 yaş arası okul çağındaki çocuklarda obezite sıklığı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 4(1), 53-66.
19. Baştürk, Y. A. ve Sağlık, E. (2019). Termal Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Sivas Sıcak Çermik ve Yozgat Sorgun Kaplıcalarında Bir Uygulama. *Sivas Cumhuriyet University Faculty of Letters Journal of Social Sciences*, 37-54.
20. Bayar, K. (2019). *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizminin Önemi ve Gelişimi: Antalya Yöresi Araştırması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
21. Bessesen, D. H. ve Van Gaal, L. F. (2018). Progress and challenges in anti-obesity pharmacotherapy. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 6(3), 237-248.
22. Bianciardi, E., Di Lorenzo, G., Niolu, C., Betrò, S., Zerbin, F., Gentileschi, P. and Siracusano, A. (2019). Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Rivista di psichiatria*, 54(1), 8-17.
23. Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of marketing*, 54(1), 71-84.
24. Boğaz, M. E., Kutlu, R. ve Cihan, F. G. (2019). Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1064-1073.
25. Bookman, M. and Bookman, K. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. New York: Palgrave Macmillan.
26. Boratav, K. (1999). Istanbul ve Anadolu’dan sınıf profilleri [Class Profiles from Istanbul and Anatolia]. *Istanbul: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı*.
27. Borders, P. B. (2020). *For The Media*. <https://www.patientsbeyondborders.com/media> Erişim Tarihi:10. 10. 2022
28. Bostan, A., Arslan, A., & Çoskun, E. (2021). *Turizmde Yeni Umut: Sağlık Turizmi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
29. Bout-Tabaku S, Gupta R, Jenkins TM, vd. (2019). Musculoskeletal Pain, Physical Function, and Quality of Life After Bariatric Surgery. *Pediatrics*, 144(6): e20191399
30. Bray, G. A. (2020). Etiology and prevalence of obesity. In *The genetics of obesity* (pp. 17-33). CRC Press.
31. Brown, W. A., Johari Halim Shah, Y., Balalis, G., Bashir, A., Ramos, A., Kow, L. and Higa, K. (2020). IFSO position statement on the role of esophago-gastro-duodenal endoscopy prior to and after bariatric and metabolic surgery procedures. *Obesity Surgery*, 30(8), 3135-3153.

32. Buchwald, H. (2011). *Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures*. Elsevier Health Sciences.
33. Buzcu, Z., & Birdir, K. (2019). Türkiye’de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 18 (1), 311-327.
34. Bülbül, S. (2020). Çocuklarda obezite tedavisinde egzersiz. *Turkish Archives of Pediatrics*, 55(1).
35. Cao, Y.; Raof, M.; Szabo, E.; Ottosson, J.; Näslund, I. (2020). Using Bayesian Networks to Predict Long-Term Health-Related Quality of Life and Comorbidity after Bariatric Surgery: A Study Based on the Scandinavian Obesity Surgery Registry. *J. Clin. Med.* 9, 1895. <https://doi.org/10.3390/jcm9061895>
36. Castanha, C. R., Tcbc-Pe, Á., Castanha, A. R., Belo, G., Lacerda, R. ve Vilar, L. (2018). Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 45(3), e1864. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181864>
37. Ceyhan, D., & Yiğit, T. (2016). Güncel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Tedavilerin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (3), 179-89.
38. Cham, T. H., Cheng, B. L., Low, M. P., & Cheok, J. B. C. (2020). Brand Image as the competitive edge for Hospitals in Medical Tourism. *European Business Review*.
39. Cham, T. H., Yet Mee, L. and Nai-Chiek, A. (2014). A study of brand image, perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intention among the medical tourists. *Global Journal of Business and Social Science Review*, 2(2), 32-43.
40. Chang, W. J., & Chang, Y. H. (2013). Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. *Journal of Dental Sciences*, 8(3), 239-247.
41. Chitthanom, C. (2020). Relationships among medical activity perceived functional values, satisfaction trust, and revisit intention in medical tourism: A case study on clmv tourists in Thailand. *ABAC Journal*, 40(3), 54-77.
42. Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. *Au-Gsb e-Journal*, 1(1), 24-37.
43. Cohen, I. G. (2012). How To Regulate Medical Tourism (And Why It Matters For Bioethics). *Developing World Bioethics*, 12 (1), 9-20.
44. Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand And Surgery. *Tourism Management*, 27, 1093-1100.
45. Coومان, M. I., Aarts, E. O., Janssen, I. M. C. vd. (2019). Weight Loss, Remission of Comorbidities, and Quality of Life After Bariatric Surgery in Young Adult Patients. *OBES SURG* 29, 1851–1857. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03781-z>
46. Cooper, P. E. and Cooper, M. (2009). Health and Wellness Tourism: Spas and Hot Springs. *Channel View Publications*, 39-41.

47. Cordwell, A., McClure, R. and Villani, A. (2022). Adherence to a Mediterranean diet and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of overweight and obese middle-aged and older adults with and without type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Nutrition*, 128(7), 1240-1246.
48. Cormany, D. (2008). Taking a pulse on potential medical tourism. *Medical Tourism*, 34-37.
49. Çakmak, S. (2020). Investigation of the relationship between social media addiction and obesity and body perception in university students (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
50. Çapar, H. and Aslan, Ö. (2020). Factors affecting destination choice in medical tourism. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 80-88
51. Çoğalan, S. (2019). *Obezite Cerrahisi Geçirmiş Olan Hastalarda Yeme Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi*. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Afyon.
52. Dalen, J. E. and Alpert, J. S. (2019). Medical tourists: Incoming and outgoing. *The American Journal of Medicine*, 132(1), 9-10.
53. Dalen, J. and Alpert, J. (2019). Medical tourist: incoming and outgoing. *The American Journal of Medicine*, 132(1); 9-10.
54. De Luca, M., Tie, T., Ooi, G., Higa, K., Himpens, J., Carbajo, M. A and Brown, W. A. (2018). Mini gastric bypass-one anastomosis gastric bypass (MGB-OAGB)-IFSO position statement. *Obesity surgery*, 28(5), 1188-1206.
55. Dedeoğlu, B. (2021). *Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu: Türkiye Ve Singapur Karşılaştırması*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü sağlık ekonomisi abdyüksek lisans tezi, İstanbul.
56. Dehesh, T., Dehesh, P. and Gozashti, M. H. (2019). Metabolic factors that affect health-related quality of life in type 2 diabetes patients: a multivariate regression analysis. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and therapy*, 12, 1181.
57. Demir, D. (2013). *Türkiye'de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Çalışma*. Oros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
58. Demir, Y. ve Özpınar, S. (2021). Medikal Turizmde Kadın ve Kadın Sağlığı. *SBe-dergi*, 4(7), 117-129.
59. Demir, Y., Baştürk, Y. A. and Övey, İ. S. (2020). Medikal Turistlerin Tercih Nedenleri: Samsun İli Örneği. *Turizm, Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 18-30.
60. Deniz Doğan, S. (2022). *Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-Mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Öz Bakım Gücü, Beden İmajı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana.
61. Deveci, E. ve Berk, S. Ö. (2013). *Obezite Cerrahisi Adayı Olan Ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgesinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, yüksek lisans tezi, İstanbul).

62. Dikmen, S. N. T., İlkay, Ş. ve Şafak, Y. (2022). Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası benlik saygısı, duygusal yeme, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi: Bir yıllık takip çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 4(2), 140-147.
63. Dikmetaş Yardan, E., Dikmetaş, H., Çoskun Us, N. ve Yabana, B. (2014). Türkiye'de ve Dünya'da Sağlık Turizmi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8, 27-42.
64. Dinçer, M. Z., Çiftçi, M. ve Karayılan, E. (2016). Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm:Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a Göre Potansiyelinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 34-60.
65. Diwan, T. S., Rice, T. C., Heimbach, J. K. and Schauer, D. P. (2018). Liver transplantation and bariatric surgery: timing and outcomes. *Liver Transplantation*, 24(9), 1280-1287.
66. Dizlek, D. ve Çatal, E. (2018). Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2), 501-512.
67. Dökme, S. (2016). *Sağlık Turizmi Açısından Adana İlinin İncelenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine Bakış Açısı: Bir Hastane Örneği*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
68. Elrefai, M., Hasenberg, T., Diouf, S., Weiß, C., Kienle, P. and Otto, M. (2017). Quality of life after bariatric surgery: comparison of four different surgical procedures. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 12(2), 61-66.
69. Erbay, L. G., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C. ve Karlıdağ, R. (2018). Bariatrik Cerrahi Adayı Morbid Obezite Hastalarının Yaşam Doyumunun Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J*, 23(1): 1-5.
70. Erdoğan, E. ve Akanoğlu, F. (2008). Termal Turizm ve Afyon-Gazlıgöl Örneği. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 3(1), 83-92.
71. Ergüven, M. (2012). Turizmde Termal ve SPA Hizmetleri. N. Kozak içinde, Termal ve SPA Hizmetleri (s. 58-76). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
72. Eroğlu, M. Z., Sertçelik, S., Gündüz, A. ve Demirkol M. E. (2019). Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(1): 20-28.
73. Ertuğrul, E. (2009). Hamam Yapıları ve Literatürü. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, 7(13), 241-266.
74. Es, B. ve Güngör Tavşanlı, N. (2021). Obezitenin Gebelik Boyunca Yaşam Kalitesine Etkisi: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4).
75. Eser, E., lağarlı, T., Baydur, H., Akkurt, V., Akkuş, H., Arslan, E. ve Vural, O. (2010). EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Public Health*, 8(3), 136-152.
76. Farrukh, M., Shahzad, I. A., Sajid, M., Sheikh, M. F. ve Alam, I. (2022). Revisiting the intention to travel framework in the perspective of medical tourism: The role of eWord-of-mouth and destination image. *International Journal of Healthcare Management*, 15(1), 28-35.

77. Franjic, S. (2019). Medical Tourism has Become a Phenomenon. *International Journal of Research studies in Medical and Health Sciences*, 4(3); 21-25.
78. Froylich, D., Abramovich, T. S., Fuchs, S., Zippel, D. and Hazzan, D. (2020). Long-term (over 13 years) follow-up of vertical band gastroplasty. *Obesity surgery*, 30(5), 1808-1813.
79. Garvey, W. T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M. and Plodkowski, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*, 22, 1-203.
80. GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13-27.
81. Geller, S., Dahan, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S. ve Abu-Abeid, S. (2020). Body Image and Emotional Eating as Predictors of Psychological Distress Following Bariatric Surgery. *Obes Surg*, 30, 1417–1423. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04309-1>
82. Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F. and Tirabassi, G. (2014). Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC public health*, 14(1), 1-8.
83. Glueck, C. J. and Goldenberg, N. (2019). Characteristics of obesity in polycystic ovary syndrome: etiology, treatment, and genetics. *Metabolism*, 92, 108-120.
84. Gönenir Erbay, L., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C. ve Karlıdağ, R. (2018). Bariatrik Cerrahi Adayı Morbid Obezite Hastalarının Yaşam Doyumunun Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Firat Tıp Dergisi*, 23(1).
85. Gündüz, H. (2015). *Sağlık Turizmi Kapsamında Pamukkale Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı Belgeli Otellerde Müşteri Memnuniyetinin Belirlenmesi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
86. Güngör, Ş. (2019). Obezitenin Tedavisinde Geçmiş ve Güncel Bariatrik Cerrahi Uygulamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 697-705.
87. Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
88. Güvenek, B. (2015). Sağlık Turizmi Ekonomisi. Konya: Çizgi Kitabevi.
89. Han, H. and Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism management*, 46, 20-29.
90. Han, Y., Jia, Y., Wang, H., Cao, L. and Zhao, Y. (2020). Comparative analysis of weight loss and resolution of comorbidities between laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review and meta-analysis based on 18 studies. *International Journal of Surgery*, 76, 101-110.
91. Helmi, E. and Travers, r. (2009). Towards the development of Egyptian Medical Tourism Sector. *An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 20(2); 419-439.

92. Hensley, R. D. (2018). Primary care management of obesity: individualized treatment strategies. *The Nurse Practitioner*, 43(7), 41-48.
93. Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A. and Jones, C. A. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.
94. Hovardaoğlu, S. (1993). Body perception scale. *The Journal of Psychiatry Psychology and Psychopharmacology*, 1, 26-32
95. HSGM (2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf> Erişim Tarihi:19.04. 2022
96. HSGM (2022). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html> Erişim Tarihi: 18.04.2022
97. Hubbard, V. S. and Hall, W. H. (1991). Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Obesity surgery*, 1(3), 257-265.
98. Huff-Rouselle, M., Shepherd, C., Cushman, R., Imrie, I. and Lalta, S. (1995). prospects for Health tourism for the english-speaking caribbean. Washington: Worl Bank.
99. Huff-Rouselle, M., Shepherd, C., Cushman, R., Imrie, I. and Lalta, S. (1995). prospects for Health tourism for the english-speaking caribbean. Washington: Worl Bank.
100. Hult, M., Bonn, S. E., Brandt, L., Wirén, M. and Lagerros Y. T. (2019). Women's Satisfaction with and Reasons to Seek Bariatric Surgery—a Prospective Study in Sweden with 1-Year Follow-up. *OBES SURG*, 29, 2059–2070. <https://doi.org/10.1007/s11695-019->
101. Iranmanesh, Mohammad, Sedigheh Moghavvemi, Suhaiza Zailani, and Sunghyup Sean Hyun. "The role of trust and religious commitment in Islamic medical tourism." *Asia Pacific Journal of Tourism Research* 23, no. 3 (2018): 245-259.
102. Iranmanesh, P., Boudreau, V., Ramji, K., Barlow, K., Lovrics, O. and Anvari, M. (2022). Outcomes of bariatric surgery in elderly patients: a registry-based cohort study with 3-year follow-up. *International Journal of Obesity*, 46(3), 574-580.
103. İçöz, O. (2009). Sağlık Turizminde Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. *Journal of Yasar University*, 2257-2279.
104. Jaapar, M., Musa, G., Moghavvemi, S. and Saub, R. (2017). Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction. *Tourism Management*, 61, 538–552. doi:10.1016/j.tourman.2017.02.023
105. Jaleel, A., Yajid, M., Khatibi, A. and Azam, S. (2021). Assessing the interrelationships between customer satisfaction, perceived value and behavioral intention among maldivians seeking medical care within medical tourism services: empirical evidence from the maldives. *Management Science Letters*, 11(6), 1845-1854.
106. Jani, D. and Han, H. (2013). Personality, social comparison, consumption emotions, satisfaction, and behavioral intentions: How do these and other factors relate in a hotel setting?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(7), 970-993.

107. Janik, M. R., Rogula, T., Bielecka, I., Kwiatkowski, A. and Paśnik, K. (2016). Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. *Obesity surgery*, 26(12), 2849-2855.
108. Jenner, E. (2008). "Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in America's health care crisis, care for major health problems and population health concerns, impacts on patients providers and policy. *Research in the Sociology of Health Care*, 26; 235-249.
109. Jotikasthira, N. (2010). *Salient factors influencing medical tourism destination choice* (Doctoral dissertation, Southern Cross University).
110. Juliana Bertoletti, Mayra Juliana Galvis Aparicio, Suelen Bordignon, and Clarissa Marcelli Trentini (2019). Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14:2, 81-92.
111. Karadaş, Y. A. (2022). *Bariatrik cerrahi sonrası müzik terapinin postoperatif bulantı kusmayı azaltma ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi*. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara.
112. Karagülle, Z., Karagülle, M. ve Doğan, B. M. (2011). Türkiye Termal SPA Sağlık Rehberi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.
113. Karasar, N. (2013). Bilimsel araştırma yöntemi. 25. Basım. Ankara: Nobel Yayın
114. Karayurt, Ö., Durmaz Edeer, A., Sarıgöl Ordın, Y., Yasak, K., Kankaya, E. A., Ögce, F. ve Atila, K. (2022). Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15
115. Kaya, Ş. ve Türker, P. (2022) Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Akupunkturun Obezite ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 167-172.
116. Keleş, N. (2019). *Bariyatrik Cerrahinin Hastaların Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajı Üzerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. İstanbul.
117. Kılıç, Y. (2019). *Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi. İstanbul.
118. Kılınç, İ. (2017). Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi.*, 8(17), 130-143.
119. Kikuchi, J. L. D., Carvalhal, M. M. D. L., Costa, A. P. D. S., Vasconcelos, J. A. S. B., Paracampo, C. C. P. and Gomes, D. L. (2022). Correlation between anxiety symptoms and perception of quality of life in women with more than 24 months after undergoing bariatric surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7052.
120. Ko, T. (2014). Medical Tourism System Model. *International Journal of Tourism Sciences*, 11(1), 18-51.

121. Kocaöz, S., Yılmaz, A., Gemcioğlu, E. ve Parlak, Ö. (2020). Obezite cerrahisi sonrası semptomatik kolelitiazis gelişme sıklığı ve cerrahi tedavide zamanlama. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 244-248.
122. Koh, S., Yoo, J. E. and Boger, C. A. (2010). Importance-performance analysis with benefit segmentation of spa goers. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(5), 718–735., 22(5), 718-735.
123. Korkmaz, M. F. (2018). Bariatrik cerrahinin morbid obez bireylerde total antioksidan kapasite üzerine etkisi/Determination of total antioxidant capacity and total oxidative stress changes after laparoscopic sleeve gastrectomy in obesity patients.
124. Kovács, E. and Szocska, G. (2013). 'Vacation for your teeth'—dental tourists in Hungary from the perspective of Hungarian dentists. *British Dental Journal*, 215(8), 415-418.
125. Köstepen, A. (2015). *İzmir İlinin Medikal Turizm Potansiyelinin Tespiti*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
126. Kryvopustov, M. S. (2018). Assessment of quality of life of patients with morbid obesity in a two-stage approach to their surgical treatment. *Medicni perspektivi (Medical perspectives)*, 23(3), 20-26.
127. Kurt, A. K. (2019). Birinci basamakta obezite yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 11(2), 55-60.
128. Kushner, R. F. (2018). Weight loss strategies for treatment of obesity: lifestyle management and pharmacotherapy. *Progress in cardiovascular diseases*, 61(2), 246-252.
129. Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2015). <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11475/genel-tanimlar.html>Erişim Tarihi:10.02.2021 Erişim Tarihi:10.10.2022
130. Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2015). <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11475/genel-tanimlar.html>Erişim Tarihi:10.02.2021 Erişim Tarihi:10.10.2022
131. Lee, M., Han, H., & Lockyer, T. (2012). Medical Tourism-Attracting Japanese Tourists For Medical Tourism Experience. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29(1), 69-86.
132. Lee. (2010). Health care and tourism: Evidence from Singapore. *Tourism Management*, 31, 486-488.
133. Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C. and Yen, Y. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8.
134. Mahmud, M. S., Rahman, M. M., Lima, R. P. and Annie, E. J. (2021). Outbound medical tourism experience, satisfaction and loyalty: lesson from a developing country. *Journal of hospitality and tourism insights*, 4(5), 545-564.
135. Major, P., Stefura, T., Dziurawicz, B., Radwan, J., Wysocki, M., Małczak, P. and Pędziwiatr, M. (2020). Quality of Life 10 Years After Bariatric Surgery. *Obes Surg*, 30, 3675–3684. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04726-7>
136. Makarawung, D. J. S., Monpellier, V. M., van den Brink, F., Woertman, L., Zijlstra, H., Mink van der Molen, A. B. and Geenen, R. (2020). Body image as a potential

- motivator for bariatric surgery: a case-control study. *Obesity Surgery*, 30(10), 3768-3775.
137. Martens, K., Hamann, A., Miller-Matero, L. R., Miller, C., Bonham, A. J., Ghaferi, A. A. ve Carlin A. M. (2020). Relationship between depression, weight, and patient satisfaction 2 years after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17, 2, 366-371.
 138. McKenzie, J. A., Drevets, P., Bolduc, A., Greenberg, J., & Hilton, L. R. (2022). Early Operation for Complications Arising From Bariatric Surgical Tourism. *The American Surgeon*, 00031348221086798.
 139. Metin, B. (2021). *Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi-Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri*. <https://docplayer.biz.tr/555483-Durum-tespit-raporu-ve-cozum-onerileri.html> Erişim Tarihi:10.10.2022
 140. Montpellier, V. M., Antoniou, E. E., Mulkens, S., Janssen, I. M., Jansen, A. T. and van der Molen, A. B. M. (2019). Body Contouring Surgery after Massive Weight Loss: Excess Skin, Body Satisfaction, and Qualification for Reimbursement in a Dutch Post–Bariatric Surgery Population. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(5), 1353-1360.
 141. Moris, M. J., Beilharz, J. E., Maniam, J., Reichelt, A. C. and Westbrook, R. F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition. *Neurosci Biobehav Rev.*, 3645.
 142. MTI. (2021). <https://www.medicaltourism.com/mti/home> Erişim Tarihi: 10.10.2022
 143. Mutlubaş, I. (2020). Dünya’da ve Türkiye’de Medikal Turizmin Güncel Durumu. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(3): 2974-2984.
 144. Narayanan, A., & Greco, M. (2014). The Dental Practice Questionnaire: a patient feedback tool for improving the quality of dental practices. *Australian Dental Journal*, 59(3), 334-348.
 145. Nauck, M. A., Buse, J. B., Mann, J. F., Pocock, S., Bosch-Traberg, H., Frimer-Larsen, H. and LEADER Publication Committee for the LEADER Trial Investigators. (2019). Health-related quality of life in people with type 2 diabetes participating in the LEADER trial. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 21(3), 525-532.
 146. Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A. ve Okyay, R. A. (2016). Does body image affect quality of life: A population based study. *PloS one*, 11(9), e0163290.
 147. Newsome, P. R. H. and Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British dental journal*, 186(4), 166-170.
 148. NIH (1991). Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Obesity surgery*, 1(3), 257-265.
 149. Nuijten, M. A. H., Tettero, O. M., Wolf, R. J. vd. (2021). Changes in Physical Activity in Relation to Body Composition, Fitness and Quality of Life after Primary Bariatric Surgery: a Two-Year Follow-Up Study. *OBES SURG* 31, 1120–1128 <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05009-x>

150. O'Brien, P. E. (2010). Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 25(8), 1358-1365.
151. O'Donoghue, G., Blake, C., Cunningham, C., Lennon, O. and Perrotta, C. (2021). What exercise prescription is optimal to improve body composition and cardiorespiratory fitness in adults living with obesity? A network meta-analysis. *Obesity Reviews*, 22(2), e13137.
152. Orak, H. (2018). *Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Özel Hastane Uygulaması (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).*
153. Özatkan, Y. (2021). *Obezite Cerrahisinin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Maliyeti: Hasta Perspektifinden Bir Değerlendirme. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.*
154. Park, J. K., Ahn, J., Han, S. L., Back, K. J. and An, M. (2020). Exploring internal benefits of medical tourism facilitators' satisfaction: customer orientation, job satisfaction, and work performance. *Journal of Healthcare Management*, 65(2), 90-105.
155. Parmar, C. D., McCluney, S. J., Rodriguez, N., Behrens, E., Lakdawala, M., Kow, L. and Ramos, A. (2021). A Global Survey by the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) on Perceptions of Bariatric Medical Tourism (BMT) by Health Professionals: Guidelines from IFSO for BMT. *Obesity Surgery*, 31(4), 1401-1410.
156. Paul MA, Opyrchał J, Knakiewicz M, Jaremków P, Duda-Barcik Ł, Ibrahim AMS, vd. (2020) The long-term effect of body contouring procedures on the quality of life in morbidly obese patients after bariatric surgery. *PLoS ONE* 15(2): e0229138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229138>
157. Pereira, J. P. S., Martinino, A., Manicone, F., Pereira, M. L. S., Puzas, Á. I., Pouwels, S. and Martínez, J. M. (2022). Bariatric surgery on social media: A cross-sectional study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 16(2), 158-162.
158. Poelemeijer, Y. Q. M., van der Knaap, E. T. W., Marang-van de Mheen, P. J., Demirkiran, A., Wiezer, M. J., Hazebroek, E. J., Greve, J. W. M. ve Liem, R. S. L. (2020). Measuring quality of life in bariatric surgery: a multicentre study. *Surg Endosc* 34, 5522–5532. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07350-4>
159. Powers, S. K., & Dodd, S. L. (2009). *Total Fitness and Wellness*. San Fransisco: (5. Baskı) Pearson Education.
160. Prajapati, M. C., Patel, V. B. and Patel, K. M. (2013). Service quality and patient's satisfaction in medical tourism with special reference to Gujarat state. *EXCEL International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 3(1), 33-38.
161. Qasim, A., Turcotte, M., De Souza, R. J., Samaan, M. C., Champredon, D., Dushoff, J. and Meyre, D. (2018). On the origin of obesity: identifying the biological, environmental and cultural drivers of genetic risk among human populations. *Obesity Reviews*, 19(2), 121-149.
162. Raaijmakers, L. C., Pouwels, S., Thomassen, S. E. and Nienhuijs, S. W. (2017). Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short and long term results and comparison with community norms. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71, 441-449.

163. Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D. and Zwar, N. (2018). A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. *Mindfulness*, 9(2), 388-400.
164. Rahman, M. K. (2019), Medical tourism: tourists' perceived services and satisfaction lessons from Malaysian hospitals. *Tourism Review*, 74, 739-758. <https://doi.org/10.1108/TR->
165. *Resmi Gazete*. (2018). <https://www.ushas.com.tr/kurulus-kanunu/>. <https://www.ushas.com.tr/kurulus-kanunu/> Erişim Tarihi:10.10.2022
166. Roberts, J. L. and Fowler, L. R. (2017). How Assuming Autonomy May Undermine Wellness Programs. *Health Matrix*, 27, 101.
167. Rodrigues, H., Brochado, A., Troilo, M. and Mohsin, A. (2017). Mirror, mirror on the wall, who's the fairest of them all? A critical content analysis on medical tourism. *Tourism Management Perspectives*, 24, 16-25.
168. Rweggerera, G. M., Moshomo, T., Gaenamang, M., Oyewo, T. A., Gollakota, S., Rivera, Y. P. and Habte, D. (2018). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alexandria journal of medicine*, 54(2), 111-118.
169. Sağlam, F. ve Güven, H. (2014). Obezitenin cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 60-65.
170. Sağlık Turizmi Rehberi. (2009). <https://docplayer.biz.tr/768565-Turkiye-saglik-turizmi-rehberi.html> Erişim Tarihi:10.10.2022
171. Samaan, J. S., Mohan, S., Toubat, O., Qian, E., Lee, N., Subramanyam, C. and Samakar, K. (2021). Effects of smoking on bariatric surgery postoperative weight loss and patient satisfaction. *Surgical Endoscopy*, 35(7), 3584-3591
172. Sandberg, D. (2017). Medical tourism: an emerging global healthcare industry. *Int J Healthcare Management*, 10(4); 281-288.
173. Sandberg, D. (2017). Medical Tourism: An Emerging Global Healthcare Industry. *International Journal of Healthcare Management*, 10(4), 281-288.
174. Santos, C., Carvalho, M., Oliveira, L., Palmeira, A., Rodrigues, L. M.; Gregório, J. (2022). The Long-Term Association between Physical Activity and Weight Regain, Metabolic Risk Factors, Quality of Life and Sleep after Bariatric Surgery. *Int. J. Environ. Res. Public*
175. Sarwer, D. B. and Steffen, K. J. (2015). Quality of life, body image and sexual functioning in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 504-508.
176. Schmerler, K. (2018). Medical Tourism in Germany-Determinants of International Patients Destination Choice. Switzerland: Cham.
177. Secord, P. F. and Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 343-147.
178. Sevim, E. ve Sevim, E. (2019). Medikal Turizm Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3): 633-652.

179. Seyit, H. (2020). Laparoskopik sleeve gastrektominin kan basıncı üzerine erken dönem etkisi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(1), 7-10.
180. Spinos, D., Skarentzos, K., Esagian, S. M., Seymour, K. A. and Economopoulos, K. P. (2021). The effectiveness of single-anastomosis duodenoileal bypass with sleeve gastrectomy/one anastomosis duodenal switch (SADI-S/OADS): an updated systematic review. *Obesity Surgery*, 31(4), 1790-1800.
181. Stewart, J. F. and Spencer, A. J. (2005). Dental satisfaction survey. AIHW cat. no. DEN, 141.
182. Sturgiss, E. A., Elmitt, N., Haelser, E., Van Weel, C. and Douglas, K. A. (2018). Role of the family doctor in the management of adults with obesity: a scoping review. *BMJ open*, 8(2), e019367.
183. Suess, C., Baloglu, S. and Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management*, 69, 232-245.
184. Şahin, G. G. ve Tuzlukaya, Ş. (2017). Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi. D. Tengilimoğlu içinde, Sağlık Turizmi (s. 47-50). Ankara: Siyasal Kitabevi (2. Baskı).
185. Şahin, M. ve Uysal, Ş. (2018). Türkiyede Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği. *Journal of Awareness*, 287-300.
186. Şişman P., Şişman M. ve Ersoy O. (2018). BAriatric surgery : outcomed and follow up, *EurArch Med Res* 34(3), 167-170.
187. T. C. Cumhurbaşkanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı 2013-2018. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> 15.08.2022
188. Tambağ, H. ve Turan, Z. (2012). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersinin Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 46-55.
189. Tarakçı Zora, S. (2016). *Serumda grelin, oksidatif stres ve obezite ilişkisinin araştırılması (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)*.
190. Temizkan, S. P. ve Çiçek, D. (2015). Sağlık Turizmi Kavramı ve Özellikleri. S. P. Temizkan içinde, Sağlık Turizmi (s. 11-35). Ankara: Detay Yayıncılık.
191. Temizkan. (2018). Sağlık ve Sağlık Turizmi. R. Kozak içinde, Termal ve SPA Hizmetleri (s. 2-18). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
192. Tengilimoğlu, D. (2017). Sağlık Turizmi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
193. Tengilimoğlu, D. ve Gürcü, M. (2017). İleri Yaş ve Engelli Turizmi. D. Tengilimoğlu içinde, Sağlık Turizmi. Ankara: Siyasal Kitabevi (2. Baskı).
194. Terzioğlu, A. (1970). İslam-Türk Hastaneleri. Ankara: Belleten.
195. Tontuş, H. Ö. (2021, 02 21). Sağlık Turizminin Tarihçesi. <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/01.pdf> Erişim Tarihi:10.10.2022
196. Tosun, N. (2020). Covid-19 ve sağlık Turizmi. F. Budak içinde, Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla Covid-19 (s. 260-275). Ankara: Nobel Yayıncılık.

197. Tosun, N., Demir, Y. ve Sağlık, E. (2020). Traditional and complementary medicine from health tourism perspective. *Int Journal Of Health Manag. And Tourism*, 5(1); 32-43 <https://doi.org/10.31201/ijhmt.694384>.
198. Türkiye Sağlık Araştırması (2019). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> Erişim Tarihi:20.04.2022
199. USHAŞ. (2020). Uluslararası Hasta Hizmetleri Anonim Şirketi. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi:10.10.2022
200. USHAŞ. (2021). <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi:10.10.2022
201. USHAŞ. (2021). <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi:10.10.2022
202. Verboven, K., & Hansen, D. (2021). Critical reappraisal of the role and importance of exercise intervention in the treatment of obesity in adults. *Sports Medicine*, 51(3), 379-389.
203. Versteegden, D. P. and Nienhuijs, S. W. (2018). Improvement in quality of life after bariatric surgery: sleeve versus bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(2), 170-174.
204. WHO (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
205. WHO. (1992). https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ Erişim Tarihi:10.10.2022
206. WHO. (2013). <http://www.who.int/about/definition/en/print> Erişim Tarihi:10.02.2021 Erişim Tarihi:10.10.2022
207. WHO. (2023). [https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World Obesity Atlas 2023 Report.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World%20Obesity%20Atlas%202023%20Report.pdf). Erişim Tarihi: 02.03.2023
208. WTO. (2021). http://www.world-tourism.org/code_ethics/pdf/languages/Turkey.pdf Erişim Tarihi:10.10.2022
209. Wu, H. C., Li, T. and Li, M. Y. (2016). A study of behavioral intentions, patient satisfaction, perceived value, patient trust and experiential quality for medical tourists. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 17(2), 114-150.
210. Yalçın, P. (2006). *Türkiye'de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturma Gereği Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşlemciliği Bilim Dalı Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
211. Yazdani, N., Hosseini, S. V., Amini, M., Sobhani, Z., Sharif, F. and Khazraei, H. (2018). Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. *International journal of community based nursing and midwifery*, 6(2), 175.
212. Yeoh, E., Othman, K. and Ahmad, H. (2013). Understanding Medical Tourists: Word-Of-Mouth And ViralMarketing As Potent Marketing Tools. *Tourism Management*, 34, 196-201.

213. Yıldız, S. ve Çetinkaya, F. (2020). Yetişkinlerde Obezite ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Medical Journal*, 4(2), 29-34.
214. Yiğit, A., Yiğit, V. ve Eroymak, S. (2019). Veri Zarflama Analizi ile Ülkelerin Medikal Turizm Etkinliğinin Ölçülmesi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(12); 916-936.
215. Zengin Eroğlu, M., Sertçelik, S., Gündüz, A. ve Demirkol, M. E. (2019). Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1).
216. Zengin, B. ve Eker, N. (2016). Sakarya İli termal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi. *Kastamonu İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 62(1), 165-181.
217. Zengingönül, B., Emeç, H., İyilikçi, D. ve Bingöl, P. (2021, 02 21). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme, Ekonomistler Platformu Derneği. http://www.ekonomistler.org.tr/wp-content/uploads/2012/04/saglik_turizmi_rapor.pdf 1Erişim Tarihi:Erişim Tarihi:10.10.2022
218. Zsarnoczky, M. (2018). Novel Concepts In The Health Tourism Industry. *Vadyba Journal of Management*, 1(32); 67-73.

EKLER

EK-1 Anket Formları – (1)

MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE AMELİYATI OLAN BİREYLERİN, BEDEN İMAJI ALGISI, HASTA MEMNUNİYETLERİ VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
<i>Değerli Katılımcılar; Bu çalışma, “medikal turizm kapsamında obezite ameliyatı olan bireylerin beden imajı algısı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi” amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.</i>	
1. Cinsiyetinizi belirtir misiniz?	<input checked="" type="checkbox"/> Erkek <input checked="" type="checkbox"/> Kadın
2. Yaşınız	
3. Medeni Durumunuz	<input checked="" type="checkbox"/> Evli <input checked="" type="checkbox"/> Bekar
4. Ameliyat öncesi kilonuz (kg)	
5. Boyunuz (cm)	
6. Eğitim durumunuz	<input checked="" type="checkbox"/> İlköğretim <input checked="" type="checkbox"/> Lise <input checked="" type="checkbox"/> Önlisans <input checked="" type="checkbox"/> Lisans <input checked="" type="checkbox"/> Lisansüstü
7. Aile Türü	<input checked="" type="checkbox"/> Geniş aile <input checked="" type="checkbox"/> Çekirdek aile <input checked="" type="checkbox"/> Tek ebeveynli aile
8. Çalışma durumunuz (Emekli iseniz emekli olmadan önceki durumunuz)	<input checked="" type="checkbox"/> İşveren (emrinde en az 3 veya daha fazla insan çalışıyor) <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek eğitilmiş (emrinde en çok 2 kişi çalıştırıyor veya tek başına) <input checked="" type="checkbox"/> Küçük esnaf/zanaatkar (yanında en çok 2 kişi çalıştırıyor veya tek başına) <input checked="" type="checkbox"/> İş buldukça çalışanlar (düzenli aylık geliri yok) <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek eğitilmiş (ücretli) <input checked="" type="checkbox"/> Memur /büro çalışanı (beyaz yakalı) <input checked="" type="checkbox"/> Sanayi işçisi (mavi yakalı) <input checked="" type="checkbox"/> Niteliksiz işlerde çalışanlar (kamuda veya özel sektörde düzenli aylık geliri var) <input checked="" type="checkbox"/> İşsiz (en az 6 aydır gelir getiren işi yok)
9. Gelir durumunuz (\$)	<input checked="" type="checkbox"/> 0-2000\$ <input checked="" type="checkbox"/> 2001-4000\$ <input checked="" type="checkbox"/> 4001-6000\$ <input checked="" type="checkbox"/> 6001 \$ +
10. Sizce geliriniz nasıldır?	<input checked="" type="checkbox"/> Gelir gideri karşılıyor <input checked="" type="checkbox"/> Gelir giderden fazla <input checked="" type="checkbox"/> Gelir giderden az
11. Çocuğunuz var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet (kaç tane.....) <input checked="" type="checkbox"/> Hayır
12. Herhangi Bir Kronik Hastalığınız var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz)..... <input checked="" type="checkbox"/> Hayır
13. Yaşamınızı güçleştirecek herhangi bir bedensel engeliniz varmı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz)..... <input checked="" type="checkbox"/> Hayır
14. Herhangi bir bulaşıcı hastalığınız var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz)..... <input checked="" type="checkbox"/> Hayır
15. Sigara Kullanıyor musunuz?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Bıraktım..... ay/yıl önce
16. Alkol kullanıyor musunuz?	<input checked="" type="checkbox"/> Hiç içmem <input checked="" type="checkbox"/> Nadiren <input checked="" type="checkbox"/> Ayda bir veya birkaç kez <input checked="" type="checkbox"/> Haftada bir veya birkaç kez

	⁵ X Her gün
17. Genellikle ne sıklıkla nefes nefese kalarak veya terleyerek egzersiz yaparsınız(Fiziksel aktivite)?	¹ X her gün yaparım ² X haftada 4-6 kez ³ X haftada 2-3 kez ⁴ X haftada bir defa ⁵ X ayda 1 defa ⁶ X ayda bir defadan daha az ⁷ X Hiç yapmam

EK-1 Anket Formları (1) (Devam)

18. Geldiğiniz Ülke	
19. Aşağıdaki tabloda farklı öğünler ve yiyecekler grupları için tüketim sıklığına uyan seçeneği kutulara (X) işareti koyarak işaretler misiniz?	
	Yeme Sıklığı
	Hiç Yemem (1) Bazen Yerim (2) Her gün yerim (3)
Kahvaltı	
Öğle Yemeği	
Akşam Yemeği	
Sebze Yemekleri	
Meyveler	
Et, Tavuk, Balık, Yumurta	
Süt, Ayran, Peynir, Yoğurt gibi süt ve süt ürünleri	
Hamburger, Tost, Pizza	
Cips	
Kola, Gazoz, Gazlı İçecekler	
20. Geliş şekliniz	¹ X kendi imkânı ² X seyahat acentesi ³ X aracı kurum
21. Türkiye'yi tercih etmenizdeki etkili olan faktör nedir?	¹ X fiyat avantajı ² X Kaliteli sağlık hizmeti ³ X Alanında uzman sağlık çalışanları ⁴ X Kültürel yakınlık ⁵ X Uçuş kolaylığı ⁶ X Bekleme süresinin olmaması
22. Burada almış olduğunuz sağlık hizmetini başkalarına tavsiye eder mi siniz?	¹ X Evet ² X Hayır
23. Sağlık hizmetleri için tekrar burayı tercih eder misiniz?	¹ X Evet ² X Hayır
24. Ameliyat öncesi son üç ayda sizi yoğun etkileyecek dönemde yaşamınızı etkileyecek bir travma yaşadınız mı?	1. Evet (Belirtiniz) 2. Hayır

25. Ameliyat sonrası 1 yıl içinde sizi yoğun etkileyecek dönemde yaşamınızı etkileyecek bir travma yaşadınız mı?	1. Evet (Belirtiniz 2. Hayır
26. Ameliyat sonrası komplikasyon yaşadınız mı?	1. Kaçak 2. emboli 3. enfeksiyon 4. kardiyak problemler 5. Diğer (.....)

EK-1 Anket Formları – (2) Memnuniyet Anketi

MEMNUNİYET ANKETİ

	Aşağıdaki soruları almış olduğunuz sağlık hizmetini hizmetlerini düşünerek cevaplandırınız	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Kararsızım 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
1	Hastane tarafından sunulan sağlık hizmetleri bilgilendirilmesinden memnunum	1	2	3	4	5
2	Ziyaretim için yapılan randevu planlamasından memnunum					
3	Sunulan sağlık hizmetlerinden genel olarak memnunum					
4	Bekleme süresinden memnunum					
5	Muayene odasında ki tedavi de kullanılan ekipmanlarının kalitesinden memnunum					
6	Hekimin yetkinliği ve niteliğinden (yeteneğinden) memnunum					
7	Aldığım hizmetin kapsamından memnunum					
8	Hekimin profesyonel tutumundan memnunum					
9	Hekimin tedavi seçenekleri hakkında ki açıklamalarından memnunum					
10	Hekim tarafından hastalığım hakkında verilen tavsiyelerden memnunum					
11	Hastaneden aldığım tedavi öncesi fiyatla ilgili açıklamalarından memnunum					
12	Hastane personelinin nezaketi/iletişiminden memnunum					
13	Hastanenin dekor ve dizaynından memnunum					

14	Hastanenin kalabalığından memnunum					
15	Hastanenin güvenliğinin memnunum					
16	Hastanenin temizliğinden memnunum					

EK-1 Anket Formları – (3) Beden Algısı Ölçeği

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ						
	İlk önce her bir ifadeyi okuyunuz. Daha sonra kendinize uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Hiç beğenmiyorum	Pek beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça beğeniyorum	Çok beğeniyorum
1	Saçlarım	1	2	3	4	5
2	Yüzümün rengi	1	2	3	4	5
3	İştahım	1	2	3	4	5
4	Ellerim	1	2	3	4	5
5	Vücudumdaki kıl dağılımı	1	2	3	4	5
6	Bumum	1	2	3	4	5
7	Fiziksel gücüm	1	2	3	4	5
8	İdrar – dışkı düzenim	1	2	3	4	5
9	Kas kuvvetim	1	2	3	4	5
10	Belim	1	2	3	4	5
11	Enerji düzeyim	1	2	3	4	5
12	Sırtım	1	2	3	4	5
13	Kulaklarım	1	2	3	4	5
14	Yaşım	1	2	3	4	5
15	Çenem	1	2	3	4	5
16	Vücut Yapım	1	2	3	4	5
17	Profilim	1	2	3	4	5
18	Boyum	1	2	3	4	5
19	Duyularımın keskinliği	1	2	3	4	5
20	Ağrıya Dayanıklılığım	1	2	3	4	5
21	Omuzlarımın Genişliği	1	2	3	4	5
22	Kollarım	1	2	3	4	5
23	Göğüslerim	1	2	3	4	5
24	Gözlerimin şekli	1	2	3	4	5
25	Sindirim Sistemim	1	2	3	4	5
26	Kalçalarım	1	2	3	4	5
27	Hastalığa direncim	1	2	3	4	5
28	Bacaklarım	1	2	3	4	5
29	Dişlerimin şekli	1	2	3	4	5
30	Cinsel gücüm	1	2	3	4	5
31	Ayaklarım	1	2	3	4	5

32	Uyku düzenim	1	2	3	4	5
33	Sesim	1	2	3	4	5
34	Sağlığım	1	2	3	4	5
35	Cinsel Faaliyetlerim	1	2	3	4	5
36	Dizlerim	1	2	3	4	5
37	Vücudumun duruş şekli	1	2	3	4	5
38	Yüzümün Şekli	1	2	3	4	5
39	Kilom	1	2	3	4	5
40	Cinsel organım	1	2	3	4	5

EK-2 Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS)

Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS)

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun yanıt seçenekleri içinde size en uygun olan seçeneğe ait rakamı daire içine alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi

2	Sağlığınızdaki ne kadar Hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

3	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz, kuvvetiniz var mı?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen

4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

5	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

6	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

7	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen

8	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

EK-2 Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS)

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BODY IMAGE PERCEPTION, PATIENT SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS HAVING UNDERGONE OBESITY (BARIATRIC) SURGERY WITHIN THE SCOPE OF MEDICAL TOURISM	
<i>Dear participants; this study is carried out to assess the relationship between body image perception, patient satisfaction and quality of life of individuals who have had bariatric surgery within the scope of medical tourism". The answers you give to the questions will be kept confidential and evaluated only by the researcher. In order for the research to be reliable, I would request you to answer each question sincerely and accurately, and thank you in advance for your interest and help.</i>	
1. Sex	¹ X Man ² X Woman
2. Age	
3. Marital status	¹ X Married ² X Single
4. Pre-operative weight (kg)	
5. Height (cm)	
6. Education status	¹ X Primary School ² X High School ³ X Associate Degree ⁴ X Bachelor's Degree ⁵ X Master's Degree
7. Family type	¹ X extended family ² X nuclear family ³ X single parent family
8. Working status (If you are retired, your status before retirement)	¹ X Employer (employs at least 3 or more people) ² X having higher education (works alone or is the superior of at least two people) ³ X Small tradesman/craftsman (works alone or employs at least two people) ⁴ X Employees who work as they find work (have no regular monthly income) ⁵ X having higher education (wage earner) ⁶ X Government officer / office worker (white-collar) ⁷ X Industrial worker (blue collar) ⁸ X Those who work in unskilled jobs (with regular monthly income in the public or private sector) ⁹ X Unemployed (having no income generating job for at least 6 months)

9. Income status (\$)	¹ X 0-2000\$ ² X 2001-4000\$ ³ X 4001-6000\$ ⁴ X 6001 \$ +
10. How do you perceive your income?	¹ X income equal to expenses ² X income more than expenses ³ X income less than expenses
11. Do you have any children?	¹ X yes (how many.....) ² X no

EK-2 Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) (devam)

12. Do you have any chronic disease?	¹ X Yes (please state.....) ² X No
13. Do you have any physical disability that will complicate your life?	¹ X Yes (please state.....) ² X No
14. Do you have any Infectious Disease?	¹ X Yes (please state.....) ² X No
15. Do you smoke?	¹ X Yes ² X No ³ X I quit Months / years ago
16. Do you drink alcohol?	¹ X Never ² X Rarely ³ X once or a few times a month ⁴ X once or a few times a week ⁵ X Every day
17. How often do you exercise so that you are out of breath or sweat (Physical activity)?	¹ X Every day ² X 4-6 times a week ³ X 2-3 times a week ⁴ X once a week ⁵ X Once a month ⁶ X Less than once a month ⁷ X Never

18. Country of origin (which country are you from / From which country have you come)	
--	--

EK-2 Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) (devam)

19. In the table below, please mark the option that fits the consumption frequency for different meals and food groups by putting an (X) in the boxes?			
	Frequence		
	Never (1)	Sometimes (2)	Every day (3)
Breakfast			
Lunch			
Dinner			
Vegetable food			
Fruits			
Meat, Chicken, Fish, Eggs			
Milk and dairy products such as Ayran (drink made of yoghurt and water), Cheese, Yogurt			
Hamburger, Toasted Sandwich, Pizza			
Potato chips			
Coke, Soda, Fizzy (carbonated) Drinks			
20. How did you come here?	<input type="checkbox"/> X through his or her own means <input type="checkbox"/> X travel agency <input type="checkbox"/> X brokerage firm		
21. What factor affected you to choose Turkey?	<input type="checkbox"/> X price advantage <input type="checkbox"/> X Quality health care <input type="checkbox"/> X Health professionals who are experts in their field <input type="checkbox"/> X cultural affinity <input type="checkbox"/> X ease of finding a flight <input type="checkbox"/> X No need to wait		
22. Would you recommend the health service you received here to others?	<input type="checkbox"/> X Yes <input type="checkbox"/> X No		

23. Would you prefer this place again for health services?	¹ X Yes ² X No
24. In the last three months before the operation, did you experience a trauma that would affect your life intensely?	1. Yes (please state.....) 2. No
25. Did you experience a trauma that would affect your life intensely within 1 year after the operation?	1. Yes (please state.....) 2. No
26. Did you experience any post-operative complications?	1. Perforation 2. Emboli 3. Infection 4. Cardiac problems 5. Others (please state.....)

EK-3 Satisfaction Survey

SATISFACTION SURVEY

	Answer the following questions considering the health care services you have received.	strongly disagree 1	Disagree 2	undecided 3	agree 4	strongly agree 5
1	I am satisfied with the health services provided by the hospital.	1	2	3	4	5
2	I am satisfied with the appointment scheduling for my visit					
3	I am generally satisfied with the health services provided.					
4	I am satisfied with the wait time					
5	I am satisfied with the quality of the equipment used for treatment in the examination room					
6	I am satisfied with the competence and qualification (skills) of the physician					
7	I am satisfied with the scope of the health service I received					
8	I am satisfied with the professional attitude (approach) displayed by the physician					
9	I am satisfied with the treatment options-related explanations made by the physician					
10	I am satisfied with the advice given by the doctor about my disease					

11	I am satisfied with the explanations about the pre-treatment price I received from (made by) the hospital.					
12	I am satisfied with the courtesy of and communication with the hospital staff					
13	I am satisfied with the decor and design of the hospital					
14	I am satisfied with the crowd in the hospital					
15	I am satisfied with the safety (security) of the hospital					
16	I am satisfied with the hygiene of the hospital					

EUROHIS-QOL 8-item index WHOQOL-8)

Please read each question, evaluate your feelings, and circle the number of the answer that suits you best among the answer options for each question.

1	How would you rate your quality of life?	Very poor	poor	Neither poor, nor good	good	Very good

2	How satisfied are you with your health?	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied

3	Do you have enough energy for everyday life?	Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely

4	How satisfied are you with your ability to perform your daily activities?	not pleased at all	very little satisfied	What is pleasing, what is not	quite pleased	very pleased

5	How satisfied are you with yourself?	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied

6	How satisfied are you with your personal relationships?	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied	Satisfied	Very satisfied
---	---	-------------------	--------------	-------------------	-----------	----------------

				nor dissatisfied		

7	Have you enough money to meet your needs?	Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely

8	How satisfied are you with the conditions of your living place?	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied

BODY PERCEPTION QUESTIONNAIRE						
	Please read each statement below first. Then tick the option that suits you.	I do not like it at all	I do not like it much	I am undecided	I like it quite much	I like it much
1	Hair	1	2	3	4	5
2	The color of the face	1	2	3	4	5
3	Appetite	1	2	3	4	5
4	Hands	1	2	3	4	5
5	Hair distribution on the body	1	2	3	4	5
6	Nose	1	2	3	4	5
7	Physical strength	1	2	3	4	5
8	Urination and defecation pattern	1	2	3	4	5
9	Muscle strength	1	2	3	4	5
10	Waist	1	2	3	4	5
11	Energy level	1	2	3	4	5
12	Back of the body	1	2	3	4	5
13	Ears	1	2	3	4	5
14	Age	1	2	3	4	5
15	Chin	1	2	3	4	5
16	Body build	1	2	3	4	5
17	Profile	1	2	3	4	5
18	Height	1	2	3	4	5
19	Emotional acuity	1	2	3	4	5
20	Pain resilience	1	2	3	4	5
21	Shoulder width	1	2	3	4	5
22	Arms	1	2	3	4	5
23	Breasts	1	2	3	4	5
24	The shape of the eyes	1	2	3	4	5
25	Digestive system	1	2	3	4	5

26	Hips	1	2	3	4	5
27	Disease resistance	1	2	3	4	5
28	Legs	1	2	3	4	5
29	The shape of the teeth	1	2	3	4	5
30	Sexual performance	1	2	3	4	5
31	Feet	1	2	3	4	5
32	Sleep pattern	1	2	3	4	5
33	Voice	1	2	3	4	5
34	Health	1	2	3	4	5
35	Sexual activities	1	2	3	4	5
36	Knees	1	2	3	4	5
37	Body posture	1	2	3	4	5
38	The shape of the face	1	2	3	4	5
39	Weight	1	2	3	4	5
40	Sex organ					

EK-4 Etik İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.05.2022-70007

T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Alanı Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
02	12	25.05.2022

Karar Numarası: 2022/01

Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR'ın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacı – Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Turizmi Alanında Doktora Öğrencisi Yaşar DEMİR) "**Medikal Turizm Kapsamında Obezite Ameliyatı Olan Bireylerin Beden İmajı Algısı, Hasta Memnuniyetleri ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Değerlendirilmesi**" adlı doktora tez çalışmasına ait başvurusunun görüşülmesi istemi.

Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR'ın araştırmanın yürütücüsü olduğu (Diğer araştırmacı – Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Turizmi Alanında Doktora Öğrencisi Yaşar DEMİR) "**Medikal Turizm Kapsamında Obezite Ameliyatı Olan Bireylerin Beden İmajı Algısı, Hasta Memnuniyetleri ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Değerlendirilmesi**" adlı doktora tez çalışmasına ait etik kurul başvurusunun fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metod ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurucaya ait olmak üzere araştırma süresince uygulanmasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verildi. **25.05.2022**

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Erdoğan ASLAN
Kurul Başkanı

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Mehmet SEÇER
Üye

(Mazeretli)

Prof. Dr. Zülfikar KARABULUT
Üye

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Tarkan ERGÜN
Üye

(Mazeretli)

Prof. Dr. Tamer DEMİR
Üye

(Mazeretli)

Prof. Dr. Nalan KOZACI
Kurul Başkan Yrd.

(e-İmzalıdır)

Prof. Dr. Gülşün YILDIRIM
Üye

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Yaşar DEMİR

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Önlisans	Anestezi	Atatürk Üniversitesi	2000
Lisans	Sınıf Öğretmenliği	Ondokuzmayıs Üniversitesi	2004
Lisans	Sağlık Yönetimi	Atatürk Üniversitesi	2017
Lisans	Sosyal Hizmet	Atatürk Üniversitesi	2021
Lisans	Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	Selçuk Üniversitesi	2008
Y. Lisans	Sağlık Turizmi İşletmeciliği	Cumhuriyet Üniversitesi	2020
Doktora	Sağlık Turizmi	Alanya Alâaddin Keykubat Üniversitesi	Tez aşaması

Yüksek Lisans Tez Başlığı (özeti ekte) ve Tez Danışmanı:

Medikal turizmin kurumsal yeterliliğinin hekim görüşleriyle değerlendirilmesi: Samsun Örneği

Yabancı Dil Bilgisi:

Yabancı Diller (Puan ve Yılı): İngilizce, YÖKDİL, 65