

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi

Cilt:6 Sayı:1 Yıl:2024 ISSN:2757-5888

**SDU Healthcare
Management**

Journal

ISSN:2757-5888

Cilt:6 Sayı:1 Yıl:2024

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Dilruba İZGÜDEN
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Merve KİŞİ
Arş. Gör. / Res. Asst. Muazzez YELSİZ

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK Süleyman Demirel Üniversitesi	Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi	Doç. Dr. Arzu YİĞİT Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Belma KEKLİK Süleyman Demirel Üniversitesi	Doç. Dr. Üyesi Okan ÖZKAN Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Chi-Chang Chang Chung-Shan Medical University	Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Sedat BOSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Doç. Dr. Ahmet ALKAN Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGLİMOĞLU Atılım Üniversitesi	Doç. Dr. Necla YILMAZ Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Aygen OKSAY Süleyman Demirel Üniversitesi	Doç. Dr. Aynur TORAMAN Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Vahit YİĞİT Süleyman Demirel Üniversitesi	Doç. Dr. Üyesi Elif KAYA Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Şerife Didem KAYA Necmettin Erbakan Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Cuma SUNGUR Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	Dr. Tuğba Saygın AVŞAR University College London

Danışma Kurulu / Advisory Board

- | | |
|--|--|
| Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi | Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi | Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina |
| Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi | Prof. Dr. Motasem HAMDAN
Al-Quds University |
| Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi | Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi |
| Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi | Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University |
| Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi | Doç. Dr. Özlem ÖZER
Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| Prof. Dr. Arzu Karaca
Munzur Üniversitesi | Doç. Dr. Ekrem SEVİM
Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi |
| Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT
Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi |

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

İndeksler / Indexes

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi aşağıdaki veri tabanları/bibliyografya/indeksler tarafından taranmaktadır:

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2024

Cilt / Volume:6

Sayı / Issue: 1

ASOS
indeks

Asos İndex (2019)



CiteFactor (2023)



EuroPub (2023)



Directory of Research
Journals Indexing (2023)

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2024

Cilt / Volume:6

Sayı / Issue: 1

Hakem Kurulu / Referee Board

Prof. Dr. Zekai Öztürk Yüksek İhtisas Üniversitesi	Doç. Dr. / Assoc. Prof. Necla Yılmaz Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Ekrem Sevim Bandırma OnYedi Eylül Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. İsa GÜL Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Özen Akçakanat Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. İzzet ERDEM Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Elif Kaya Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Fevzi AKBULUT Bingöl Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Fatma Kantaş Yılmaz Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Osman Şenol Karadeniz Teknik Üniversitesi

Liste dergimizin bu sayısında yayınlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Prof. Dr. Erdiñç KARADENİZ
Prof. Dr. Ömer İSKENDEROĞLU

Borsa İstanbul'da İşlem Gören Sağlık Şirketlerinde Finansal Performansın Piotroski F-Skor Yöntemiyle Analizi
Analysis of Financial Performance in Healthcare Companies Traded on Borsa İstanbul Using The Piotroski F-Score Method

1-12

Araştırma Makalesi / Research Article

Mustafa ZEYBEK
Prof. Dr. Vahit YİĞİT

Sol Ventrikül Destek Cihazının (Lvad) Ekonomik Değerlendirmesine Yönelik Sistematik Tarama
A Systematic Review for the Economic Evaluation of Left Ventricular Assist Device (Lvad)

13-27

Derleme Makalesi / Review Article

Gülçin Gökçenur KARATAŞ
Doç. Dr.Erdal EKE

Covid-19 Salgınının Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimi Üzerine Etkisi
Impact of the Covid-19 Pandemic on Primary Health Care Services and Family Physicians

28-55

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Ebrar ILIMAN YALTAGİL

Sağlık Kurumlarında Algılanan Kalitenin Hastaların Davranışsal Niyetine Etkisi
The Effect of Perceived Quality in Health Institutions in Patients' Behavioral Intentions

56-71

Araştırma Makalesi / Research Article

Semanur OKTAY
Burçin Nur ÖZDEMİR

Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranışların İş Yerinde Dışlanma Üzerine Etkisi Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma
The Effect of Unethical Pro-Organizational Behaviors on Workplace Ostracism A Research on Healthcare Workers

72-86

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dahildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlanmak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkânı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkânsız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazurunu istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.
- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

BORSA İSTANBUL'DA İŞLEM GÖREN SAĞLIK ŞİRKETLERİNDE FİNANSAL PERFORMANSIN PIOTROSKI F-SKOR YÖNTEMİYLE ANALİZİ

ANALYSIS OF FINANCIAL PERFORMANCE IN HEALTHCARE COMPANIES TRADED ON BORSA ISTANBUL USING THE PIOTROSKI F-SCORE METHOD

Prof. Dr. Erdiñç KARADENİZ¹

Prof. Dr. Ömer İSKENDEROĞLU²

ÖZET

Bu araştırmanın amacı 2020-2022 yıllarında Borsa İstanbul İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler Sektöründe hisse senetleri işlem gören sağlık şirketlerinin finansal performansını Piotroski F-Skor yöntemiyle analiz etmektir. Bu amaçla şirketlerin karlılık, likidite ve faaliyet etkinliği üzerine toplam dokuz finansal gösterge hesaplanmış ve şirketlerin performansları 1-9 arasında puanlanmıştır. Analiz sonuçları, sağlık şirketlerinin F-Skorlarının yıl bazında farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Genel olarak, şirketlerin Piotroski F-Skorlarına göre finansal performanslarının orta düzeyde olduğu ve yatırım yapmaya değer oldukları belirlenmiştir. Sadece iki şirketin finansal durumlarının bir yılda güçlü olduğu, bir yılda da zayıf olduğu tespit edilmiştir. Analizde şirketlerin Piotroski F-Skor yöntemine göre ortak olarak en güçlü finansal göstergelerinin aktif karlılığı ve esas faaliyetlerden elde edilen nakit akışları olduğu, ancak kazanç kalitesi göstergesi açısından şirketlerin tümünün başarısız olduğu ve nakit akışlarının net kar tutarından düşük gerçekleştiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Finansal Performans, Piotroski F-Skor, Sağlık Şirketleri, Borsa İstanbul.

ABSTRACT

This research aims to assess the financial performance of healthcare companies listed in the Borsa İstanbul Human Health and Social Services Sector from 2020 to 2022, employing the Piotroski F-Score method. Nine financial indicators encompassing profitability, liquidity, and operational efficiency were computed for four companies, and their performances were scored from 1 to 9. Findings indicated fluctuating F-Scores for healthcare companies annually. Overall, the companies exhibited a moderate financial performance, making them viable for investment according to their Piotroski F-Scores. Notably, two companies displayed strong financial standings in one year but weakened in another. Analysis revealed that return on assets and cash flows from primary operational activities were the strongest financial indicators for all companies, yet they collectively struggled with the earnings quality indicator, with cash flows falling short of net profits.

Keywords: Financial Performance, Piotroski F-Score, Health Companies, Borsa İstanbul.

¹ Mersin Üniversitesi Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü, ekaradeniz@mersin.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2658-8490

² Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, oiskenderoglu@ohu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3407-1259

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörü, toplum sağlığı ve refahının temel bir bileşeni olarak değerlendirilmekle birlikte, aynı zamanda ekonomik açıdan da büyük bir öneme sahiptir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı verilerine göre Türkiye'de toplam sağlık harcaması 606 milyar 835 milyon TL olarak gerçekleşmiş ve Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içinde %4'lük bir pay almıştır. Bu harcamanın 463 milyar 516 milyon TL'si devlet tarafından, 143 milyar 319 milyon TL'si ise özel sektör tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam sağlık harcamalarından en büyük payı 2022 yılında %50,3 ile hastaneler almış, hastaneleri %21,7 ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar ve %10,6 ile ayakta bakım sunanlar izlemiştir. Kişi başı sağlık harcaması da 2022 yılında 7 bin 141 TL'ye yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). Sağlık sektörü, aynı zamanda tıbbi araştırmalara fon sağlayarak, ilaç ve tedavi yöntemlerine yenilikçi katkılarda bulunarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak ve istihdam yaratarak ekonomik büyümeye önemli bir ivme kazandırmaktadır. Sağlık hizmetlerine daha geniş bir erişim, çalışanların daha sağlıklı olmalarını sağlayarak üretkenliği artırmaktadır. Bu da, uzun vadeli ekonomik büyüme için sağlıklı ve yetenekli bir işgücü oluşturabilir. Sonuç olarak, sağlık sektörünün ekonomik önemi, sadece bir ülkenin sağlık göstergelerini değil, aynı zamanda ekonominin genel performansını da şekillendiren karmaşık ve kapsamlı bir etmen olarak görülmektedir. Bu katkıda toplumun sağlığını, verimliliğini ve etkinliğini artırmakta ve fiziksel ve ruhsal sağlıklı bireyler oluşmasına katkı sağlamaktadır (Demir ve Tanyıldızı, 2017, s. 91-92).

Türkiye'de yukarıda ifade edildiği üzere toplam sağlık harcamalarından en büyük payı alması itibariyle sağlık sektörünün en önemli hizmet sağlayıcısı hastanelerdir. Hastaneler, yatırım ve faaliyet aşamalarında önemli sabit sermaye yoğunluğuna sahip işletmelerdir. Bu süreçlerde, personel, ekipman, tıbbi malzeme ve teknoloji gibi unsurlara yönelik yüksek maliyetli harcamalar gereklidir. Bu durum hem yatırımın maliyetini artırmakta hem de faaliyet aşamasında sürdürülen hizmetlerin maliyetini yükselterek yatırımın verimliliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastaneler, bu maliyetleri karşılamak ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak adına büyük bir finansal baskı altında kalabilmektedirler. Hastaneler için önemli bir diğer finansal zorluk da sağlık sigortası şirketleri ve ödeme sistemlerinden gelen ödemelerin gecikmesi veya düzensizliğidir. Bu sorun, hastanelerin nakit akışını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, küresel ve ulusal düzeyde uygulanan sağlık politikalarındaki değişiklikler, hastanelerin gelirleri ve finansal yapısı üzerinde belirsizlik yaratabilmektedir. Hasta talebindeki dalgalanmalar da, mevsimsel ve demografik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıktığında, hastanelerin kaynaklarını ve hizmet kalitesini etkileyebilmektedir. Bu bağlamda hastanelerin finansal performansının analizi ve yönetimi, bu şirketlerin sadece finansal başarılarını değil, aynı zamanda hastane ve kliniklerin etkinliği, personel kalitesi, tıbbi teknolojinin kullanımı ve hasta memnuniyeti gibi toplumun sağlık hizmetlerine erişimini ve kalitesini etkileyen faktörleri de içerdiği için büyük önem arz etmektedir. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin finansal performansının iyi olması, sadece kendi sürdürülebilirlikleri için değil, aynı zamanda ülkenin genel ekonomik sağlığı için de hayati bir öneme sahiptir. Hastanelerde etkin bir finansal performans analizi gerçekleştirilerek elde edilen sonuçlar doğrultusunda yatırım, finansman, kar payı dağıtım ve operasyonel kararların firma değeri maksimizasyonu doğrultusunda alınması büyük bir gerekliliktir (Jangaiah, 2008, s.75; Shen, 2021, s. 244).

Finansal performansın analizinde sıklıkla muhasebe temelli finansal oranlar ve finansal başarısızlık risk ölçüm modelleri kullanılmaktadır. Buna karşın son yıllarda şirketlerin hem

muhasebe verilerine hem de borsa performans verilerine odaklanan analiz yöntemleri de kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemlerden birisi de Piotroski F-Skor yöntemidir. Joseph Piotroski (2000) tarafından geliştirilen Piotroski F-Skoru, bir şirketin finansal sağlığını değerlendirmek, finansal performansını ölçmek amacıyla kullanılan bir skorlama sistemidir. Piotroski F-Skor, aynı zamanda günümüzde hisse senedi performansını değerlendirmek ve hisse senedi yatırımlarında kullanılmak üzere tasarlanmış bir finansal analiz aracıdır. Bu skor, şirketin mali sağlığı hakkında bir değerlendirme sunar ve yatırımcılara potansiyel olarak başarılı hisse senetlerini belirleme konusunda yardımcı olabilir. Piotroski, finansal tabloların detaylı bir kontrolünü içeren bu skoru oluştururken karlılık, likidite ve faaliyet etkinliği başlıkları altında dokuz adet kriteri dikkate almıştır. Skor, genellikle 0 ile 9 arasında bir ölçekte ifade edilir ve her bir kontrol noktası için belirli puanlar atanarak hesaplanır. Toplam puan, şirketin finansal sağlığını gösteren bir skor ortaya koyar. Skorun yüksek olması, şirketin finansal sağlığının güçlü olduğunu ve hisse senedi yatırımı için çekici bir seçenek olabileceğini gösterir (Piotroski, 2000, s. 7-12).

Bu çalışmada Borsa İstanbul'da hisse senetleri işlem gören ve temel faaliyet alanı hastane hizmetleri olan dört sağlık şirketinin finansal performansları Piotroski F-Skoru yöntemiyle şirket temelinde hesaplanan değerler itibarıyla analiz edilmeye çalışılmıştır. Sağlık sektörüne yönelik olarak literatür incelendiğinde Piotroski F Skor yöntemine göre finansal performansı ölçen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Sektöre yönelik gerçekleştirilen çalışmaların genel olarak geleneksel oran analizini kullanarak finansal performansı ölçtükleri gözlemlenmiştir (Özgülbaş vd., 2008; Karadeniz, 2016; Aydemir, 2018; Yiğit, 2020). Dolayısıyla bu çalışmanın Türk sağlık sektöründe finansal performansın Piotroski-F Skor yöntemine göre BİST İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler Sektöründe pay senetleri işlem gören şirketler üzerinden incelemesi bağlamında literatüre katkı sağlayacağı ümit edilmektedir. Çalışma sistematik olarak beş bölüme ayrılmıştır. İkinci bölümde konuyla ilgili daha önce gerçekleştirilen çalışmalar özetlenmiştir. Üçüncü bölümde çalışmada kullanılan veri ve yöntem açıklanmıştır. Dördüncü bölümde analiz neticesinde elde edilen bulgular sunulmuştur. Beşinci bölümde ise genel bir değerlendirme yapılarak öneriler sunulmuştur.

2. LİTERATÜR

Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde Piotroski F-Skor yöntemini kullanarak farklı sektörlerde şirketlerin finansal performansının veya finansal başarısızlık riskinin ölçüldüğü yine şirketlerin hisse senedi getiri performanslarının değerlendirilmesinde geçerliliğinin incelendiği çalışmaların gerçekleştirildiği saptanmıştır.

Piotroski F-Skor yönteminin ilk defa geliştirildiği Piotroski (2000) çalışmasında, 1976-1996 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek defter değeri/ piyasa değerine sahip şirket portföylerinde muhasebe temelli verilerle oluşturulmuş temel analiz skorlama yönteminin yatırımcının kazandığı getiri dağılımını değiştirip değiştiremeyeceği incelenmiştir. Karlılık, yabancı kaynak kullanımı, likidite, varlık etkinliği maliyet yönetimi, özsermaye kalitesi, nakit akış performansı gibi finansal göstergeler kullanılarak geliştirilen F skor yöntemiyle finansal olarak güçlü yüksek defter değeri / piyasa değeri oranına sahip şirketlerin hisse senetlerinin seçimi ile bir yatırımcının elde edebileceği ortalama getirinin yılda en az %7,5 arttırılabileceği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda şirketlerin performans beklentilerini değerlendirmek için en uygun finansal oran seti saptanarak yatırımcıların ilgili tarihsel bilgileri kullanarak zayıf gelecek performansına sahip şirketleri bir yüksek defter değeri / piyasa değeri portföyünden elemelerini sağlayabilecekleri vurgulanmıştır.

Hyde (2014), F-skor yönteminin gelişmekte olan piyasalardaki yüksek ve düşük getiri hisseler arasında ayırım yapabilme gücünü incelemiştir. Çalışma, yüksek F-skorlu hisselerin, genellikle piyasadaki en fazla incelenen büyük piyasa değerine sahip ve yüksek momentumlu hisseler olmalarından dolayı, büyüklük, değer ve momentum primleri ile ilgisi olmayan anlamlı bir prim taşıdığını saptamıştır.

Mesarić (2014), Piotroski F-skoru yöntemi kullanarak 2007-2012 yılları arasında Hırvatistan otomotiv endüstrisinin beş genel distribütörünün finansal performansını analiz etmiştir. Analiz sonucunda yalnızca bir genel distribütörün ölçekte 7 puan elde etmeyi başardığını, incelenen şirketlerin en düşük skorlarını 2008 yılında aldıklarını en yüksek skorlarını ise 2009 yılında aldıkları saptanmıştır.

Agrawal (2015), Piotroski F-skoru yöntemi ile skorun bireysel bileşenlerinin Hindistan'daki şirketlerin iflas riskini tahmin etme gücünü incelemiştir. Araştırma sonucunda Piotroski F-skor modelinin iflası tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca skorun bireysel bileşenlerini kullanan modelin, toplam skor kullanan modele göre daha iyi tahmin doğruluğuna sahip olduğu saptanmıştır.

Xiaoyu (2016), Piotroski F-Skor yönteminin Çin A-Share piyasasına başarıyla uygulanıp uygulanamayacağını incelemiştir. Araştırma sonucunda Çin A-Share piyasasında yüksek F-Skor portföyünün düşük F-Skor portföyünü önemli ölçüde geride bıraktığı saptanmıştır. Bu bağlamda yatırımcıların Piotroski F-Skor'u kullanarak Çin A-Share piyasasında yanlış fiyatlanmış hisseleri belirleyebileceğini ve özellikle düşük defter değeri / piyasa değeri şirket portföyü içinde anormal getiriler elde edebileceği belirlenmiştir.

Gökten vd. (2017), Borsa İstanbul'da 2009-2015 yılları arasında işlem gören altı adet enerji şirketinde defter değerinin finansal performans göstergesi olarak alınan Piotroski F Skor ve piyasa değeri arasındaki ilişkideki aracılık etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda defter değerinin finansal performans hisse senedi değeri ilişkisinde aracılık rolüne sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Hyde (2018), Piotroski F-skor değerlerine göre Avustralya sermaye piyasasındaki şirketlerin hisse senetlerinden oluşturulmuş portföylerde anlamlı getiriler sağlanıp sağlanmadığını saptamak ve F- skor değerleri ile hisse senedi performansını yönlendiren temel mekanizmaları belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği araştırma sonucunda F-skorlarının Avustralya piyasasında küçük hisselerin eşit ağırlıklı portföylerinde anlamlı uzun/kısa getirileri sağlama açısından gösterge olduğunu saptamıştır.

Asmadi vd. (2021), Endonezya'da Jakarta İslam Endeksi'nde 2017 ve 2018 yıllarında işlem gören 30 şirketin finansal performansını Piotroski F-Skor yöntemiyle incelemişlerdir. Çalışma sonucunda dört şirketin finansal olarak çok başarılı olduğu, yirmi beş şirketin orta derecede başarılı olduğu ve finansal koşulları nispeten zayıf olan bir şirketin olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca, Piotroski F-Skor yönteminin Endonezya sermaye piyasasındaki İslam hisselerinin kalitesini belirleyebildiği vurgulanmıştır.

Halim ve Suhartono (2021), 2017-2019 döneminde Endonezya Borsası'nda işlem gören kimya, temel sanayi ve çeşitli endüstri sektörlerine ait 360 şirkette aile sahipliği, kurumsal sahiplik ve finansman kararlarının Piotroski F-Skor yöntemi ile ölçülen finansal performans üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda aile sahipliğinin finansal performans üzerinde etkisi olmadığı, buna karşın kurumsal sahiplik ve finansman kararlarının finansal performans üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Tepeli ve Kahraman (2023), Borsa İstanbul Tüm Endeksinde yer alan şirketlerde borçlanma seviyesi ile finansal performans arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmada finansal performans göstergeleri olarak Sharpe, Sortino, Treynor ve Piotroski F-Skor değerleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kısa vadeli ticari borçların Piotroski F-Skoru üzerinde istatistiki olarak anlamlı ve pozitif yönlü etkisi olduğu saptanmıştır.

3. VERİ VE YÖNTEM

3.1. Veri Kaynakları

Araştırmada BİST İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler sektöründe hisse senetleri işlem gören dört adet sağlık şirketinin 2020-2022 yıllarına ait bilanço gelir tabloları ve nakit akış tablo verileri kullanılarak Piotroski-F Skor yöntemiyle finansal performansları ölçülmüş ve yorumlanmıştır. BİST İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler sektöründe hisse senetleri işlem gören şirketlerin finansal verilerine Kamuyu Aydınlatma Platformu'nun web sitesinden ulaşılmıştır (Kamuyu Aydınlatma Platformu, 2023).

BİST İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler sektöründe pay senetleri işlem gören dört şirketin temel faaliyet alanı sağlık hizmetleri bağlamında hastane, poliklinik vb. kurumları açmak ve işletmektir. Söz konusu dört şirketin isimleri ve borsadaki kodları; Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş. (LKMNH), MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş. (MPARK), NASMED Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş. (EGEPO) ve TAPDİ Oksijen Özel Sağlık ve Eğitim Hizmetleri Sanayi Ticaret A.Ş. (TNZTP) şeklindedir. Analiz döneminin 2020-2022 olarak seçilmesinin nedeni örneklem açısından tüm verilerin dört şirket bağlamında eksiksiz ulaşılabilirliği açısından en uygun süre olarak gözlemlenmesidir. Araştırmada insan ve hayvanlar üzerinden doğrudan anket, görüşme veya laboratuvar ortamında veri toplanmadığı, halka açık şirketlerin kamuoyuna açıkladıkları finansal tablolardaki veriler üzerinden analizler gerçekleştirildiği için etik kurul onayı gerekmemektedir.

3.2. Analiz Yöntemi

Araştırmanın amacı BİST'de pay senetleri işlem gören dört sağlık şirketinin finansal performansını Piotroski-F skor yöntemiyle analiz etmektir. Piotroski-F skor modeli ilk defa Piotroski (2000) çalışmasında geliştirilmiştir. Piotroski-F skor yöntemi şirketlerin finansal performans ve sağlamlığını dokuz adet finansal göstereye dayalı olarak ölçümlenmektedir (Piotroski, 2000, s.9). Her finansal gösterge için bir veya sıfır puan verilir ve toplam puan Piotroski-F skoru oluşturur. Bu bağlamda F-Skor aralığı 0 ile 9 arasında gerçekleşmektedir. 0 değeri finansal performans açısından en kötü, 9 ise en iyi şirketi göstermektedir (Gökten vd., 2017, s.843). Daha hassas bir sınıflandırma yapıldığında F skor değeri 0-3 arasında ise şirketin finansal performansının zayıf olduğu, 4-7 arasında ise finansal durumunun orta düzeyde olduğu, 8-9 ise finansal durumunun çok güçlü olduğu kabul edilmektedir. Diğer bir ifadeyle F skor değeri dokuzla yaklaştıkça şirketin finansal performansının güçlendiği, sıfıra yaklaştığında ise finansal performansın zayıfladığı anlaşılmaktadır (Asmadi vd., 2021, s.71).

Piotroski-F skorunun hesaplanmasında hesaplanan dokuz adet finansal gösterge karlılık, likidite ve faaliyet etkinliği olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Karlılık başlığı altında aktif karlılığı (AK), esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA), kazanç kalitesi (KK) ve aktif karlılığındaki değişim (ΔAK) hesaplanmaktadır. Likidite başlığı altında şirketin kaldıraç oranındaki değişim (ΔKAL), cari orandaki değişim (ΔCO) ve bedelli sermaye

artırımı olup olmadığını belirlemek için ödenmiş sermaye tutarındaki değişim ($\Delta\text{ÖS}$) hesaplanmaktadır. Faaliyet etkinliği başlığı altında ise brüt kar marjındaki değişim (ΔBKM) ve aktif devir hızındaki değişim (ΔADH) olmak üzere iki finansal gösterge hesaplanmaktadır (Göken vd., 2017, s.844). Aşağıda üç başlık altındaki finansal göstergeler kullanılarak modelin nasıl oluştuğu, finansal göstergelerin nasıl hesaplandığı ve nasıl puanlandığıyla ilgili bilgiler sunulmaktadır (Agrawal, 2015, s.181);

$$\text{F-Skor Modeli} = \text{F_AK} + \text{F_EFKNA} + \text{F_KK} + \text{F_}\Delta\text{AK} + \text{F_}\Delta\text{KAL} + \text{F_}\Delta\text{CO} + \text{F_}\Delta\text{ÖS} + \text{F_}\Delta\text{BKM} + \text{F_}\Delta\text{ADH}$$

Modeldeki değişkenler;

-Aktif Karlılığı (AK): Net kar tutarının aktif toplamına bölünmesi suretiyle hesaplanmakta ve bir şirketin gerçekleştirdiği varlık yatırımları üzerinden elde ettiği karlılığı göstermektedir. Aktif karlılığı pozitif olarak ne kadar büyükse şirketin varlıklarının kar yaratma başarısının o derece yüksek olduğu anlaşılır (Ceylan ve Korkmaz, 2018, s.77). Piotroski F-Skor yönteminde AK değeri pozitifse F_AK skoru 1, AK değeri negatifse F_AK skoru 0 değeri almaktadır (Agrawal, 2015, s.181).

-Esas Faaliyetlerden Kaynaklanan Nakit Akışları (EFKNA): Esas işletme faaliyetlerinden elde edilen nakit akış toplamının aktif toplamına bölünmesiyle hesaplanmakta ve şirketin esas faaliyet sonuçları itibarıyla elde ettiği nakit performansını göstermektedir. Piotroski F-Skor yönteminde EFKNA değeri pozitifse F_EFKNA skoru 1, EFNKA değeri negatifse F_EFNKA skoru 0 değerini almaktadır (Piotroski, 2000, s.8).

-Kazanç Kalitesi (KK): Bu değişken EFKNA ile AK değişkenlerinin farkı alınarak hesaplanmaktadır. Şirketler açısından net kar elde edilmesi tahakkuk esası itibarıyla hesaplandığı için nakit esası itibarıyla nakit akışı potansiyelini göstermemektedir. Şirketler açısından büyümenin sürdürülebilmesi ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi için nakit akışına ihtiyacı olmaktadır. Çünkü net kar tutarı şirketin faaliyetlerinde kullanabileceği nakit düzeyini göstermemektedir. Bu bağlamda nakit akışı tutarının net karın üzerinde olması istenmektedir (Gökten vd., 2017, s.843). Piotroski F-Skor yönteminde EFKNA ile AK arasındaki fark pozitifse F_KK skoru 1, negatifse F_KK skoru 0 değerini almaktadır (Tepeli ve Kahraman, 2023, s.4).

-Aktif Karlılığındaki Değişim (ΔAK): Şirketin aktif karlılık oranının bir önceki döneme göre değişimiyle hesaplanmaktadır. Şirketin cari dönemdeki aktif karlılığının bir önceki döneme göre daha yüksek olması istenmektedir. Bu bağlamda Piotroski F-Skor yönteminde ΔAK pozitifse F_ ΔAK skoru 1, ΔAK negatifse F_ ΔAK skoru 0 değerini almaktadır (Asmadi vd., 2021, s.70).

-Kaldıraç Oranındaki Değişim (ΔKAL): Kaldıraç oranı şirketlerde toplam yabancı kaynakların toplam pasif veya aktife bölünmesiyle hesaplanmakta ve şirket varlıklarının ne kadarının yabancı kaynaklarla finanse edildiğini göstermektedir. Oranın yüksek olması şirketin finansal açıdan riskli bir durumda olduğunu göstermektedir (Aydın vd., 2014, s.106). Kaldıraç oranındaki değişim ise şirketin cari dönemdeki kaldıraç oranının önceki döneme göre değişimiyle hesaplanmaktadır. Şirketin cari dönemdeki kaldıraç oranının bir önceki döneme göre daha yüksek olması finansal riskin yükseldiğini göstermektedir. Bu bağlamda Piotroski F-Skor yönteminde ΔKAL pozitifse F_ ΔKAL skoru 0, negatifse 1 değerini almaktadır (Gökten vd., 2017, s.844).

-Cari Orandaki Değişim (ΔCO): Cari oran (CO), dönen varlıkların kısa vadeli borç toplamına bölünmesiyle hesaplanmakta ve bir şirketin çalışma sermayesi yeterliliği ile kısa vadeli

borçlarını ödeme kapasitesini göstermektedir. Oranın 1,5-2 seviyesinde olması şirketin likidite durumunun iyi olduğunu ifade etmektedir (Ceylan ve Korkmaz, 2018, s.53). Cari orandaki değişim (ΔCO) ise şirketin içinde bulunulan dönemdeki cari oranının önceki döneme göre değişimiyle hesaplanmaktadır. Şirketin cari dönemdeki oranının bir önceki döneme göre daha yüksek olması likidite durumunun iyileştiğini göstermektedir. Piotroski F-Skor yönteminde ΔCO pozitifse $F_{\Delta CO}$ skoru 1, negatifse 0 değerini almaktadır (Hyde, 2018, s.444).

-Ödenmiş Sermayedeki Değişim ($\Delta \ddot{O}S$): Bu değişken, modelde hisse senetlerinde sulanma etkisinin var olup olmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Sulanma etkisi, bedelli sermaye artırımını yoluyla ekonomik açıdan daha zayıf olan hisse senedi sahiplerinin şirket içindeki sahiplik oranlarının azalması durumudur. Bu durum, şirket açısından istenmeyen bir durumdur. Bu bağlamda, şirketin ödenmiş sermaye tutarının bir önceki döneme göre değişimi hesaplanmaktadır. Cari dönemdeki ödenmiş sermaye tutarının bir önceki döneme göre değişimi pozitifse $F_{\Delta \ddot{O}S}$ skoru 0, değişim yoksa 1 olarak belirlenmektedir (Piotroski, 2000, s.9).

-Brüt Kar Marjındaki Değişim (ΔBKM): Brüt kar marjı (BKM), brüt satış karının net satış tutarına bölünmesiyle hesaplanmakta ve şirketin gerçekleştirdiği satışların yüzde kaçının brüt kar olarak elde edildiğini göstermektedir (Demirhan, 2018, s.38). Brüt kar marjındaki değişim (ΔBKM) ise şirketin cari dönemdeki brüt kar marjının önceki döneme göre değişimiyle hesaplanmaktadır. Brüt kar marjında önceki döneme göre artış şirketin üretim ve satış maliyetlerinde azalma olduğunu veya satılan ürünün fiyatının arttığı anlamına gelmekte ve şirket açısından olumlu kabul edilmektedir. Piotroski F-Skor yönteminde ΔBKM pozitifse $F_{\Delta BKM}$ skoru 1, negatifse 0 değerini almaktadır (Tepeli ve Kahraman, 2023, s.4).

-Aktif Devir Hızındaki Değişim (ΔADH): Aktif devir hızı (ADH), net satış tutarının aktif toplamına bölünmesiyle hesaplanmakta ve şirketlerde varlıkların kullanım verimliliğini göstermektedir. Yüksek bir aktif devir hızı şirketin varlıklarını verimli kullandığını ve tam kapasiteye yakın çalışıldığını ifade etmektedir (Aydın, Başar ve Coşkun, 2014, s.104). Aktif devir hızındaki değişim (ΔADH) ise şirketin cari dönemdeki aktif devir hızının önceki döneme göre değişimiyle hesaplanmaktadır. Piotroski F-Skor yönteminde ΔADH pozitifse $F_{\Delta ADH}$ skoru 1, negatifse 0 değerini almaktadır (Asmadi vd., 2021, s.71).

4. BULGULAR

Araştırmanın amaçları doğrultusunda BİST’de işlem gören sağlık şirketlerinin 2020-2022 yıllarına ait dokuz değişken yukarıda açıklanan hesaplamalar Excel ortamında uygulanarak gerçekleştirilmiş ve elde edilen değerler itibarıyla Piotroski F-Skorları belirlenmiştir. Elde edilen bulgular analiz kapsamındaki dört şirket bağlamında aşağıdaki tabloda sunulmuş ve sırasıyla yorumlanmıştır.

Tablo 1. Sağlık Şirketlerinin Piotroski F-Skor Bulguları

Değişkenler	LKMNH			MPARK			EGEPO			TNZTP		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
F_AK	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
F_EFKNA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
F_KK	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F_ΔAK	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1
F_ΔKAL	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
F_ΔCO	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
F_ΔÖS	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
F_ΔBKM	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
F_ΔADH	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1
F-SKOR	5	8	3	6	6	6	8	5	3	6	4	7

Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş.'nin (LKMNH) bulguları incelendiğinde 2020 yılında F-Skor değerinin 5 olduğu ve orta düzeyde finansal performansa sahip olduğu belirlenmiştir. 2021 yılında F-Skor değerinin 8 gerçekleştiği ve Piotroski F-Skor modeline göre finansal durumunun son derece güçlü olduğu, 2022 yılında ise F-Skor değerinin 3 olarak gerçekleştiği ve finansal gücünün zayıf olduğu gözlemlenmiştir. Analiz döneminde şirketin modele göre en başarılı olduğu ve bu bağlamda analiz döneminin tümünde 1 değerini aldığı finansal göstergelerin aktif karlılığı (AK) ve esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA) olduğu belirlenmiştir. Buna karşın şirketin en başarısız olduğu ve bu bağlamda en fazla 0 değerini aldığı finansal göstergelerin ise kazanç kalitesi (KK), cari orandaki değişim (Δ CO), ödenmiş sermayedeki değişim (Δ ÖS) ve aktif devir hızındaki değişim (Δ ADH) olduğu saptanmıştır.

Analiz kapsamındaki diğer şirket olan MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin (MPARK) bulguları incelendiğinde 2020-2021-2022 yıllarında F-Skor değeri 6 olarak hesaplanmış ve orta düzeyde finansal performansa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda şirketin diğer şirketlere göre finansal durumunun istikrarlı olduğu ve değişkenlik göstermediği söylenebilir. Analiz döneminde şirketin Piotroski F-Skor modeline göre en başarılı olduğu ve bu bağlamda en fazla 1 değerini aldığı finansal göstergelerin aktif karlılığı (AK), esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA), aktif karlılığında değişim (Δ AK), kaldıraç oranındaki değişim (Δ KAL) ve brüt kar marjındaki değişim (Δ BKM) olduğu gözlemlenmiştir. Şirketin buna karşın modele göre en başarısız olduğu ve analiz döneminde en fazla 0 değerini aldığı finansal unsurların ise kazanç kalitesi (KK), cari orandaki değişim (Δ CO) ve ödenmiş sermayedeki değişim (Δ ÖS) olduğu saptanmıştır.

Analiz kapsamındaki şirketlerden bir diğeri olan NASMED Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş.'nin (EGEPO) bulguları incelendiğinde 2020 yılında F-Skor değerinin 8 olduğu ve Piotroski F-Skor modeline göre finansal durumunun son derece güçlü olduğu belirlenmiştir. 2021 yılında F-Skor değerinin 5 olarak gerçekleştiği ve orta düzeyde finansal performansa sahip olduğu, 2022 yılında ise F-Skor değerinin 3 olarak gerçekleştiği ve finansal gücünün zayıf olduğu gözlemlenmiştir. Analiz döneminde şirketin modele göre en başarılı olduğu ve

bu bağlamda analiz döneminin tümünde 1 değerini aldığı finansal göstergelerin aktif karlılığı (AK) ve esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA) olduğu belirlenmiştir. Şirketin modele göre en başarısız olduğu ve analiz döneminde en fazla 0 değerini aldığı finansal göstergelerin ise kazanç kalitesi (KK), aktif karlılığındaki değişim (ΔAK) ve brüt kar marjındaki değişim (ΔBKM) olduğu saptanmıştır.

Analiz kapsamındaki son şirket olan TAPDİ Oksijen Özel Sağlık ve Eğitim Hizmetleri Sanayi Ticaret A.Ş.'nin (TNZTP) bulguları incelendiğinde 2020 yılında F-Skor değerinin 6 olduğu ve orta düzeyde finansal performansa sahip olduğu belirlenmiştir. 2021 yılında F-Skor değerinin 4 gerçekleştiği, 2022 yılında ise F-Skor değerinin 7 olarak gerçekleştiği ve Piotroski F-Skor modeline göre finansal gücünün orta düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Analiz döneminde şirketin modele göre en başarılı olduğu ve bu bağlamda analiz döneminin tümünde 1 değerini aldığı finansal göstergelerin aktif karlılığı (AK), esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA) ve cari orandaki değişim (ΔCO) olduğu belirlenmiştir. Buna karşın şirketin modele göre en başarısız olduğu ve analiz döneminde en fazla 0 değerini aldığı finansal göstergelerin ise ödenmiş sermayedeki değişim ($\Delta \ddot{O}S$), kazanç kalitesi (KK) ve brüt kar marjındaki değişim (ΔBKM) olduğu saptanmıştır.

5. SONUÇ

Bu araştırmada Borsa İstanbul İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler Sektöründe pay senetleri işlem gören dört şirketin 2020-2022 yılları arasında finansal performansı şirketlerin finansal tabloları üzerinde Piotroski (2000) çalışmasında geliştirilmiş olan Piotroski F-Skor yöntemi uygulanarak ölçülmüştür. Analiz sürecinde Piotroski F-Skor yönteminde kullanılan 9 adet finansal gösterge hesaplanmış ve puanlandırılarak toplanmıştır. Daha sonra elde edilen F-Skor değerleri yıl ve şirket temelinde değerlendirilmiştir.

Hesaplamalar neticesinde elde edilen skorlar genel olarak değerlendirildiğinde analiz kapsamındaki dört sağlık şirketinin F-Skorlarının farklı değerler aldığı gözlemlenmiştir. 2020-2022 yılları arasında en yüksek F-Skor değerini alan şirketlerin 8 ile 2021 yılında LKMNH ile 2020 yılında EGEPO olduğu belirlenmiştir. Bu şirketlerin ilgili yıllarda Piotroski F-Skor modeline göre finansal durumları çok güçlüdür. Buna karşın bu iki şirketin yine analiz döneminde 3 ile en düşük F-Skor değerini alan şirketler olduğu da saptanmıştır. LKMNH ve EGEPO şirketleri 2022 yılında en düşük F-Skor değerini almışlar ve modele göre finansal güçleri zayıf gerçekleşmiştir. Bu iki şirkette de 2020 yılında LKMNH, 2021 yılında ise EGEPO'nun F-Skor değerleri 5 olarak hesaplanmış ve orta düzeyde finansal performansa sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bağlamda hem LKMNH hem de EGEPO'nun farklı yıllarda da olsa benzer F-Skor değerlerine sahip olduğunu ve finansal performanslarında dalgalanma olduğunu söylemek mümkündür. Analiz kapsamındaki diğer iki şirket olan MPARK ve TNZTP'nin bulguları incelendiğinde ise MPARK'ın 2020-2022 yılları arasında F-Skoru 6 olarak hesaplanmış ve Piotroski F-Skor modeline göre finansal durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. TNZTP'nin ise F-Skor değerleri 2020 yılında 6, 2021 yılında 4, 2022 yılında ise 7 olarak hesaplanmış ve yine Piotroski F-Skor modelindeki ölçeklendirmeye göre orta düzeyde bir finansal performansa sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu iki şirketten MPARK'ın daha istikrarlı bir performansı varken TNZTP'nin daha dalgalı bir performans gösterdiğini söylemek mümkündür. Şirketler bütün olarak değerlendirildiğinde Piotroski F-Skor yöntemine göre finansal performanslarının genel olarak orta düzeyde olduğu ve pay senedi yatırımı yapılmaya değer şirketler oldukları ifade edilebilir.

Analiz kapsamındaki şirketlerin hepsinde Piotroski F-Skor yöntemine göre en güçlü oldukları finansal göstergelerin aktif karlılığı (AK) ve esas faaliyetlerden kaynaklanan nakit akışları (EFKNA) olduğu ve aktif karlılıklarının ve esas faaliyetlerden elde edilen nakit akışlarının pozitif gerçekleştiği belirlenmiştir. Buna karşın bütün şirketlerin ortak olarak hepsinde en fazla başarısız oldukları finansal gösterge ise kazanç kalitesi (KK) göstergesidir. Piotroski F-Skor modelinde KK göstergesi EFKNA ile AK değişkenlerinin farkı alınarak hesaplanmaktadır. Şirketler açısından net kar elde edilmesi tahakkuk esaslı itibariyle hesaplandığı için nakit esaslı itibariyle nakit akışı potansiyelini göstermemektedir. Şirketler açısından büyümenin sürdürülebilmesi ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi için nakit akışına ihtiyacı olmakta ve nakit akışının muhasebesel olarak hesaplanan net kardan yüksek olması gerekmektedir. Analiz kapsamındaki şirketlerin hepsinde de EFKNA değerleri pozitif olsa bile net kardan düşük olması sorunu bulunmaktadır. Bu bağlamda şirketlerin nakit akışına dönüşen net kar elde edebilmesi için özellikle sağlık sigortası şirketlerinden ve diğer sağlık hizmeti sundukları taraflardan alacaklarını daha hızlı tahsil etmelerinin ve nakit çıkışı gerektirecek ödemeleri ise yavaşlatmalarının faydalı olacağı düşünülmektedir. Şirketlerin 3 tanesinde de ortak olarak en zayıf gösterge olarak belirlenen ödenmiş sermayedeki değişim ($\Delta\text{ÖS}$) bağlamında da bedelli sermaye arttırmaları yaparak ek finansman sağlamalarının ve faaliyet hacimlerini genişletmelerinin önemli olacağı düşünülmektedir. Şirketlerin 2 tanesinde zayıf finansal performans göstergesi olarak belirlenen cari oranın bir önceki yıla göre değişimi (ΔCO) bağlamında da şirketlerin çalışma sermayesi açısından dönen varlık ve kısa vadeli yabancı kaynak politikalarını risk ve getiri dengesi bağlamında uygulamalarının faydalı olacağı düşünülmektedir. Yine son olarak şirketlerin 2 tanesinde en başarısız finansal gösterge olarak gözlemlenen brüt kar marjının bir önceki yıla göre değişimi (ΔBKM) açısından da net satış geliri artırılırken sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması için katlanılan satış maliyetlerinin özellikle direkt ilkmadde ve malzeme, genel üretim giderleri ve direkt işçilik giderleri ile hizmet maliyetlerine kontrol edilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Bu araştırma konuyla ilgili daha önceki araştırmalardan farklı olarak borsada işlem gören Türk sağlık şirketlerinde 2020-2022 yıllarını kapsayan verileriyle gerçekleştirilmiştir. Geçmiş araştırmalar içinde Türk sağlık sektörü veya şirketleri üzerine daha önce Piotroski F-Skor yöntemi kullanılarak finansal performansın ölçüldüğü herhangi bir araştırmaya rastlanılmamış olması hem sektör hem de şirketler temelinde bu araştırmanın literatüre ve sektördeki yatırımcı ve yöneticilere katkısı açısından önemini arttırmaktadır. Gelecek de uluslararası verilerle insan sağlığı sektöründeki şirketlerin finansal performansının Piotroski F-Skor yöntemine göre karşılaştırmalı olarak inceleyen araştırmaların ve F-Skor değerleri ile sağlık şirketlerinin karlılık, sermaye yapısı, firma değeri ve pay senedi performansları arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmaların literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANLARI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar araştırmaya eşit katkı sağlamışlardır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Araştırmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Araştırmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

- Agrawal, K. (2015). Default prediction using piotroski's f-score. *Global Business Review*, 16(5), 175-186.
- Asmadi, D., Izzaty, N. ve Erwan, F. (2021). Performance analysis of sharia share companies using the piotroski f-score method. *Amwaluna: Jurnal Ekonomi dan Keuangan Syariah*, 5(1), 67-75.
- Aydemir, İ. (2018). Hastanelerde finansal performansın değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti merkez bankası hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 133-149.
- Aydın, N., Başar, M. ve Coşkun, M. (2014). *Finansal Yönetim* (5.Baskı). Detay Yayıncılık.
- Ceylan, A. ve Korkmaz, T. (2015). *Finansal Yönetim Temel Konular* (9. Baskı). Ekin Yayınevi.
- Demir, Ö. ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 89-119.
- Demirhan, D. (2022). İmalat ve hizmet sektörlerinde karlılık oranlarını etkileyen faktörlerin analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi* (94), 31-52.
- Deng, X. (2016). *Piotroski's f-score in the chinese a-share market [Yüksek Lisans Tezi]*. University of Cape Town.
- Gökten, S., Başer, F. ve Yalçın, İbrahim S. (2017). F-skor göstergelerinin hisse senedi değeri üzerindeki etkisinin defter değerinin aracılık rolü çerçevesinde incelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(4), 837-857.
- Halim, D. ve Suhartono, S. (2021). Pengaruh kepemilikan keluarga, kepemilikan institusional, dan keputusan pendanaan terhadap kinerja keuangan dengan metode piotroski f-score. *Jurnal Akuntansi*, 10(1), 8-20.
- Hyde, C. E. (2014). An emerging markets analysis of the piotroski f-score. *JASSA*, (2), 23-28.
- Hyde, C. E. (2018). The piotroski f-score: evidence from Australia. *Accounting & Finance*, 58(2), 423-444.
- Jangaiah, P. (2008). *Financial management for hospitals*. A.V. Srinivasan, (Ed.) *Managing a modern hospital içinde*. Sage Publication.
- Kamuyu Aydınlatma Platformu (2023). Sektörler. <https://www.kap.org.tr/tr/Sektorler> adresinden 4 Ocak 2024 tarihinde alınmıştır.
- Karadeniz, E. (2016). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti merkez bankası sektör bilançolarında bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 101-114.

- Mesarić, M. (2014). Ratio analysis and piotroski scoring system in the automobile industry in croatia. *Ekonomski Vjesnik/Econviews: Review of Contemporary Business, Entrepreneurship and Economic issues*, 27(1), 127-141.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R. ve Hatipoğlu, B. (2008). Özel hastane sektörünün finansal değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (40), 120-131.
- Piotroski, J. D. (2000). Value investing: the use of historical financial statement information to separate winners from losers. *Journal of Accounting Research*, 38, 1-41.
- Shen, Y.C. (2021). The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics*, 22(2), 243-269.
- Tepeli, Y. ve Kahraman, Y. E. (2023). Firmalarda borçlanma yapısının finansal başarı üzerindeki etkisi: BIST tüm endeksi şirketlerinde bir araştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi* (100), 1-18.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022). Sağlık harcamaları istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676> adresinden 28 Aralık 2028 tarihinde alınmıştır.
- Yiğit, V. (2020). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performans analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 609-624.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SOL VENTRİKÜL DESTEK CİHAZLARININ (LVAD) MALİYET ETKİLİLİĞİ: SİSTEMATİK BİR İNCELEME*

COST-EFFECTIVENESS OF LEFT VENTRICLE ASSIST DEVICES (LVAD): A SYSTEMATIC REVIEW

Mustafa ZEYBEK¹

Prof. Dr. Vahit YİĞİT²

ÖZET

Son dönem kalp yetmezliğinin altın tedavisi kalp naklidir ancak yeterli donör bulunamaması nedeniyle LVAD (Left Ventricle Assist Devices) tedavisi uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, LVAD tedavisinin ekonomik değerlendirmesini ortaya koyan araştırmaların sistematik taramasını gerçekleştirmektir. Sistematik tarama kapsamında 2000-2023 yılları arasında yapılacak şekilde dört veri tabanı (PubMed, Web of Science, Science Direct ve Ulakbim) taranmıştır. Tarama kapsamında 165 makale bulunmuş ve çeşitli dâhil etme ve dışlama kriterleri kapsamında 20 makale çalışmaya alınmıştır. Dâhil edilen makalelerin kaliteleri ekonomik değerlendirme standartlarını içeren CHEERS puanı ile araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Araştırmaların en çok 2012-2017 yılları arasında yapıldığı, geri ödeyici perspektiften gerçekleştirildiği ve genellikle ömür boyu zaman dilimi alındığı görülmüştür. Çalışmalarda çoğunlukla %3 indirim oranı uygulanmış ve genellikle markov modeli kullanılmıştır. Sistematik tarama sonucunda Japonya'da yapılan çalışma haricinde LVAD hem hedef tedavi olarak hem de köprü tedavi olarak, ülkelerin maliyet etkililik eşiklerinin üzerinde bulunmuştur. Teknolojik gelişmeler komplikasyon oranlarını ve cihaz satınalma maliyetlerini düşürdükçe LVAD'lar maliyet etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Kalp Nakli, LVAD, Ekonomik Değerlendirme, Sistematik Tarama.

ABSTRACT

The golden treatment of end-stage heart failure is heart transplantation, but LVAD (Left Ventricle Assist Devices) treatment is applied due to the lack of sufficient donors. The aim of this study was to perform a systematic review of studies on the economic evaluation of LVAD treatment. Within the scope of the systematic review, four databases (PubMed, Web of Science, Science Direct and Ulakbim) were searched for the period between 2000 and 2023. Within the scope of the search, 165 articles were found and 20 articles were included in the study within the scope of various inclusion and exclusion criteria. The quality of the included articles was evaluated by the researchers using the CHEERS score, which includes economic evaluation standards. It was observed that most of the studies were conducted between 2012-2017, were carried out from a reimbursement perspective, and generally took a lifetime time frame. In the studies, 3% discount rate was mostly applied and Markov model was generally used. As a result of the systematic review, except for the study conducted in Japan, LVAD was found to be above the cost-effectiveness thresholds of the countries both as target treatment and as bridge treatment. LVADs may be cost-effective as technological advances reduce complication rates and device purchase costs.

Keywords: Heart Failure, Heart Transplantation, LVAD, Economic Evaluation, Systematic Review.

* Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazarın danışmanlığında hazırladığı doktora tezinden üretilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı, mz-zeybek@hotmail.com

² Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, vahityigit@sdu.edu.tr

1. GİRİŞ

Makalede Kalp yetmezliği, kalbin fonksiyonel veya yapısal olarak görevini yerine getirememesi sonucu ortaya çıkan klinik sendromdur. Kalbin yetersiz çalışması sonucunda yorgunluk, ortopne, nefes darlığı, paroksizmal noktürnal dispne, nokturi, anoreksi, mental durum değişiklikleri ve abdominal ağrı da rahatsızlığa eşlik edebilmektedir (Kepez ve Kabakçı, 2004, s. 1; Yancy vd., 2013, s. 153).

Kalp yetmezliğinde, vücudun ihtiyacı olan kanın pompalanmasında ya da kalbin tekrar kan ile dolmasında yetersizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durumun nedeni sol ventrikülün görevini yerine getirememesinden kaynaklanmaktadır. Sol ventrikülde yaşanan sistolik ya da diyastolik bozukluk kalp yetmezliğini ortaya çıkartabilmektedir. Kalp yetmezliği “New York Heart Association (NYHA)” tarafından dört evrede sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (Hunt vd., 2001, s. 2996):

- Sınıf 1’ de olağanüstü eforlarda,
- Sınıf 2’ de günlük yaşam içerisinde olağan aktivitelerde,
- Sınıf 3’ de günlük yaşamda olağandan az gerçekleşen eforlarda,
- Sınıf 4’ de de hastaların istirahatte olduğu durumlarda semptomlar görünmektedir.

“Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji Vakfı (ACCF)”, kılavuzunda da kalp yetmezliğinin klinik süreci dört evre olarak ele alınmıştır (Yancy vd., 2013, s. 155):

- Evre A’ da kalp yetmezliğinin oluşması için yüksek derecede risk altında olan fakat miyokardlarında bozukluk olmayan hastaları,
- Evre B’ de miyokardda bozukluğu olan ancak kalp yetmezliği durumu bulunmayan hastaları,
- Evre C’ de altta yatan yapısal kalp hastalığıyla ilişkili kalp yetmezliği semptomları ve bulguları olan hastaları,
- Evre D’ de ventrikül destek cihazına, sürekli inotropik desteğe veya kalp transplantasyonuna ihtiyacı olan kalp yetmezliği hastalarını kapsar.

Kalp yetmezliğinin evreleri baz alındığında klinik semptomlar da göz ardı edilmemek üzere “NYHA” sınıflandırmasında 3. veya 4. sınıflar ile “ACCF/AHA” sınıflandırmasında da D evresi son dönem kalp yetmezliği sınıfında yer almaktadır (Yancy vd., 2013, s. 189).

Son dönem kalp yetmezliği hastalığının tedavisinde amaç kısa dönemde semptomları kontrol altına almak ve hayat kalitesini artırmaktır. Uzun dönemde de sol ventriküler bozukluğu hafifletmek, durmasını sağlamak veya tersine döndürerek yaşam süresini arttırmak amaçlanmaktadır (Kepez ve Kabakçı, 2004, s. 70).

Son dönem kalp yetmezliğinin tedavisinde altın tedavi kalp naklidir. Mevcutta donör sayısındaki yetersizlik ve giderek artan nakil adayı sayısı nedeniyle her hastaya kalp nakli yapılması mümkün görünmemektedir. Bu nedenle sağ kalımı ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla mekanik destek cihazlarının kullanımı artmaktadır (Fukunaga ve Rao, 2018, s. 196). Ventriküler destek cihazlarının (VDC / Ventricular Assist Devices-VAD) kullanımı hastanın durumuna göre değişebilmektedir. Ventriküler destek cihazıyla hastanın kalp nakline kadar hayatta kalmasını sağlamak amaçlanmaktayken hasta, ilerleyen dönemlerde kalp transplantasyonuna uygunluk özelliğini kaybedebilir. Böylece LVAD, transplantasyona kadar köprü tedavi olma yerine kalıcı olarak hedef tedavi durumuna gelebilir. Uzun vadeli hedef

tedavi olarak VAD kullanılırken hastanın klinik bulgularının düzelmesi sonucunda hasta tekrar transplantasyona uygun hale gelebilir (Fukunaga ve Rao, 2018, s. 197).

Son dönem kalp yetmezliği olan hastaların, hayatta kalma oranını ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla mekanik destek cihazlarının geliştirilmesi ve kullanılması üzerine çalışmalar yapılmaktadır (Rose vd., 2001, s. 1435). Sol ventriküler destek cihazının (Left Ventricular Assist Devices-LVAD) mortalite ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği görülmüştür (Rose vd., 2001, s. 1440).

Son dönem kalp yetmezliği hastalığında kalp nakli ve LVAD iki farklı tedavi yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin ve etkililik değerlerinin ortaya konması önem taşımaktadır. Bu amaçla ekonomik değerlendirme yöntemleri kullanılarak maliyetleri ve sonuçları değerlendirilmektedir. Dört farklı ekonomik değerlendirme yöntemi kullanılabilir (Rudmik ve Drummond, 2013, s. 1341; Drummond vd., 2015; Sloan ve Hsieh, 2017, s. 637-639):

- Maliyet Minimizasyon Analizi (MMA, Cost Minimization Analysis\CMA): Aynı sonucu veren iki farklı müdahaleden en düşük maliyetli olan yöntemin belirlenmesi için kullanılmaktadır.
- Maliyet Etkililik Analizi (MEA, Cost Effectiveness Analysis\CEA): Müdahaleler arasında klinik sonuçların ve maliyetlerin karşılaştırıldığı ve en uygun olan müdahalenin belirlendiği analizdir.
- Maliyet Fayda Analizi (MFA, Cost Utility Analysis\CUA): Hastanın belirli bir sağlık durumunda bulunması için karşılanması gereken maliyeti ölçmeye yarayan analiz yöntemidir.
- Maliyet Yarar Analizi (MYA, Cost Benefit Analysis\CBA): Klinik sonuçların da para cinsinden hesaplandığı maliyet analizi yöntemidir.

Ekonomik değerlendirme yöntemleri arasında en sık kullanılan modeller MEA ve MYA analizleridir (Drummond vd., 2015). Ekonomik değerlendirme modellerinde klinik etkililiği ölçmek amacıyla QALY (Quality Adjusted Life Years\Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları) kullanılmaktadır. QALY, hastanın beklenen yaşam yılları ile yaşam kalitesinin çarpımı olarak bulunmaktadır (NICE, 2013, s. 97; Muennig ve Bounthavong, 2016, s. 7-8). QALY değeri “sıfır” ile “bir” arasında değişen değerler almaktadır. “Sıfır” değeri ölümü, “bir” değeri ise mükemmel sağlık düzeyini ifade etmektedir (Mahrez ve Gafni, 1992, s. 339; Shiell, 2002, s. 87). Maliyetler ile QALY değerleri arasındaki ilişkiyi İlave Maliyet Etkililik Oranı (IMEO / Incremental Cost-Effectiveness Ratio - ICER) ifade edilmektedir. QALY başına düşen maliyet İMEO ile değerlendirilerek en uygun alternatifin seçimi sağlanmaktadır (Drummond vd., 2015; Muennig ve Bounthavong, 2016, s. 9-10).

Kalp nakli ve LVAD’ın ekonomik değerlendirmesi için de literatürde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda sonuçların ve maliyetlerin karşılaştırılması önem taşımaktadır. Araştırmada kalp nakli ve LVAD’ın maliyet etkililiği ile ilgili gerçekleştirilen çalışmaların sistematik olarak incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma amacı doğrultusunda ilgili ekonomik değerlendirme çalışmalarını bir araya getirmesi nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

Çalışmada 2000 ile 2023 yılları arasında Pubmed, Web of Science, Science Direct ve Ulakbim veri tabanları kullanılarak sistematik tarama yapılmıştır. Bu kapsamda taramada “kalp

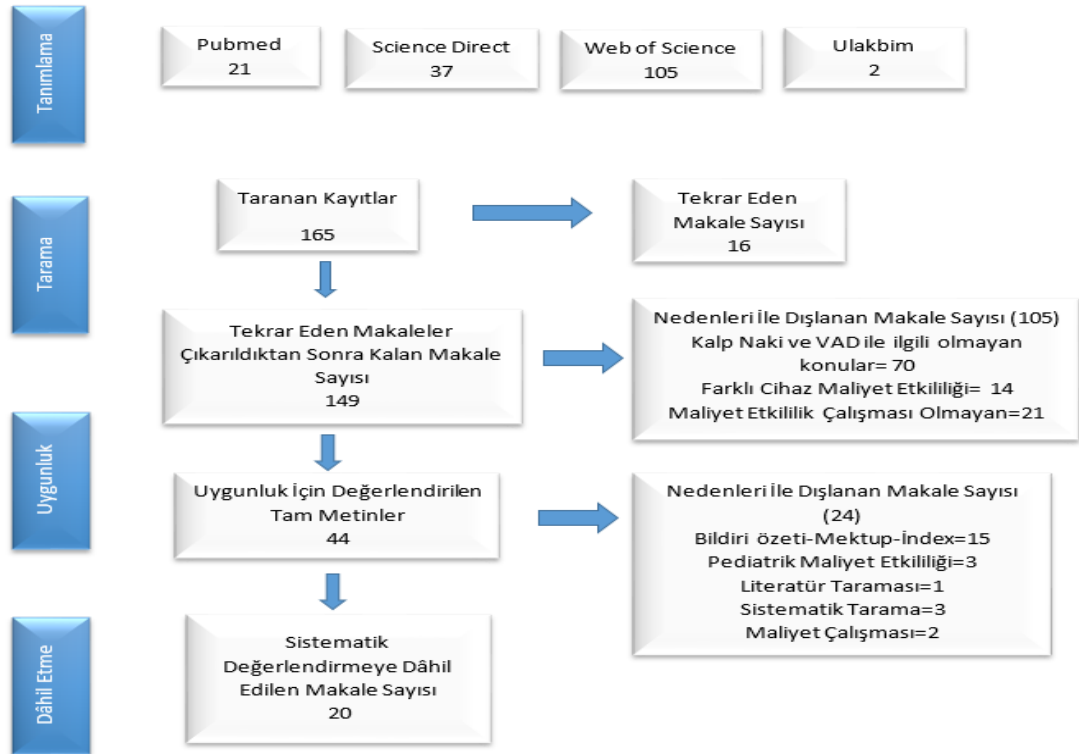
yetmezliği(heart failure)”, “kalp nakli (heart transplantation)”, “ventriküler destek cihazı (ventricular assist device)”, “maliyet etkililik analizi (cost effectiveness analysis)” ve “maliyet yararlanım analizi (cost utility analysis)” arama kelimeleri kullanılmıştır. Çalışmanın arama kriterleri şunlardır: (1) İngilizce yazılmış olması, (2) 2000-2023 yılları arasında yayımlanmış olması, (3) hastaların kalp nakli ile ameliyat olması, (4) hastaların ventriküler destek cihazı ile ameliyat olması, (5) yöntemlerin maliyetlerinin ve etkililiklerinin karşılaştırılabilir olması, (6) tam metne ulaşılabilir olmasıdır. Çalışmanın PICOS döngüsü Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. PICOS Araştırma Sorusu Belirleme Aracı

PICO (S)	Dâhil Edilme Kriterleri
P (Hasta/Problem/Katılımcılar)	Kalp yetmezliği tanısı almış hastalar
I (Müdahale)	Kalp Nakli
C (Karşılaştırma)	Ventriküler Destek Cihazı
O (Sonuçlar)	Sağlık Sonuçları (QALYs, DALYs, LYG, ICER)
S (Çalışmanın Deseni)	Maliyet etkililik analizi (CEA), Maliyet fayda analizi (CUA)

Arama kelimeleri kullanılarak ilgili veri tabanlarında kriterleri karşılayan makaleler ayrı ayrı ele alınmış ve daha sonra birleştirilerek tekrar eden yayınlar kaldırılmıştır. Tekrar eden yayınlar çıkarıldıktan sonra makalelerin özetleri incelenmiş ve dâhil edilme kriterleri çerçevesinde 20 makale çalışma kapsamına alınmıştır. PRISMA yönergesine (Moher vd., 2009) göre çalışmanın akış şeması Şekil 1’de verilmiştir.

Şekil 1. PRISMA Akış Şeması



Çalışmada Pubmed, Science Direct, Web of Science ve Ulakbim veri tabanları taranarak 165 makaleye ulaşıldı. Tekrarlanan makaleler kaldırılarak başlık incelemesi yapıldı. Son olarak

dâhil etme kriterleri çerçevesinde 20 makale çalışma kapsamında incelenmiştir. Ayrıca araştırmaların kalite değerlendirmeleri CHEERS (Konsolide Sağlık Ekonomik Raporlama Standartları) puanı (önyargılılık riski ve çalışmanın kalitesi) kullanılarak araştırmacılar tarafından değerlendirildi. CHEERS kontrol listesi, ekonomik değerlendirme çalışmalarını inceleyen sistematik inceleme çalışmalarında kullanılmaktadır. Bu çalışmada tarama, veri çıkarma ve metodolojik kalitenin eleştirel değerlendirmesi, Türkçe olarak yayınlanan Konsolide Sağlık Ekonomik Raporlama Standartlarına (CHEERS) göre değerlendirilmiştir (Saygın Avşar vd., 2023). CHEERS kontrol listesi ekonomik değerlendirme çalışmalarının kalitesini değerlendirir. Tam ekonomik değerlendirmeler için kullanılan ve 24 maddeden oluşan bu listede her madde bir puanla oluşturuluyor. Tam ekonomik değerlendirme çalışmaları 20-24 puan (%80 ve üzeri) yüksek kaliteli, 15-19 puan (%60-80) orta kalite, 14 puanın altında (%60 ve altı) düşük kaliteli olarak hesaplanmaktadır (Husereau vd., 2013). CHEERS kontrol listesine göre çalışmaların metodolojik kalitesi değerlendirildiğinde tümünün yüksek kalitede olduğu görülmüştür.

3. BULGULAR

Yapılan sistematik tarama sonucunda arama kriterlerini sağlayan 20 makale detaylı bir şekilde incelenmiştir. Yayınlanan makalelerin %15 (3)'ü 2006-2011 yılları arasında, %35 (7)'i 2012-2015 yılları arasında %30 (6)'u 2016-2019 yılları arasında ve %20 (4)'si 2020-2022 yılları arasında ve en çok makalenin 2014 (3)'de ve 2017 (3) yıllarında yayınlandığı görülmüştür. Çalışmaların yapıldığı ülkeler değerlendirildiğinde ise çalışmaların en çok %40 (8) ile İngiltere'de yapıldığı görülmüştür. Ardından %25 (5) ABD, %10 (2) Kanada ve % 5 (1) ile Fransa, Tayvan, Hollanda, Japonya ve Arjantin gelmektedir. Çalışmaların %80 (16)'i geri ödeme perspektifinden, %15 (3)'ü toplumsal perspektiften gerçekleştirilmiş ve bir tanesinin perspektifi belirtilmemiştir. Çalışmaların %70 (14)'ü ömür boyu zaman diliminde yapılmış ve çalışmaların %40 (8)'inde %3 indirim oranı uygulanmıştır. Yapılan çalışmaların tamamında İMEO raporlanmış ve %75 (15)'inde markov modeli kullanılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Sistematik Tarama Kapsamında İncelenen Makalelerin Özellikleri

Özellikler	N	%
Yayımlanma Tarihi		
2006-2011	3	15
2012-2015	7	35
2016-2019	6	30
2020-2022	4	20
Perspektif		
Geri Ödeme	16	80
Toplumsal	3	15
Belli Değil	1	5
Zaman Dilimi		
1 yıl	1	5
5 yıl	5	25
Ömür boyu	14	70
Duyarlılık Analizi		
Olasılıksal	6	30
Deterministik	3	15
Olasılıksal ve deterministik	11	55
Ülke		
ABD	5	25
Fransa	1	5
Tayvan	1	5

Kanada	2	10
İngiltere	8	40
Hollanda	1	5
Japonya	1	5
Arjantin	1	5
İndirim Oranı		
%1,5	1	5
%3	8	40
%3,5	6	30
%4	1	5
%5	2	10
%6	2	10
İlave Maliyet Etkililik Oranı - ICER		
Raporlanmış	20	100
Raporlanmamış	-	-
Araştırma Modeli		
Markov	15	75
Yarı markov	2	10
Karar analitik model	3	15

Detaylı incelenen makalelerde araştırma parametrelerine ilişkin bilgiler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Kalp Nakli ve Ventriküler Destek Cihazı Yöntemlerinin Maliyet Etkililiğine İlişkin Araştırma Parametreleri

No	Referans	Yıl	Ülke	Yöntem	Perspektif	Zaman Periyodu	Karşılaştırma	Araştırma Modeli	İndirim Oranı	Duyarlılık Analizi	Analizin Yapıldığı	İMEÖ	Cheers Puanı
1	CLegg vd., 2006	2006	İngiltere	MFA	Geri Ödeyici	5 Yıl	LVAD-Tıbbi Tedavi	Karar Analitik Model	6	Olasılıksal	Bilinememekte dir.	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=£65.242/QALY	22
2	Sharples vd., 2006	2006	İngiltere	MEA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3,5	Olasılıksal	Bilinememekte dir.	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=£37.160/QALY	22
3	CLegg vd., 2007	2007	İngiltere	MEA	Geri ödeyici	5 Yıl	LVAD-Tıbbi Tedavi	Karar Analitik Model	6	Olasılıksal	Bilinememekte dir.	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=£170.616/QALY	22
4	Rogers vd., 2012	2012	ABD	MYA	Geri Ödeyici	5 Yıl	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3	Deterministik	TreeAge Pro 1.0	LVAD=\$198.184/QALY	21
5	Moreno et al., 2012	2012	İngiltere	MEA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3,5	Olasılıksal ve Deterministik	Bilinmiyor.	LVAD=\$414.275/QALY	20

6	Alba vd., 2013	2013	Kanada	MEA	Bilinmiyor	Ömür Boyu	Transplantasyona Köprü LVAD-Transplantasyon	Markov Modeli	5	Olasılıksal ve Deterministik	Excel	Köprülenmiş LVAD , Köprülenmemiş Transplantasyona Karşı: Yüksek Riskli Hastalarda=84.964/Y1, Orta Riskli Hastalarda=\$99.039/Y1 , Düşük Riskli Hastalarda=\$119,574/Y1	19
7	Neyt vd., 2013	2013	Hollanda	MEA	Toplumsal	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3	Olasılıksal	Excel	LVAD=€107.600/Qaly	22
8	Long vd., 2014	2014	ABD	MFA	Toplumsal	Ömür Boyu	Transplantasyona Köprü LVAD-Transplantasyon-LVAD	Karar Analitik Model	3	Deterministik	TreeAge Pro 2013	LVAD Geleneksel Tedaviye Karşı=\$201.600/QAL Y Köprülenmiş LVAD Direkt Kalp Nakline Karşı=\$226.300/QAL Y	21
9	Pulikottil vd., 2014	2014	İngiltere	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	Köprülenmiş İki Farklı LVAD Cihazı	Yarı Markov	3,5	Olasılıksal ve Deterministik	Excel	HeartWare LVAD=\$37.349/QAL Y, HeartMate II LVAD=\$33.014/QAL Y	21
10	Clarke vd., 2014	2014	İngiltere	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	Transplantasyona Köprü LVAD - Tıbbi Tedavi	Yarı Markov	3,5	Olasılıksal ve Deterministik	Excel	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=\$84.963/QALY	21
11	Takura vd., 2016	2016	Japonya	MFA	Geri Ödeyici	1 Yıl	İmplant Edilebilir Vad-Ekstrakorporal VAD	Markov Modeli	3	Olasılıksal	Excel	İmplant Edilebilir LVAD=\$303.104/QAL Y	22
12	Chew vd., 2017	2017	Kanada	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	1,5	Olasılıksal ve Deterministik	TreeAge Pro 2017	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=\$230.692/QAL Y	22
13	Baras shreibati vd., 2017	2017	ABD	MEA	Toplumsal	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3	Olasılıksal	TreeAge Pro 2016	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı= Düşüklü Riskli Hastalarda \$209.400/QALY, Yüksek Riskli Hastalarda \$171.000/QALY	22
14	Chang vd., 2017	2017	Tayvan	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	Transplantasyona Köprü LVAD-Çift Köprü	Markov Modeli	3	Olasılıksal ve Deterministik	TreeAge Pro 2015	Transplantasyona Köprü Lvad 1.73 QALY Kazancı ve 95.910\$	21
15	Tadmouri vd., 2018	2018	Fransa	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	4	Olasılıksal ve Deterministik	TreeAge Pro 2016	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=Olasılıksal IMEO €125.580/qaly, Deterministik IMEO €123.109/QALY	22
16	Magnetta vd., 2018	2018	ABD	MFA	Geri Ödeyici	5 Yıl	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3	Olasılıksal ve Deterministik	TreeAge Pro 2014	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=\$176.086/QAL Y	22

17	Silvestry vd., 2020	2020	ABD	MEA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3	Olasıksal ve Deterministik	Excel	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=\$102.587/QAL Y Köprülenmiş LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=\$69.768/QALY	20
18	Schueler vd., 2021	2021	İngiltere	MFA	Geri Ödeyici	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3, 5	Deterministik	Excel	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=£46.207/QALY	22
19	Lim vd., 2022	2022	İngiltere	MFA	Geri Ödeyici	5 Yıl	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	3, 5	Olasıksal ve Deterministik	Excel	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=£47.631/QALY	20
20	Alcaraz vd., 2022	2022	Arjantin	MEA	Geri Ödeyici ve Özel Sektör	Ömür Boyu	LVAD-Tıbbi Tedavi	Markov Modeli	5	Olasıksal ve Deterministik	Excel	LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=ARS2,3 Milyon/QALY Köprülenmiş LVAD Tıbbi Tedaviye Karşı=ARS11 Milyon/QALY	20

Derlenen çalışmaların araştırma parametreleri incelendiğinde son dönem kalp yetmezliğinin farklı yöntemlerle tedavi edildiği görülmüştür. Çalışmalarda kalp nakli, LVAD ve medikal tedavi karşılaştırılmıştır. Sistematik tarama sonucunda elde edilen makalelere ilişkin detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

İngiltere’de Clegg vd. tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada LVAD ile tıbbi tedavinin maliyet yararlanım analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda 5 yıllık zaman diliminde LVAD, tıbbi tedaviye kıyasla QALY başına £65.242 İMEO gerçekleştirmiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise £30.000 olan maliyet etkililik eşik değerinin üzerinde bulunmuştur (Clegg vd., 2006).

Sharples vd. tarafından 2006 yılında İngiltere’de LVAD ve tıbbi tedavinin maliyet etkililik analizi yapılmıştır. Ömür boyu perspektiften yapılan çalışmada LVAD, tıbbi tedaviye kıyasla QALY başına £37.160 İMEO saptanmıştır. İngiltere’nin maliyet etkililik eşik değerinin üzerinde bir sonuç elde edilmiştir (Sharples vd., 2006).

Clegg vd. tarafından 2007 yılında İngiltere’de yapılan bir başka çalışmada da 5 yıllık zaman dilimi için LVAD ve tıbbi tedavinin maliyet fayda analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda LVAD, QALY başına £170.616 İMEO hesaplanmıştır. Bu çalışmada LVAD İngiltere’nin maliyet etkililik eşik değerinin üzerinde bulunmuştur (Clegg vd., 2007).

2012 yılında ABD’de kalp yetmezliğinde hedef tedavi için LVAD’ın maliyet etkinliği tıbbi tedaviye kıyasla değerlendirilmiştir. Tıbbi olarak tedavi edilen hastalarla karşılaştırıldığında, LVAD hastalarının 5 yıllık maliyetleri (360.407 \$'a karşı 62.856 \$), kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları (1.87'ye karşı 0.37) ve yaşam yılları (2.42'ye karşı 0.64) daha yüksek gerçekleşmiştir. LVAD artan maliyet-etkinlik oranı, kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı başına 198.184\$ ve yaşam yılı başına 167.208\$ olarak tespit edilmiştir (Rogers vd., 2012).

İngiltere’de gerçekleştirilen çalışma, LVAD’ın transplantasyon bekleyen son dönem kalp yetmezliği olan kişiler için geleneksel tıbbi tedaviye kıyasla maliyet etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada II nesil LVAD HeartMate II’nin maliyet etkinliği tahmin edilmeye çalışılmıştır. LVAD implante edilmiş bir hastanın ortalama yaşam boyu maliyeti 350.939 £ iken, geleneksel olarak tedavi edilen bir hastayı yönetmenin maliyeti 208.444 £ olmuş, bu noktada 142.495 £'luk bir fark meydana gelmiştir. Dolayısıyla,

kazanılmış yaşam yılları için ortalama İMEO 219.705 £, QALY için ortalama İMEO ise 258.922 £ (414.275 \$) olmuştur. Bu çalışmada, kalp nakli adaylarına HeartMate II LVAD implantasyonu tavsiyesinin maliyet etkinliği açısından gereksiz olduğu saptanmıştır (Moreno vd., 2012).

Kanada’da gerçekleştirilen çalışma ileri dönem kalp yetmezliği tedavisinde kalp nakline uygun hastalarda kalp nakline kıyasla transplantasyona köprü olarak VAD takılmasının maliyet etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Hastaların sağlık durumları düşük, orta ve yüksek riskli olmak üzere ayrılmış ve tedavi seçenekleri bu durumlara göre karşılaştırılmıştır. BTT-VAD tedavisi, köprülenmemiş kalp nakli alıcılarına kıyasla daha yüksek maliyetle sağ kalımı artırmıştır. Yüksek riskli hastalarda 1.19 ek yaşam yılı (YY) ve 100.841\$ daha fazla maliyet (\$84.964/YY), orta riskli hastalarda 1.14 ek YY ve 112.779 \$ daha fazla maliyet (\$99.039/YY) ve düşük riskli hastalarda 1.21 ek YY ve 144.334\$ daha fazla maliyet (\$119.574/YY) meydana gelmiştir. Belirli koşullar altında kalp nakline kıyasla VAD’ın maliyet etkin olma olasılığının yüksek olduğu belirtilmiştir (Alba vd., 2013).

Hollanda’da 2013 yılında Neyt vd. tarafından yapılan çalışmada LVAD’ın toplumsal perspektiften maliyet etkinliği hesaplanmıştır. Tıbbi tedavi ile LVAD karşılaştırılmıştır. LVAD, QALY başına 107.600 € İMEO sağlamıştır. Elde edilen sonuç ile LVAD, pahalı bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir (Neyt vd., 2013).

Çalışma kapsamında ABD’de kalp yetmezliği tedavisi için inotrop bağımlı tıbbi tedavi, ortotopik kalp transplantasyonu, LVAD ve transplantasyona köprü olarak LVAD tedavilerinin maliyet etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda kalp nakli tedavisine köprü olarak uygulanan LVAD QALY başına 226.300\$ maliyet oluşturmaktadır. Hedef tedavi olarak LVAD uygulandığında ise QALY başına 201.600\$ maliyet gerçekleşmektedir. Tedavi seçenekleri karşılaştırıldığında nakil, diğerlerine kıyasla uygun hastalar için yaşam süresini uzatır ve uygun maliyetlidir. Altı aydan fazla bekleme listesinde yer alan hastalar için transplantasyona köprü LVAD’ın 3,8 ek yaşam yılı sunacağı tahmin edilmektedir, ancak geleneksel maliyet-etkinlik eşiklerini karşılamamaktadır (Long vd., 2014).

İngiltere’de 2014 yılında yapılan çalışmada iki farklı LVAD cihazının (HeartMate II – HeartWare maliyet etkinliği karşılaştırılmıştır. HeartWare desteğiyle hayatta kalan hasta sayısı HeartMate II cihazına göre daha fazla bulunmuştur. İMEO ise HeartWare 37.349\$, HeartMate II 33.014\$’dır. HeartWare daha uygun maliyetli bulunmuştur (Pulikottil vd., 2014).

Clarke vd. tarafından 2014 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada LVAD medikal tedaviye kıyasla daha fazla fayda sağlamıştır. İlave maliyet etkililik oranı 84.963\$/QALY olarak saptanmıştır. İngiltere’de eşik değere göre maliyet etkin bulunmamıştır (Clarke vd., 2014).

2016 yılında Japonya’da yapılan bir çalışmada LVAD implantasyonunun maliyet etkililik analizini gerçekleştirmek amaçlanmıştır. 36 aylık maliyet etkililik analizi için QALY başına 102.712\$ maliyet ortaya çıkmıştır. LVAD implantasyon ameliyatı, hastalığın özellikleri dikkate alındığında Japonya için uygun maliyetli bulunmuştur (Takura vd., 2016).

Kanada’da 2017 yılında yapılan çalışmada son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda LVAD, tıbbi tedaviye kıyasla toplam 284.287\$ maliyetle ortalama 1,48 QALY veya 1,98 YY kazandırdı. Yalnızca tıbbi tedavi alan hastalar, 31.984\$ maliyetle ortalama 0,39 QALY veya 0,68 YY kazandı. Yalnızca tıbbi tedaviyle karşılaştırıldığında LVAD’lar için QALY başına artan maliyet 230.692\$ veya YY başına 193.975\$ olmuştur. Hedef tedavi LVAD’lar için QALY başına artan maliyetin, Kanada’da finansman için olağan eşik değerlerin üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Chew vd., 2017).

2017 yılında ABD’de gerçekleştirilen çalışma ileri kalp yetmezliği olan ayaktan tedavi edilen hastalarda tıbbi tedaviye karşın LVAD’ın maliyet etkililiğini değerlendirme amacıyla yapılmıştır. Kazanılan QALY başına 209.400 ABD doları ve kazanılan yaşam yılı başına 597.400\$ tutarında İMEO elde saptanmıştır. İnotrop bağımlı olmayan kalp yetmezliği hastalarında LVAD’ lar yaşam kalitesini artırdığı ancak sık tekrar yatışlar ve maliyetli takip bakımı nedeniyle yaşam boyu maliyetleri önemli ölçüde yükselttiği görülmüştür. İnotrop bağımlı olmayan kalp yetmezliği hastalarında LVAD’ler yaşam kalitesini artırmış ancak sık tekrar yatışlar ve maliyetli takip bakımı nedeniyle yaşam boyu maliyetleri önemli ölçüde yükseltmiştir. (Baras shreibati vd., 2017).

2017 yılında Tayvan’da yapılan bir çalışma kalp yetmezliği olan hastalarda direkt LVAD ile çift köprüyü karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Ömür boyu perspektif dikkate alındığında doğrudan LVAD’ın maliyeti 95.510\$, çift köprünün maliyeti ise 129.516\$’dır. QALY ise doğrudan LVAD, 1.73 ek QALY kazancı sağlarken, çift köprü 0.89 ek QALY kazancı sağlamıştır. Geri ödeyici açısından bakıldığında, kalp nakline köprü olarak doğrudan LVAD’ın, kalp yetmezliği olan hastalarda LVAD köprüsünden önce ilk ECMO’yu (Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu) kullanmaktan daha uygun maliyetli olduğu ortaya çıkmıştır (Chang vd., 2017).

LVAD Fransa’da geri ödeme kapsamındadır. Son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda standart tıbbi tedaviye kıyasla LVAD cihazının ömür boyu perspektiften maliyet etkililiğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. İMEO olasılıksal olarak 125.580€, deterministik olarak ise QALY başına 123.109€’ dur. Son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda LVAD kullanımı, 100.000 €/QALY’yi aşan ekstra yaşam boyu maliyetle hayatta kalma açısından daha fazla fayda sağladığını göstermiştir (Tadmouri vd., 2018).

2018 yılında ABD’de yapılan çalışmada LVAD tedavisinin maliyet etkililiği hesaplanmıştır. Bu çalışmaya göre İMEO, LVAD tedavisinin tıbbi tedaviye karşı QALY başına 176.086 \$ olarak bulunmuştur. Çalışmada LVAD maliyet etkili saptanmamıştır (Magnetta vd., 2018)

LVAD’lar ileri dönem kalp yetmezliği tedavisine köprü tedavi olarak kullanılmaktadır. ABD’de kalp nakline köprü olması amacıyla yapılan LVAD cihazının geleneksel tıbbi tedaviye yönelik maliyet etkililiğini değerlendirmek için bir çalışma yapılmıştır. Köprülenmiş LVAD İMEO 69.768 (\$/QALY)’ dir. YY başına 56.538\$ olarak tespit edilmiştir. Hedef tedavi olarak LVAD ise İMEO 102.587\$/QALY’ dir (Silvestry vd., 2020).

Schueler vd. tarafından bu çalışma kalp nakline uygun olmayan son dönem kalp yetmezliği hastalarında LVAD maliyet etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Deterministik İMEO, QALY başına 46.207 £ olarak tespit edilmiştir. Maliyetler ve faydalar LVAD kolu için 204.022 £ ve 3,27 QALY olurken, medikal tedavi kolu için 77.790 £ ve 0,54 QALY olmuştur. QALY başına İMEO 34.907 £ tespit edilmiştir. LVAD tıbbi tedaviye kıyasla maliyet etkili bulunmuştur (Schueler vd., 2021).

2022 yılında İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) bağlamında klinik ve maliyet etkinliğini değerlendirmek için HeartMate 3 LVAD ile tıbbi tedavi karşılaştırılmıştır. Transplantasyona uygun olmayan ileri kalp yetmezliği hastalarında LVAD ve tıbbi tedavi için İMEO, kazanılan QALY başına 47.361 £ olduğu bulunmuştur (Lim vd., 2022).

Arjantin’de 2022 yılında Alcaraz vd. tarafından yapılan çalışmada hedef tedavi olarak LVAD ve köprülenmiş LVAD, tıbbi tedaviyle karşılaştırılmıştır. Tıbbi tedaviye karşı LVAD tedavisinde İMEO ARS 2,3 milyon/QALY ve köprülenmiş LVAD tedavisinde ise İMEO ARS 11 milyon/QALY bulunmuştur (Alcaraz vd., 2022).

Sistemik tarama sonucunda incelenen makalelerin çoğunluğunun geri ödeme perspektifinden yapıldığı, maliyetlerin ömür boyu zaman diliminde değerlendirildiği ve markov modelinin kullanıldığı saptanmıştır. Çalışmalarda son dönem kalp yetmezliği tedavisinde LVAD, hedef tedavi ya da köprü tedavi olarak karşılaştırılmıştır. LVAD diğer yöntemlere kıyasla Japonya haricinde (Takura vd., 2016) maliyet etkili bulunmamıştır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Literatür incelendiğinde LVAD'ın ekonomik değerlendirmesine yönelik çeşitli sistemik taramaların yapıldığı görülmüştür. Farklı tarama stratejileri ve farklı kriterler çerçevesinde gerçekleştirilen sistemik taramalarda da LVAD, maliyet etkililik eşliğinin üzerinde bulunmuştur.

Fontanay vd. 2020 yılınca yayınladıkları çalışmada LVAD'ların ekonomik değerlendirme çalışmalarını incelemek amacıyla 1 Haziran 2009 ve 1 Haziran 2019 tarihlerini kapsayan sistemik tarama gerçekleştirmişlerdir. Taramada dört (Pubmed, Embase, Ulusal Sağlık Hizmeti Ekonomik Değerlendirme Veri tabanı ve maliyet etkililik analizi içeren veri tabanı) veri tabanı kullanılmıştır. Gerçekleştirilen sistemik taramaya 13 makale dâhil edilmiştir. Çalışma sonucunda ventriküler destek cihazlarının karşılaştırıldıkları tedavilere kıyasla İMEO değerleri QALY başına 33.014 \$ ile 414.275 \$ dolar arasında değişmektedir. Sistemik tarama sonucunda LVAD çeşitli ülkelerin maliyet etkililik eşik değerlerinin üzerinde saptanmıştır ve bu durumun nedeni olarak cihazın yüksek maliyeti gösterilmiştir (Fontanay vd., 2019).

2018 yılında yayınlanan bir sistemik taramaya 12 maliyet etkililik çalışması dâhil edilmiştir. Sistemik tarama, PubMed ve ProQuest veri tabanlarında 2006-2017 yıllarında yapılan LVAD'ların maliyet etkililik analizlerini içeren İngilizce makaleleri kapsamaktadır. Yapılan tarama sonucunda LVAD, hem köprü hem de hedef tedavi olarak tıbbi tedavi veya kalp transplantasyonu ile karşılaştırılmış ve maliyet etkin olduğunu gösteren herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Cihazların alış maliyetlerinin düşürülmesi ile LVAD'ın maliyet etkililik eşliğinin altına inebileceği ifade edilmiştir (Schimer vd., 2018).

2016 yılında Nunes vd. tarafından yapılan sistemik taramada LVAD'ların maliyet etkililik çalışmalarına dair literatürün gözden geçirilerek, sistemik tarama yapılması amaçlanmıştır. Sistemik tarama kapsamında 11 çalışma incelenmiştir. Ventriküler destek cihazlarının köprü tedavi olarak uygulandığında İMEO'nun QALY başına 85.025 \$ ile 200.166 \$ arasında değiştiği ve hedef tedavi olarak tercih edildiğinde ise İMEO'nun QALY başına 87.622\$ ile 1.257.946\$ arasında değiştiği görülmüştür. Çalışma kapsamında maliyet etkililik eşik değerleri değerlendirildiğinde LVAD maliyet etkili bulunmamıştır (Nunes vd., 2016).

LVAD teknolojisi üçüncü neslin ötesine ilerledikçe, LVAD'lerin uygun maliyetli olma potansiyeli bulunmaktadır. Yeni nesil LVAD'ler muhtemelen daha dayanıklı, güvenilir ve boyutları daha küçük olacak, minimal invaziv teknikler (örn. transkateter prosedür) kullanılarak implantasyon yapılmasına olanak tanıyacak ve potansiyel olarak prosedür maliyetlerini, kalış süresini ve komplikasyon oranlarını azaltacaktır. Teknolojideki gelişmeler, uzun vadeli olumsuz olayların ve komplikasyonların (örn. pompa değişimi için yeniden ameliyat, felç, enfeksiyon) ve hastaneye yeniden yatış oranlarının azalmasına neden olabilir ve sonuç olarak hastanın hayatta kalmasını ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. Bu potansiyel maliyet tasarrufları, yeni cihaz teknolojisinin olası artan maliyetiyle dengelenebilir. LVAD teknolojisinde devam eden gelişmeler hasta seçimi ve klinik yönetim stratejilerindeki

değişiklikler ve LVAD'ler için genişletilmiş endikasyonlar ile bu cihazların maliyet etkinliği gelecekte yeniden değerlendirilmelidir (Schmier vd., 2019).

Tartışılan sistematik taramalardan tarama yılları, taranan veri tabanları ve dâhil etme ile dışlama kriterleri çerçevesinden bu çalışma farklılaşmaktadır. Aynı makalelerin yanı sıra farklı makaleler bulundurmaktadır. Bu farklı makaleler temelde taranan tarihler ve taranan veri tabanları çerçevesinde değişmektedir. Kapsamının genişliği ve Türkçe yapılmış olması bu çalışmayı diğer çalışmalardan özgün hale getirmektedir.

Bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde ise LVAD'ın ekonomik değerlendirmesini içeren 20 makale detaylı bir şekilde incelenmiştir. LVAD'ın hedef tedavi ve kalp nakline köprü olarak kullanıldığı görülmüştür. İncelenen ekonomik değerlendirme çalışmalarında ve tartışılan sistematik taramalarda da maliyet etkili bir yöntem olarak bulunmamıştır. Son dönem kalp yetmezliği tedavisinde altın tedavi olan kalp nakli için donör sayısının yetersizliği nedeni ile her ne kadar maliyet etkililik eşikleri üzerinde de bulunsa, LVAD'ın hedef tedavi olarak kullanımı devam etmektedir. LVAD'ın alışı maliyetlerinin yüksek olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir. . Teknolojik gelişmeler komplikasyon oranlarını ve cihaz satınalma maliyetlerini düşürdükçe LVAD'lar maliyet etkili olabilir. Türkiye'de LVAD tedavinin maliyet etkili olabilmesi için cihazın alışı maliyetlerinin düşürülmesine yönelik sağlık politikaları geliştirilmesi önerilmektedir.

YAZARLARIN BEYANLARI/DECLARATION OF THE AUTHORS

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

5. KAYNAKÇA

- Alba, A. C., Alba, L. F., Delgado, D. H., Rao, V., Ross, H. J., ve Goeree, R. (2013). Cost-effectiveness of ventricular assist device therapy as a bridge to transplantation compared with nonbridged cardiac recipients. *Circulation*, 127(24), 2424-2435.
- Alcaraz, A., Pichon-Riviere, A., Rojas-Roque, C., González, J. M., Prina, D., Solioz, G., Augustovski, F., ve Palacios, A. (2022). Cost-effectiveness of a centrifugal-flow pump for patients with advanced heart failure in Argentina. *Plos one*, 17(8), e0271519.
- Baras Shreibati, J., Goldhaber-Fiebert, J. D., Banerjee, D., Owens, D. K., ve Hlatky, M. A. (2017). Cost-effectiveness of left ventricular assist devices in ambulatory patients with advanced heart failure. *JACC: Heart Failure*, 5(2), 110-119.
- Chang, H. H., Chen, P. L., Chen, I. M., Kuo, T. T., Weng, Z. C., Huang, P. J., Wu, N. Y., ve Cheng, C. L. (2017). Cost-utility analysis of direct ventricular assist device vs double bridges to heart transplantation in patients with refractory heart failure. *Clinical Transplantation*, 31(12), e13124.
- Chew, D. S., Manns, B., Miller, R. J., Sharma, N., ve Exner, D. V. (2017). Economic evaluation of left ventricular assist devices for patients with end stage heart failure

- who are ineligible for cardiac transplantation. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(10), 1283-1291.
- Clarke, A., Pulikottil-Jacob, R., Connock, M., Suri, G., Kandala, N. B., Maheswaran, H., Banner, N. R., ve Sutcliffe, P. (2014). Cost-effectiveness of left ventricular assist devices (LVADs) for patients with advanced heart failure: analysis of the British NHS bridge to transplant (BTT) program. *International Journal of Cardiology*, 171(3), 338-345.
- Clegg, A. J., Scott, D. A., Loveman, E., Colquitt, J. L., Royle, P., ve Bryant, J. (2006). Clinical and cost-effectiveness of left ventricular assist devices as a bridge to heart transplantation for people with end-stage heart failure: a systematic review and economic evaluation. *European Heart Journal*, 27(24), 2929-2938.
- Clegg, A. J., Scott, D. A., Loveman, E., Colquitt, J., Royle, P., ve Bryant, J. (2007). Clinical and cost-effectiveness of left ventricular assist devices as destination therapy for people with end-stage heart failure: a systematic review and economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(2), 261-268.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., ve Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- Fontenay, S., Catarino, L., Snoussi, S., van den Brink, H., Pineau, J., Prognon, P., ve Martelli, N. (2020). Quality of economic evaluations of ventricular assist devices: A systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(4), 380-387.
- Fukunaga, N., ve Rao, V. (2018). Left ventricular assist device as destination therapy for end stage heart failure: The right time for the right patients. *Current Opinion in Cardiology*, 33(2), 196-201.
- Hunt, S. A., Baker, D. W., Chin, M. H., ve vd. (2001) ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of heart failure in the adult; full text; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. http://www.acc.org/clinical/guidelines/heart-failure/hf--_index.htm
- Huserau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., Augustowski, F., Briggs, A., Mauskopf, J., Loder, E., ve CHEERS Task Force, (2013). Consolidated health economic evaluation reporting standards (cheers) statement. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11 (1).
- Kepez, A., and Kabakçı, G. (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. *Acta Medica*, 35(2), 69–81
- Lim, H. S., Shaw, S., Carter, A. W., Jayawardana, S., Mossialos, E., ve Mehra, M. R. (2022). A clinical and cost-effectiveness analysis of the HeartMate 3 left ventricular assist device for transplant-ineligible patients: a United Kingdom perspective. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 41(2), 174-186.

- Long, E. F., Swain, G. W., ve Mangi, A. A. (2014). Comparative survival and cost-effectiveness of advanced therapies for end-stage heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 7(3), 470-478.
- Magnetta, D. A., Kang, J., Wearden, P. D., Smith, K. J., ve Feingold, B. (2018). Cost-effectiveness of ventricular assist device destination therapy for advanced heart failure in Duchenne muscular dystrophy. *Pediatric cardiology*, 39, 1242-1248.
- Mehrez, A., ve Gafni, A. (1992). Preference based outcome measures for economic evaluation of drug interventions: quality adjusted life years (QALYs) versus healthy years equivalents (HYEs). *Pharmacoeconomics*, 1(5), 338-345.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., ve Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>
- Moreno, S. G., Novielli, N., ve Cooper, N. J. (2012). Cost-effectiveness of the implantable HeartMate II left ventricular assist device for patients awaiting heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 31(5), 450-458.
- Muennig, P., ve Bounthavong, M. (2016). *Cost-effectiveness analysis in health: a practical approach*. John Wiley and Sons.
- Neyt, M., Van den Bruel, A., Smit, Y., De Jonge, N., Erasmus, M., Van Dijk, D., ve Vlayen, J. (2013). Cost-effectiveness of continuous-flow left ventricular assist devices. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29(3), 254-260.
- NICE. (2013). *Guide to the methods of technology appraisal*. <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/foreword>.
- Nunes, A. J., MacArthur, R. G., Kim, D., Singh, G., Buchholz, H., Chatterley, P., ve Klarenbach, S. W. (2016). A systematic review of the cost-effectiveness of long-term mechanical circulatory support. *Value in Health*, 19(4), 494-504.
- Pulikottil-Jacob, R., Suri, G., Connock, M., Kandala, N. B., Sutcliffe, P., Maheswaran, H., Banner, N. R., ve Clarke, A. (2014). Comparative cost-effectiveness of the HeartWare versus HeartMate II left ventricular assist devices used in the United Kingdom National Health Service bridge-to-transplant program for patients with heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 33(4), 350-358.
- Rogers, J. G., Bostic, R. R., Tong, K. B., Adamson, R., Russo, M., ve Slaughter, M. S. (2012). Cost-effectiveness analysis of continuous-flow left ventricular assist devices as destination therapy. *Circulation: Heart Failure*, 5(1), 10-16.
- Rose, E. A., Gelijns, A. C., Moskowitz, A. J., Heitjan, D. F., Stevenson, L. W., Dembitsky, W., ... ve Meier, P. (2001). Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1435-1443.

- Rudmik, L., ve Drummond, M. (2013). Health economic evaluation: important principles and methodology. *The Laryngoscope*, 123(6), 1341-1347.
- Saygın Avşar, T., Yiğit, V., Yiğit, A., Arı, H., Tecirli, G., Dilmaç, E., and Huserau, D., (2023). Konsolide Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Raporlama Standartları Türkçe: Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirmesinde Raporlama Standartlarının Türkiye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-17.
- Schmier, J. K., Patel, J. D., Leonhard, M. J., ve Midha, P. A. (2019). A systematic review of cost-effectiveness analyses of left ventricular assist devices: issues and challenges. *Applied health economics and health policy*, 17, 35-46.
- Schueler, S., Silvestry, S. C., Cotts, W. G., Slaughter, M. S., Levy, W. C., Cheng, R. K., Beckman, J. A., Villinger, J., Ismyrloglou, E., Tsintzos, S. I., ve Mahr, C. (2021). Cost-effectiveness of left ventricular assist devices as destination therapy in the United Kingdom. *ESC Heart Failure*, 8(4), 3049-3057.
- Sharples, L. D., Dyer, M., Cafferty, F., Demiris, N., Freeman, C., Banner, N. R., Large, S. R., Tsui, S., Caine, N., ve Buxton, M. (2006). Cost-effectiveness of ventricular assist device use in the United Kingdom: results from the evaluation of ventricular assist device programme in the UK (EVAD-UK). *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 25(11), 1336-1343.
- Shiell, A., Donaldson, C., Mitton, C., ve Currie, G. (2002). Health economic evaluation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 85.
- Silvestry, S. C., Mahr, C., Slaughter, M. S., Levy, W. C., Cheng, R. K., May, D. M., Ismyrloglou, I., Tsintzos, S., Tuttle, E., Cook, K., Birk, E., Gomes, A., Graham, S., ve Cotts, W. G. (2020). Cost-effectiveness of a small intrapericardial centrifugal left ventricular assist device. *Asaio Journal*, 66(8), 862-870.
- Sloan, F. A., ve Hsieh, C. R. (2017). *Health economics*. Mit Press.
- Tadmouri, A., Blomkvist, J., Landais, C., Seymour, J., ve Azmoun, A. (2018). Cost-effectiveness of left ventricular assist devices for patients with end-stage heart failure: analysis of the French hospital discharge database. *ESC Heart Failure*, 5(1), 75-86.
- Takura, T., Kyo, S., Ono, M., Tominaga, R., Miyagawa, S., Tanoue, Y., ve Sawa, Y. (2016). Preliminary report on the cost effectiveness of ventricular assist devices. *Journal of Artificial Organs*, 19, 37-43.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, vd. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013;128:1810-52.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

COVID-19 SALGINININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ*

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON PRIMARY HEALTH CARE AND FAMILY PHYSICIANS

Gülçin Gökçenur KARATAŞ¹

Doç. Dr. Erdal EKE²

ÖZET

Covid-19 pandemisi küresel çapta ülkelerin sağlık sistemlerini etkilemiştir. Covid-19 pandemisi ile birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi üzerinde değişimler yaşanmıştır. Çalışmanın amacı Covid-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri üzerine etkisinin incelenmesidir. Bu kapsamda öncü ve örnek ülke konumunda olan Almanya, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ele alınmıştır. Covid-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği üzerine etkisi Almanya, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye perspektifi açısından değerlendirilmiştir. Çalışma literatür taramasına dayanmaktadır. İlk olarak Covid-19 pandemisi ile birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde meydana gelen değişimler ve yaşanan sorunlar açısından ele alınmıştır. Covid-19 pandemisinin hekimler üzerinde fizyolojik, psikolojik ve ekonomik etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Covid-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu ve işleyişi üzerinde etkisi olup sağlık yöneticileri tarafından değerlendirilmesi gereken konular arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Koronavirüs, Pandemi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimi

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has affected the health systems of countries globally. With the Covid-19 pandemic, there have been changes in the primary health care and family medicine system. The aim of the study is to examine the impact of the Covid-19 pandemic on primary healthcare services and family physicians. In this context, Germany, England and the United States, which are pioneer and exemplary countries, were discussed. The impact of the Covid-19 pandemic on primary healthcare and family medicine was evaluated from the perspective of Germany, England, the United States and Turkey. The study is based on literature review. Firstly, it was discussed in terms of the changes and problems experienced in primary health care services due to the Covid-19 pandemic. It has been revealed that the Covid-19 pandemic has physiological, psychological and economic effects. study is important for healthcare managers.

Keywords: Covid-19, Coronavirus, Pandemic, Primary Health Care, Family Physician

* Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazarın danışmanlığında hazırladığı doktora tezinden üretilmiştir.

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı, gkyurt84@gmail.com

² Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin birincil ve en önemli görevi toplumun sağlığını korumak ve sağlıklı yaşamasını sağlamak üzerine oluşturulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin verilmesidir. Dünyada pek çok ülkenin birinci basamak dalı olan aile hekimliğini işlevsel bir sağlık modeli olarak uyguladığı görülmektedir (Özcan ve Ünlüoğlu, 2008, s. 26). Dünyada birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) sunan kuruluşlara bakıldığında, sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasını oluşturan kurumlar olduğu görülmektedir. Bu kuruluşlar bireylerin ilk müracaat yeri olma, problemlerine ve isteklerine cevap verme, ihtiyaçlarına yönelik çözüm önerileri sunma ya da bireyleri farklı basamaklara yönlendirme görevleri bulunmaktadır (Doğan vd., 2017, s. 4). Ayrıca bu kuruluşlar rutin hasta izlemi ve toplum sağlığı ile ilgili sorunların çözümü ile ilgili sorumluluklar taşımaktadır. Aile hekimliği hastalar ve hastaların diğer aile üyeleri için tedavi ve bakım sürecinin yönetilmesinde en etkili hekim grubu olarak topluma karşı mesleki sorumlulukları olan gruplardır (Wonca, 2002, s. 5). Dolayısı ile birinci basamak sağlık hizmetinde ve bünyesinde yer alan aile hekimliği sisteminde olası yaşanabilecek sorunlar tüm diğer basamakların sunduğu sağlık hizmetini ilgilendirmektedir. Bu çerçevede tüm dünyayı etkisi altına alan ve pandemi olarak ilan edilen Covid-19 salgınının Türkiye'deki BBSH ve aile hekimleri üzerindeki etkisinin ele alınması sağlık yönetimi açısından önemli bir konudur. Günümüzde ülkemizdeki BBSH ve aile hekimliği modeline bakıldığında, bu hizmetlerin temelini aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri oluşturduğu görülmektedir (İlgün ve Şahin, 2016, s. 117). Birinci basamak sağlık hizmetleri bu aşamadan sonra BBSH olarak anılacaktır.

Covid-19 salgınının BBSH ve aile hekimliği üzerindeki etkisi yaşanan değişimler ve yaşanan sorunlar bazında incelenmiştir. Covid-19 pandemisi ile yaşanan değişimler kapsamında tele-tıp teknolojisinin kullanımı, filyasyon ve triyaj (temaslı takibi) uygulaması, karantina uygulaması, evde sağlık bakım hizmetleri açısından ele alınmıştır. Yaşanan sorunlar kapsamında kişisel koruyucu ekipman eksikliği, yetersiz profesyonel iş gücü, iş yükünün artması, salgının seyri için uygulanan politikalar, enfeksiyona maruziyet, ekonomik sorunlar, görev tanımlarının belirsizliği, değişen sistem ve uygulamalara ayak uyduramama, gereksiz yapılan başvurular açısından ele alınmıştır. Bu kapsamda fizyolojik etkiler olarak, iş yükünün artması, kişisel koruyucu ekipman temini ve eksikliğinde yaşanan sorunlar, virüse maruz kalma (enfeksiyon kapma riski), enfeksiyonu kontrol etmede güçlük, malpraktis ve şiddet eğilimi gibi unsurlardan etkilendiği görülmektedir. Psikolojik etkiler kapsamında iş stresi, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, damgalama, intihar gibi unsurlardan etkilendikleri görülmektedir. Ekonomik etkiler kapsamında ise; hekimlerin gelir kaybı ve bu dönemde yaşadıkları gelir adaletsizliği gibi unsurlardan etkilendikleri görülmektedir. Çalışmada farklı olarak Covid-19 salgınının hekimler üzerindeki fizyolojik, psikolojik ve ekonomik açıdan etkisi kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlerinin tercih edilmesinin sebebi ise bu sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunda ilk başvuru noktası olması ve bölgedeki bireyleri daha iyi tanıyarak kişiye özel hizmet vermesi bakımından değerlendirilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Kavramsal Çerçeve

Kavramsal çerçeve kapsamında ilk olarak salgın hastalık ile ilgili adı geçen kavramlardan endemi, epidemik, pandemi kavramlarının tanımlarına yer verilecektir. Ardından salgın hastalıkların neden olduğu değişimlerde ve yeniliklerde izlenecek yol ve yöntemler kapsamında filyasyon, karantina, toplumsal bağışıklık kazanma, sosyal izolasyon, dezenfeksiyon ve aşılama yöntemlerinin tanımlarına yer verilecektir. Tablo 1’de salgın hastalık kavramları ile ilgili tanımlar bir tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Salgın Hastalık Kavram Tanımları

Kavram	Tanım
Salgın	-Bir canlıda oluşan enfeksiyonun belli bir bölgede nüfusun büyük çoğunluğuna bulaşması sonucu yayılan bir kavramdır.
Endemi	-Enfeksiyondan kaynaklanan bir hastalığın, belirli bir coğrafi bölgede nüfusun büyük bir bölümünde sürekli tekrar ederek, hastalığın sonlandırılmaması anlamına gelmektedir.
Epidemik	-Tekrar eden bir hastalığın beklenenden yüksek oranda artış göstermesi anlamına gelmektedir.
Pandemik	-Tüm dünyayı etkisi altına alan, genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın olarak tanımlanmaktadır

Kaynak: (İkışık, 2020, s. 18; Diamond, 2018, s. 36; Işık, 2021, s. 137; Aydın, 2021, s. 1; Varge, 2014; Işık, 2021; Üstün, 2020, s. 144; Parlıdar, 2020, s. 2; Ünibel, 2021, s. 89; Zenker, 2020, s. 81)

Salgın, bir canlıda oluşan enfeksiyonun belli bir bölgede nüfusun büyük çoğunluğuna bulaşması sonucu yayılan bir kavramdır. Bölgedeki hastalığın toplum içinde artış hızında ciddi bir oran söz konusu ise salgın olarak değerlendirilmektedir (İkışık, 2020, s. 18). Diamond’a göre salgın hastalıklar kişilerin tek başına hasta olması değil, hasta olan enfekte kişilerin diğer kişilere kısa bir zamanda bulaştırarak nüfusun büyük bir oranını etkisi altına aldığı bir hastalık türü olarak tanımlanmaktadır (Diamond, 2018, s. 36).

Salgın hastalık kavramı içinde yer alan endemi, genellikle epidemik kavramı ile karıştırılmaktadır. Endemi, enfeksiyondan kaynaklanan bir hastalığın, belirli bir coğrafi bölgede nüfusun büyük bir bölümünde sürekli tekrar ederek, hastalığın sonlandırılmaması anlamına gelmektedir. Endemik hastalıklar holoendemik ve hiperendemik hastalık olmak üzere iki şekilde ifade edilmektedir. Holoendemik hastalıklar toplumun hastalığa bağışıklık göstermesine rağmen yaş gruplarında yayılım farklılık gösterebilmektedir. Açıkça belirtilmesi gerekirse nüfusun büyük çoğunluğunun hastalığa duyarlılığı yüksekken, belli yaş altı çocuklarda hastalığın görülme oranı neredeyse yok denecek kadar azdır. Hiperendemik hastalıklar ise hastalığın sürekli her yaş grubu için risk taşıması anlamına gelmektedir (Işık, 2021, s. 137)

Endemi sürekli tekrar eden bir hastalık kavramı özelliği taşıırken, tekrar eden bir hastalığın beklenenden yüksek oranda artış göstermesi ise epidemik olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde salgın hastalık tanımı ile eş değer olarak kullanılan epidemik kavramını CDC (Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi) “Belli bir insan popülasyonunda, belli bir periyotta beklenenin üzerinde görülen, vaka sayılarının aniden yükselmesine neden olan hastalık” olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2021, s. 1). Epidemik

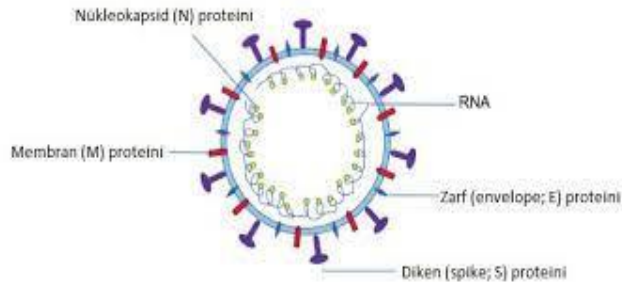
hastalıklar iki şekilde değerlendirilmektedir. Küçük çaplı bir salgının artış hareketleri ile genel bir salgın veya hastalığın patlaması (outbreak) şeklinde tanımlanmaktadır (Varge, 2014; Işık, 2021, s. 136) Fakat modern epidemiyolojide bulaşıcı olmayan belli hastalıklar içinde aynı kavramdan bahsedildiği görülmektedir (Woodley v.d., 2016). Örneğin HIV/AIDS hastalığı, ilk olarak geçmişte epidemi kavramı ile adlandırılırken günümüzde endemik ve kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

Pandemi kavramı ise tüm dünyayı etkisi altına alan, genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın olarak tanımlanmaktadır (Üstün, 2020, s. 144). Pandemi kavramı esasında Yunan dilinden gelmektedir. Pan ve demos sözcüklerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur. Pan “tüm” anlamı taşıırken demos “insanlar” anlamı taşıyarak anlam itibari ile tüm insanlara yayılan anlamını taşımaktadır. Pandemiler hem teknolojinin hem bilimin en ileri seviyede olduğu durumlarda bile ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ülkelerin karşısına çıkabilmektedir (Aksakoğlu, 2008b). 2019 Aralık ayında Çin’in Wuhan kentinde başlayarak tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 (Coronavirüs) pandemisi, tarihindeki son hastalık ve dünyada gelmiş geçmiş küresel salgınların en etkilisi olarak tarihe geçmiştir (Parıldar, 2020, s. 2; Ünibel, 2021, s. 89; Zenker, 2020, s. 81).

1.2. Covid-19 (Koronavirüs- CoV/ SARS-CoV-2)

Covid-19 virüsü toplumda grip ve nezle gibi yaygın olarak görülen, hafif enfeksiyon belirtileri olduğu gibi, Orta Doğu Solunum yolu Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome- MERS) ve şiddetli akut solunum yolu sendromu (Severe acute respiratory syndrome- SARS) gibi daha ciddi enfeksiyonların da ortaya çıktığı bir virüs ailesidir (Chan J. vd., 2020, s. 221; T.C. S.B., s. 5). Covid-19 virüsü coronaviridae familyasından gelen fenotipik ve genotipik olarak geniş bir aile olmakla birlikte kuşlarda ve memelilerde hastalıklara neden olmaktadır. Genetik yapısı itibari ile pozitif polariteli, tek iplikli, zarflı ve geçmişten bu zamana kadar görülen en büyük (60-140 nm) RNA genomuna sahip virüslerdir (Fehr, 2105, s. 2-3; Kazak, 2020, s. 572). Zarf üzerinde spike glikoproteinler olduğundan dolayı da mikroskopla bakıldığında pozitif sarmallı RNA (+ssRNA) taçlı ve çıkıntılı bir görüntü şeklinde görülmektedir. RNA genomuna sahip olduklarından dolayı RNA’ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermemektedirler. Dolayısı ile genomlarında bu enzim kodlanmış olarak bulunmaktadır. Yapısında çıkıntılı bir şekilde çubuklar görülmektedir. Bu çıkıntılı çubuklar “taç” şeklinde bir yapıya benzetilmektedir. Bu nedenle Latince’de “taç” anlamının karşılığı olan “Corona” kavramı ile birleştirilerek taçlı virüs yani kavramların birleşimi olan koronavirüs anlamını almıştır (Zhou vd., 2019, s. 1; Cascella vd., 2020, s. 3; Ataç ve Uçar, 2006, s. 34; Tavukçu ve Eke 2020, s. 107).

Şekil 1. Covid-19’un Şematik Yapısı



Kaynak: (Zhou ve ark., 2019, s. 4)

Covid-19'un yapısı Şekil 1'de görüldüğü gibidir. Virüsün genel yapısında yüzey kısmında S proteininden oluşan bir çıkıntı görülmekte olup, bu çıkıntı pleomorfik zarflı virüs yapısından oluşmaktadır. Bu virüsler, sarmal nükleokapsidleri oluşturan nükleokapsid (N) proteini ile SSRNA genomu ile daraltılmıştır. Bu genom, örtülü bir yapıya sahiptir. Bu hücrede S, M ve N proteinleri bu hücrenin yapısal proteinleri olarak bilinir. Bu proteinler, endoplazmik retikulum aracılığı ile bir araya gelerek golgi ana bölgesine yerleşmektedir (Casella, 2020, s. 8) Golgi aygıtından geçen kompleks RNA ve hücrenin içindeki diğer proteinlerin birleşmesi ile yeni bir genetik materyal olan SARS-CoV virüsünü oluşturmaktadır (Zhou vd., 2019, s. 3; Yücel, 2019, s. 33).

Covid-19 virüsü damlacık yolu ile bulaşmaktadır. Asemptomatik veya semptomatik belirti gösteren kişinin öksürmesi ve hapşırması sırasında ortaya saçtığı damlacıkların, başka bir kişinin ortaya saçılan damlacıkları eli ile yüzüne, burun mukozasına götürerek virüsü taşıması ile bulaşmaktadır (Yeditepe Üniversitesi, 2022, s. 3). Vücuda giren virüs, kişilerde ateş, nefes darlığı, dispne, baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal ve akciğer pnömonisi gibi belirtiler ile kendini göstermektedir (Casella, 2020, s. 9; Heper, 2020, s. 68-69).

Bunların yanı sıra virüs cansız yüzeylerde belirli bir süre yaşamını devam ettirdiği söylentiler arasındadır. Plastik, paslanmaz çelik, karton ve bakır yüzeylerde Covid-19 virüsünün 72 saat yaşadığı tespit edilmiştir (Doremalen vd., 2020, s. 1-2). SARS-CoV-2 VE DİĞER CoV virüsler ultraviyole ışınlarına ve ısıya karşı duyarlıdır. Bu nedenle damlacığın cansız yerlerde yaşamına devam etmesi, temas yolu ile bulaş riskini artırmaktadır. Bu nedenle etkin olarak virüsü inaktive etmek gerekmektedir. Bu virüsler klorheksidin hariç eter (%75), etanol, klor içeren dezenfektan, peroksiasetik asit ve kloroform dahil lipit çözücü sıvılar ile canlılığını yitirmektedirler (Casella, 2020, s. 2).

2. COVID-19 PANDEMİSİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VE AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Pandeminin patlak vermesi ile tüm dünya küresel ölçekte bir krizin üstesinden gelmek için mücadele etmeye çalışmıştır. Ülkeler kriz ile mücadele etmek için yeni çalışma yöntemleri geliştirmeye başlamışlardır (Katherine, 2022). Yöntemler geliştirilirken mevcut salgının BBSH'nin kapsayıcı ve bütünsel bakış açısı dikkate alınarak hareket edilmiştir. Bu hareketler fizyolojik, psikolojik ve sosyo ekonomik refah üzerinde derin bir etkiye sahip olmuştur (Verhoeven vd., 2020, s. 3; Judson, 2020).

Pandemi süresince, devletlerin tüm birimlerinde farklı yön ve şiddette etkilenmeler olmakla birlikte, bu etkilenmenin en büyüğü şüphesiz sağlık sektörü üzerinde olmuştur. Hızla tırmanan Covid-19 pandemisi ile ülkelerin sağlık sistemlerinde yeni değişimler meydana gelmiştir. Ülkelerin bu yeni düzene uyum sağlamak konusunda sıkıntılar yaşadıkları görülmüştür. BBSH ve hastaneler arasındaki organizasyon ve planlama süreçlerinin hızlı bir şekilde değişime uğraması buna bir neden olarak gösterilebilir. Bu değişim sürecinde ülkeler, aynı zamanda toplumun sağlık ihtiyaçlarına yanıt vermeye çalışmıştır (Rawaf vd., 2020, s. 30) Covid-19 virüsü ile özellikle BBSH'nin sunumunda geri dönüşü olmayan değişiklikleri meydana getirmiştir. Bu zorlu dönemde BBSH personelinin almış olduğu risklerde göz ardı edilerek koruyucu ekipmanın yetersizliğine rağmen ön safta çalıştırılmışlardır. BBSH şüphesiz risk gruplarını belirlemek, uyumu izlemek, ihtiyaçlara göre bakım sağlamak ve yeni Covid-19

enfeksiyon vakalarını tespit etmek için bilgi alt yapısını kullanma konusunda önemli bir yere sahiptir (Rawaf vd., 2020, s. 131).

Ülkeler pandemiyin ilerlemesi ile bilimsel açıdan değerlendirilmek üzere geçmiş salgın hastalıklar ile ilgili yapılan çalışmaları dikkate almaya başlamışlardır. 2003 yılındaki SARS ve 2013 yılındaki Ebola salgınından sonra literatürde yayınlanan, ülkelere rehber olacak çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, toplum temelli güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin önemini de vurgulamıştır. SARS ve Ebola ülkelere BBSH'yi güçlendirmek konusunda şans vermiş olsa da her ülkenin bu sürece farklı dahil olduğunu ve pek de hazırlıklı yakalanmadığını söylemek mümkündür (Gülşin 2021, s. 44-45). Birçok ülkede sağlık sisteminin temelini oluşturan Aile Hekimleri (AH) ve Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sağlayıcıları (BBSH) bu mücadelede ilk temas noktası olarak son derece kritik görevler üstlenmişlerdir. Bu kapsamda Covid-19'un birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) ve aile hekimleri (AH) üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ile ülkelerin sağlık sistemine nasıl bir katkısı olduğunun belirlenmesinin literatüre değerli katkıları olacağı düşünülmektedir (Li vd., 2021).

Genel olarak ülkelerin BBSH sisteminin ve personelinin, başvuruda ilk temas noktası olmasına rağmen hazırlıksız yakalandıkları görülmüştür. Koronavirüsün BBSH ve aile hekimliğine etkisini yaşanan değişimler ve yaşanan sorunlar bazında 2 başlık altında incelemek mümkündür. Öncelikle pandemi ile BSSH'de yaşanan değişimlerden bahsedilecektir. Şekil 2'de belirtildiği üzere tele-tıp, filyasyon ve triyaj (temaslı takibi), karantina, evde sağlık bakım hizmetleri gibi uygulamalar yaşanan değişimlerdir (Sutter, 2020, s. 58).

Şekil 2. Koronavirüsün BBSH ve Aile Hekimliğine Etkisi- Değişen Sistem ve Uygulamalar



Kaynak: (Sutter vd.,2020; Li D., 2020; Verhoeven, vd., 2020; Judson, 2020; Gülşin 2021: 44-45; Middelburg ve Rosendal, 2020:96; Judson, 2020; Greenhalgh, 2020; Seuren vd., 2020; Silver, 2021)

BBSH dünyada tele-tıp başlığı altında, telefon, e-posta ve video kapsamında sanal danışmanlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Tele-tıp teknolojisi ileri triyaj olarak kullanılmaya başlamıştır. Birçok ülke yerel sağlık profesyonelinin girişim ve çalışmaları sayesinde telefon, e-posta ve sanal danışmanlığın kullanılmasına ve yaygınlaştırılmasına yardımcı olmuştur. Yüksek enfeksiyon riskinden korunmak için yüz yüze görüşmelerin azaltılması sağlanmıştır. Hekim-hasta arasında görüntülü görüşme yöntemi ile hastaların sağlık arayışlarına yanıt verilebilmesi ile pandemi sürecinin iyi yönetildiği düşünülmektedir. Fakat görüntülü görüşme yönteminin pandemi kaosu olumlu yönde etki ettiği düşünülse de bir şeker hastasının şekerinin kontrol altında olup olmadığını ya da birkaç gün önce başlatılan bir ilacın hasta üzerindeki etkisinin değerlendirmek güçtür (Sutter, 2020, s. 59).

Almanya’da Schafer ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu bir çalışmada pratisyen hekimlerin %33,3 oranında evde karantinada olan hastalara bakmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Pandeminin ilk dalgasında hastaların uygulamaları kullanmak istemedikleri de görülmüştür. Yine aynı çalışmada 3 hizmetin pandemi öncesine kıyasla azaldığı görülmüştür. Huzur evlerindeki sağlık bakım hizmetlerinin %56,6 oranında azaldığı görülmüştür. Bunu %47,6 oranında uzmana yönlendirme, %46,3 oranında check-upların azalması takip etmiştir (Schafer vd., 2021, s. 7).

Bunlara ek olarak bu değişimlerin aile hekimleri ve diğer sağlık personelinin ekip olarak birbirine yakınlaştırdıklarını ve bunun da ekip iletişiminin artması ile sonuçlandığı görülmüştür. Bunun yanı sıra, aile hekimlerinin hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için hekimlerin yaratıcılık özelliklerinin de ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu sonuçlar birkaç çalışma ile de desteklenmektedir (Silver, 2021, s. 160)

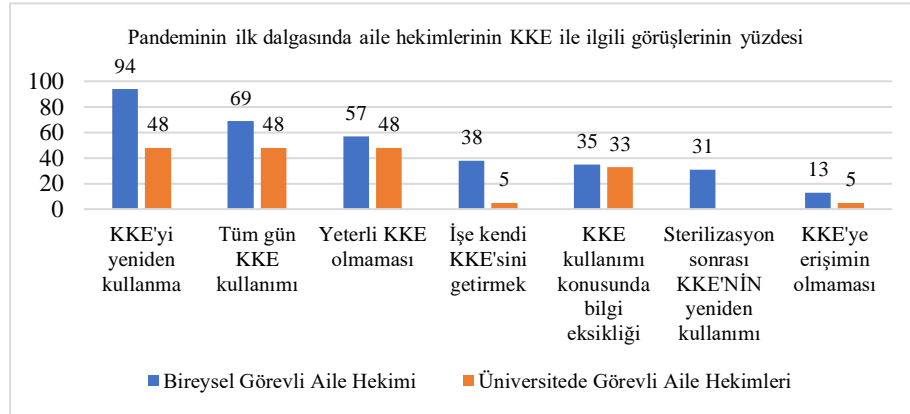
Bu katkılara ek olarak aile hekimlerinin Covid-19’un yayılımını önlemeye yönelik uygulamış olduğu filyasyon çalışmaları önem kazanmıştır. Triyaj semptomatik ve asemptomatik vakaların ayrılması yani temaslı takibinin yapılması açısından önemli bir adımdır. Sahalara yönlendirilen filyasyon ekipleri, temaslı kişilerden numune alarak tanı koyma noktasında etkili olmuşlardır. Özet olarak tüm dünyada BBSH’nin yalnızca hastaların hastanelere olan akışını engellemesinin dışında, Covid-19 temaslı ya da temassız hasta takiplerinin evden yapılması ile hastalığın yayılımının önlenmesinde eşsiz bir yere sahip olduğunu göstermiştir (Sutter vd., 2020, s. 58-60). Enfeksiyon riskinden korunmak için takiplerin telefon triyajı şeklinde yapılması uygun görülmüştür. Bu vesile ile BBSH’de, kişisel koruyucu ekipman (KKE) kaynaklarının kullanımını uygun şekilde değerlendirmek, triyajı yapılmış risk taşıyan hastaları acil servislere yönlendirerek tıkanıklığı önlemek ve risk taşıyan hastaların güvenli ortamda muayenesini yapmak amaçlanmıştır. Ülkeler BBSH’ye enfeksiyon riski olan bir hasta müracaat ettiğinde, hastayı ayrı bir izolasyon odasına alarak işlem yapmıştır. Böylelikle BBSH kurumları için karantina kapsamında ayrı bir karantina bölgesi yaratılarak, diğer hastaların sağlık riskleri için önlem alınmıştır.

BBSH ve aile hekimliği sisteminde Covid-19 pandemisi kapsamında yaşanan sorunlara değinmek yerinde olacaktır. Şekil 3’te belirtildiği üzere hizmet sunumunda ülkeler kişisel koruyucu ve tıbbi ekipman temini (KKE) ve kullanımında gelen zorluklar, yetersiz profesyonel iş gücü, iş yükünün artması, salgının seyri için uygulanan politikalar, enfeksiyona maruziyet, ekonomik sorunlar, görev tanımlarının belirsizliği, değişen sistem ve uygulamalara ayak uydurma, gereksiz yapılan başvurular gibi hususlardan etkilenmiştir.

Şekil 3. Koronavirüsün BBSH ve Aile Hekimliği Sistemine Etkisi-Yaşanan Sorunlar

Kaynak: (Judson, 2020; Greenhalgh, 2020; Seuren vd., 2020; Silver, 2021; Windak vd.,2020; Verhoeven vd., 2020, Grey ve Sanders, 2020; Sutter, 2020; Bernett vd.,2020; Middelburg ve Rosendal, 2020)

Dünya genelinde solunum cihazı, KKE ve insan gücü eksikliği pandemi ile mücadelede yaşanan sorunların en önemlisi olarak ifade edilebilir. Bu dönemde ülkeler dayanışma içinde olup yardımlaşmaya son derece önem verilmiştir. Fakat pandeminin ülkelerarası iş birliği girişimleri, pandeminin ilerlemesi ile sonuçsuz kalmaya başlamıştır. Pandemi de birçok eyalet seyahate kapatılmış, insanların birbirleri ile olan iletişimleri kısıtlanmıştır. Yapılan çalışmalar KKE eksikliğini hem halkın hem de sağlık personelinin ruh sağlığını olumsuz etkilediğini göstermiştir. KKE eksikliği hususunda kendini güvende hissetmeyen sağlık çalışanları olmuştur. Grafik 1’de Amerika’da Awadallah Nida ve arkadaşlarının 2021 yılında yürütmüş olduğu bir çalışma görülmektedir. Bu grafikte aile hekimlerinin KKE ile ilgili görüşlerini bildirmeleri istenmiştir.

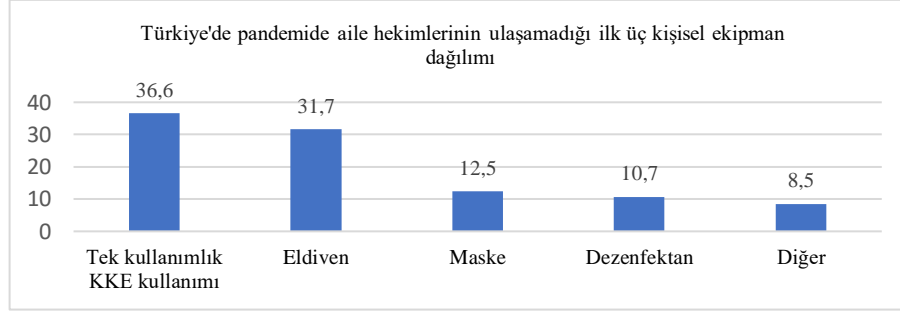
Grafik 1. Aile Hekimlerinin KKE ile İlgili Görüşlerinin Yüzdesi

Kaynak: (Awadallah vd.,2021: i12)

Yapılan bu çalışma, bireysel çalışan aile hekimleri ve üniversite hastanelerinde çalışan aile hekimleri ile yürütülmüştür. Aile hekimlerinin KKE hususunda kendileri güvende hissetmemelerinin üç temel nedeni olarak KKE ekipmanlarının yetersiz olması ve tüm gün ya da birkaç gün boyunca aynı KKE'yi kullanmak zorunda kalmaları olarak ifade etmişlerdir. Bunların yanısıra KKE'yi giyme ve çıkarma tekniği hususunda bilgi eksikliği de kendilerini güvensiz hissetmelerine sebep olan faktörler arasındadır (Awadallah vd., 2021: i13).

Ek olarak Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada ise aile hekimlerine kişisel koruyucu ekipmanları önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin KKE ile ilgili görüşleri önem sırasına göre Grafik 2’de verilmiştir.

Grafik 2. Türkiye’de Pandemide Aile Hekimlerinin Ulaşamadığı İlk Üç Kişisel Ekipman Dağılımı



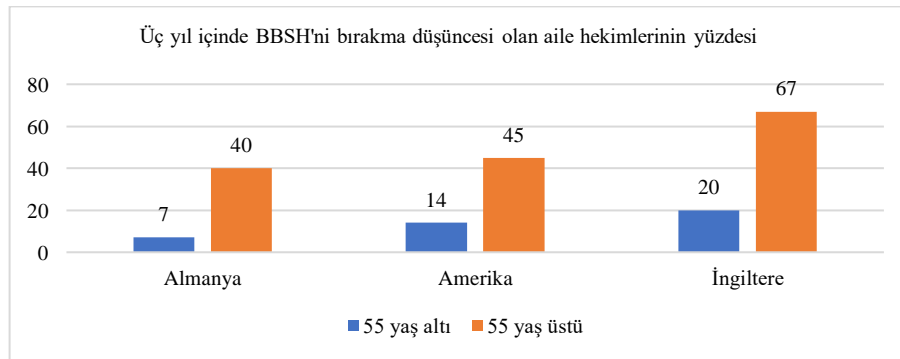
Kaynak: (Taş vd., 2021)

Bu çalışmada aile hekimleri öncelik sırasına göre ilk olarak tek kullanımlık tulum eksiğinin yetersizliğinden bahsetmişlerdir. Bunu eldiven, maske, dezenfektan ve diğer KKE takip etmiştir.

BBSH bünyesinde çalışan yaşlı hekimlerin erken emekli olması ve yaşça küçük olan pratisyen hekimlerin az sayıda olmasından dolayı ise birçok ülke, hekim yetersizliği ile karşı karşıya kalmıştır. Dünyada BBSH’nin sunumu yetersiz profesyonel iş gücünden derin etkilenmiştir. Bu sorun uzun çalışma saatleri ve iş yükünün artması ile içinden çıkılmaz bir hal almıştır (Marmat, 2020). Yapılan bazı çalışmalarda İngiltere ve ABD’de yetersiz olan iş gücünün, aile hekimlerinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmet sunumu üzerinde derin etkiler yaratmasından dolayı nüfus sağlığını etkilediği görülmüştür (Bennett vd., 2020, s. 276).

Yetersiz iş gücü, çalışan hekimlerin gelecekteki meslek ile ilgili düşüncelerini de değiştirmiştir. Almanya, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’de yapılan bir çalışmada kariyer değiştirme ya da erken emekli olma gibi düşünceleri olan hekimlerle karşılaşılmıştır. Grafik 3’te önümüzdeki üç yıl içinde BBSH’yi bırakma düşüncesi olan aile hekimlerinin yüzdesi verilmiştir.

Grafik 3. Mesleği Bırakma Düşüncesi Olan Aile Hekimlerinin Yüzdesi



Kaynak: (Munira vd., 2022)

Ülkelerde yaşayan 55 yaş üstü aile hekimlerinin emekli olma ya da bölüm değiştirme gibi düşüncelerinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Önümüzdeki üç yıl içinde aile

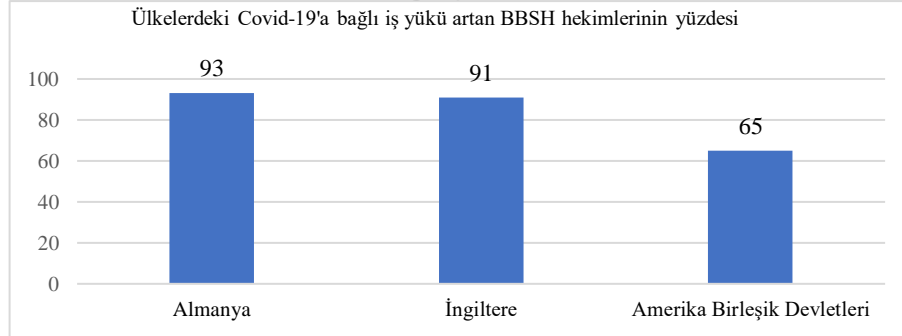
hekimliğini bırakma düşüncesi en yüksek ülkenin İngiltere, en düşük ülkenin ise Almanya olduğu görülmektedir (Munira vd., 2022).

Bu süreçte aile hekimlerine kendi görev ve sorumluluklarının dışında ek sorumluluklar yüklenmiştir. BBSH bünyesinde çalışan sağlık personeli acil bakım, acil servis, hastane ve uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren kurumlarda görev alarak eşsiz bir çaba sarfetmek durumunda kalmışlardır. Rutin görevlerine ek olarak, hekimlere enfekte ve temaslı hastaların evden takibi, semptomatik ve asemptomatik hastaların muayenesi, gerekli sevklerin yapılması, kronik hastaların takibi gibi görevler verilmiştir. Bunun dışında dünyada tele-tıp uygulaması da sisteme dahil edilmeye çalışılmıştır (Işıldar, 2021, s. 13). Covid-19 aşısının bulunması ile bazı ülkelerde aşılama görevi de aile hekimlerine verilmiştir.

Birinci basamak sağlık personeline verilen ek sorumluluklar iş yükünü artırmış olsada, BBSH gelişimine önemli katkıları olmuştur. Hastalara hastalık hakkında gerekli olan bilgi ve beceriyi kazandırmak, hastaların eğitilerek bilinçlendirilmesini sağlamak, hastalığı önlemek hususunda kontrol ve önlemler için çalışmalar yapmak, temaslı hastaların takibini yaparak değerlendirmek ve aile sağlığı merkezlerinin uygun teknoloji ile donatmak gibi katkıları olmuştur. (Elden 2020, s. 41).

Munira ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada Almanya, İngiltere ve Amerika'daki aile hekimlerine Covid-19 salgın yönetiminde eski görevlerine kıyasla iş yükü hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Aile hekimlerinin görüşleri grafik 4'te belirtildiği gibidir.

Grafik 4. Ülkelerdeki Covid-19'a Bağlı İş Yükü Artan BBSH Hekimlerinin Yüzdesi



Kaynak: (Munira vd., 2022)

Grafik 4'e göre Covid-19 pandemisinden bu yana Almanya, İngiltere ve Amerika başta olmak üzere ankete katılan hekimlerin çoğu iş yüklerinin arttığını ifade etmişlerdir (Elizabeth Harry vd., 2021, s. 82; Ewout van Ginneken vd.,2021). Yapılan başka bir çalışmada ise genç yaşta aile hekimlerinin düşünceleri diğer yaş gruplarındaki hekimlere göre, iş yükü artışlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Feng ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, pandemi döneminde iş yükü artan hekimlerin, uyku düzeninde sorunlar yaşayan ve buna bağlı kaygı düzeyi artan hekimler olduğu görülmüştür (Taş vd., 2021, s. 780).

Hastalığın seyrinin belirsiz olmasından dolayı ülkelerin yanlış uyguladıkları politikalar pandemiyi seyrini olumsuz yönde etkilemiştir. Sağlık hizmeti sunucularının ve politika yapıcıların etkili bir şekilde sistemi yönetememesi, temeli kanıta dayalı olmayan kararlar alması, pandemiyi diğer ülkelere hızlıca yayılmasına neden olmuştur. Dolayısıyla ile pandemi tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin de yeniden gözden geçirilmesine vesile olmuştur (Bingül vd., 2020, s.192). Yapılan bir çalışmada uygulanan ulusal Covid-19 stratejileri, tele-tıp teknolojisinin kullanılmasına ve mevcut görevin değişimine çağrı şeklinde

olmuştur. Bazı ülkeler bu çağrıya rağmen yeterli finansman ve iş gücü sağlayamadıkları için süreci sıkıntılı geçirmişlerdir. Covid-19 pandemisi ile gelen sıkıntılı günlerin aslında yeni fırsatlar doğuracağı düşüncesi de hâkim olmuştur. Hükümetler bu süreci halk sağlığı politikalarını uygulamak için bir fırsat olarak değerlendirmişlerdir. Covid-19 pandemisi BBSH'nin halk sağlığı için önemini göstermiş ve eşsiz bir politika penceresi açmıştır.

2.1. Covid-19 Pandemisinin Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkisi

Salgının giderek yayılması ile tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de BBSH üzerinde ortak etkileri olduğunu söylemek mümkündür. Fakat her ülkenin coğrafi konum, siyasi ve politik olarak farklı olduğunu ve buna bağlı olarak birtakım farklılıklar olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Türkiye’de enfeksiyonun kontrol edilmesinde ve önlenmesinde Bilim Kurulu’nun önemi büyüktür. Pandemi ilerlerken Bilim Kurulu toplantılarında aile hekimlerine yer verilmemesi dikkat çeken hususlar arasındadır. Ayrıca aile sağlığı merkezlerinde süreç yönetimi hususunda herhangi bir bilgilendirme rehberde yer almamıştır. Bu kapsamda pandemi koşulları göz önünde bulundurularak sürecin dışında kaldığı düşünülen AH’leri için Türk Tabipler Birliği çalışma başlatmış ve AH’lerin sürece dahil olmaları sağlanmıştır. Buradan hareketle Bilim Kurulunun desteği ile süreç işleyişi hususunda Covid-19 Salgın Aile Sağlığı Merkez Rehberi yayınlanmıştır. Bu rehber, triyaj kuralları, gebe, yaşlı ve çocuklar için randevu saat planlamasına geçilmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerini aksatmadan hizmet sunumunun gerçekleştirilmesine yönelik bir rehberdir. Bu rehberin amacı hasta, hekim ve diğer sağlık personelinin mümkün olabildiğince temas etmeden, tanı, tedavi ve uygulamalarını yürütebilmektir (Özder, 2021, s. 429).

Türkiye BBSH’ye gelen değişimler kapsamında filyasyon ve triyaj uygulamaları pandemi yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Bu kapsamda, yürütülen faaliyetlerin etkili ve titiz bir şekilde uygulandığı görülmüştür. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı pandemi ile mücadelede son derece titiz çalışmıştır. Hastalığın kaynağının tespiti, temaslıların takibi ve izolasyonu için İl Sağlık Müdürlükleri (İSM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile koordineli olarak filyasyon yöntemleri uygulanmıştır. Filyasyon ekipleri olası bulaş riski bakımından değerlendirme yaparak kaynağın tespit edilmesine ve korunma yöntemleri hususunda bilgilendirme yapmışlardır. Tüm bunların akabinde pandeminin kontrol edilmesi ve engellenmesinde ilk temas noktası olması yönünden önemlidir (Samancı, 2021, s. 392; Özder, 2021, s. 428-430).

Ülkemizde de bazı ülkelerde olduğu gibi basamaklar arası sevk sisteminde ortak sorunlar yaşanmıştır. BBSH ile diğer basamaklar arasında koordinasyonda belirsizlikler açığa çıkmıştır. Pandeminin patlak vermesi ile hastanelere yoğun bir şekilde başvuru yapılmıştır. Yapılan müracaatların artması sebebi ile hastaneler hasta kabulünü kısıtlamaya başlamıştır. Bu kısıtlamalar, bireylerin aile hekimlerine başvuru yapmalarına neden olmuştur. Çözüm olarak ASM’lerde gebe-bebek-çocuk izlemi ve aşıların uygulanması için randevu sistemi uygulamaya konmuştur. Böylelikle hastaların BBSH’ye randevu ile müracaat etmesi sağlanmıştır. Hastanelere olan başvuru yoğunluğunu azaltabilmek için Sağlık Bakanlık’ı, ilk müracaat yerlerinin aile hekimlikleri olması gerektiğini duyurmuştur. Fakat ASM’lere fiziksel

başvuru sayısının artmaması için aile hekimlerinin rutin görevlendirmelerin dışında temaslı ya da temassız hasta takibi konusunda düzenlemeler getirilmiştir (S.B., 2020)

Ülkemiz açısından bir diğer husus ise ASM'lerin fiziki koşullarının yetersiz olduğu yönündedir. Ülkemizdeki ASM'lerin fiziki koşullarının pandemi gibi enfeksiyon riski yüksek bulaşıcı hastalık koşullarında yönetimin zor olduğu görülmüştür. ASM'lerdeki bekleme alanlarının sosyal mesafeye uygun olmaması, enfeksiyonun ortam yüzeyinde ve havasında dolaşmasını engellemek için yeterli havalandırma sisteminin olmaması, gebe, bebek, aşılama ve şüpheli hastalarının girişlerinin aynı yerden yapılması gibi sorunların fiziki koşullar için uygunsuz olduğu tespit edilmiştir (Gülşin, 2021, s. 28-29). Özceylan ve Kolcu'nun 2020'de yürütmüş olduğu bir çalışmada pandemi sürecinde bazı ASM'lerde fiziksel koşullar ve personel sayılarına göre etkin bir şekilde triyajlama yapılırken bazılarında ise fiziksel koşullar ve personel sayısının yetersiz olmasından dolayı triyajlama yapılamadığı tespit edilmiştir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de BBSH'ye ve aile hekimlerine rutin görevlerinin dışında benzer ek görevler yüklenmiştir. Aile hekimleri özellikli izlemler yapmak konusunda görevlendirilmiştir. Özellikli izlemler kapsamında yurt dışından giriş yapanların test sonuçları ve süreç içindeki takiplerin yapılması, cezaevinden çıkan kişilerin takibi, şehirlerarası seyahat eden kişilerin ve 65 yaş üstü bireylerin sağlık durumlarının takip edilmesi, günlük telefon görüşmeleri ile hasta takibi ve bunların kayıt altına alınması, fiyasyon çalışmalarına katılma ve çeşitli raporlar düzenlemek gibi ek görevler verilmiştir (Türkili vd., 2021, s. 354-355). Bu izlemler telefon aracılığı ile takibin sağlanamadığı durumlarda evlere ziyaret şeklinde yapılmıştır. BBSH sağlayıcıları tatil günleri de dahil olmak üzere Covid-19 pandemisinin kontrol altına alınması için çalışmışlardır (Gülşin, 2021, s. 28). Ek görevlendirmelerin verilmesi ile ülkemizde de insan gücü eksikliği sorunu ortaya çıkmıştır. Bu eksiklik hem aile sağlığı merkezlerinde hem de il sağlık müdürlüklerinde daha çok hissedilmiştir. Özellikle sahada görev alan fiyasyon ekiplerinin düzenlenmesi aşamasında sahada insan gücüne daha çok ihtiyaç doğmuştur. İhtiyaç duyulan birimlere personel görevlendirilmesi yapılarak sorun ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Rutin olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin devamlılığı esas alınmış olsa da yoğunluğun ve bulaş riskinin önlenmesi için rutin laboratuvar tetkikleri ve kanser taramaları ertelenmiştir. Bu nedenle meme kanseri, otizm, akciğer ve prostat kanseri taramalarında belirgin bir şekilde azalma görülmüştür. Süreç yönetimi düzenlendikten sonra ASM'lere yapılan başvurularda azalma olduğu değişik çalışmalarda belirtilmiştir (Güler ve Topuz, 2020, s. 147-150). Türk Tabipler Birliği Aile Hekimliği'nin yapmış olduğu bir çalışmada Covid-19 hastası olup ateş, bulantı, ağrı, sonuç bilgisi öğrenme gibi belirtileri olan hastaların aile hekimine telefonla ulaşma oranı %86 iken, ASM'ye bizzat müracaat oranı %23 olarak tespit edilmiştir. Anket sonuçlarına göre Covid-19 hastalığını evde geçiren hastaların sorunlarla başa çıkmada sıkıntı yaşadıkları görülmüştür (TTB, 2020).

Pandemi sürecinde BBSH'de uygulanan politikaların sürecin kontrol altına alınmasında önemli olduğunu söylemek mümkündür. Uygulanan politikalar dijital uygulamaların sağlık alanında kullanımı, bireyin sağlık öz sorumluluğunun geliştirilmesi, esnek mesai uygulaması, personele ek mesailerine karşın ek ödemelerin yapılması, Covid-19 durum raporu ve ulusal bilgilendirme, uygulanan kısıtlamalar ve yasaklar, Covid-19 hasta izlemi, raporlar, Covid-19 testlerinin yapılması ve planlanan organizasyon gibi politikalardır. Planlanan organizasyonlar

aşamasında pandemi hastanelerinin oluşturulması, kaynağın ve temaslıların tespiti, filyasyon sisteminin uygulanması, Covid-19 için hazırlanan rehberler olarak ifade edilebilir (Öğünç, 2020, s. 48; TAHUD, 2020; İşlek vd., 2020, s. 57). Pandeminin ilerlemesi ile Sağlık Bakanlığı liderliğinde, İçişleri Bakanlığı, Koronavirüs Bilim Kurulu, Toplum Bilimleri Kurulu, İl Hıfzıssıhha Kurulları ve belediye aktörlerinin katılımının sağlanması ile çok sayıda politika ve faaliyet etkin bir şekilde sürdürülmüştür (S.B., 2020, s. 12).

Fakat ek görevlendirmelerin verilmesi ile AH'lerin ek ödeme isteği konusu gündeme gelmiştir. AH rutin işleyişleri de dahil olmak üzere iş yükü arttığından dolayı ek ödeme talep etmişlerdir fakat uzun bir süre bu konu gündemde tutulmuş olsa da gerçekleştirilememiştir (TTB, 2020). Artan iş yüküne ek olarak kişisel koruyucu ekipmanların yetersiz olması ve erişim sıkıntısı, zatürre aşularının yapılması, görev tanımlarında yapılan sürekli ve ani değişimler yaşanması hastalık izinlerinde yapılan maaş kesintileri, BBSH'lerin fiziksel yapıları (sosyal mesafe şartlarına uygunluğu), sürekli değişen sistem ve uygulamaların süreci olumsuz etkilediği görülmektedir (Türkili vd., 2021, s. 355).

İlerleyen zamanlarda hizmet veriminin etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayan faktörlerin düzenli bir şekilde uygulanması ile süreç kontrol altına alınmıştır. BBSH'lerde özel gün ve saat uygulaması, gebe/bebek çocuk izlemlerine verilen önem, izole alanların sağlanmış olması, triyaj sistemi, MHRS ile aile hekimliğinden randevu sağlanması, İzlem, Aşı ve taramaların takibinin ertelenmemesi gibi faktörler sistemi işlenir hale getirmiştir (Öğünç, 2020, s. 49).

2.2. Covid-19 Pandemisinin Dünyada Aile Hekimleri Üzerine Etkileri

Tüm dünyada ortak olarak hissedilen ve yaşanan sorunlar kapsamında pandemi ile mücadelede ön safta yer alan aile hekimlerinin fizyolojik, psikolojik ve ekonomik boyutlardan etkilendiği ve bu boyutlar üzerinde çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu başlıkta Covid-19 pandemisinin aile hekimleri üzerindeki fizyolojik, psikolojik ve ekonomik etkisine değinilecektir.

Şekil. 4 Covid-19 Pandemisinin Aile Hekimleri Üzerindeki Etkisi

Fizyolojik Etkiler	Psikolojik Etkiler	Ekonomik Etkiler
<ul style="list-style-type: none"> • İş yükünün artması • KKE yetersizliği ve hakkında bilgi eksikliği • Virüse maruz kalınması • Malpraktis • Enfeksiyonu kontrol etmede güçlük • Şiddet 	<ul style="list-style-type: none"> • İş stresi • Duygusal tükenmişlik • Duyarsızlaşma • Depresyon • Ansiyete(Kaygı) • Ölüm Korkusu • Damgalama • İntihar 	<ul style="list-style-type: none"> • Devam eden maliyet ve ek gider • Gelir kaybı

Kaynak: (Kaya, 2020; Lai, 2020; Yakut, 2020; Kisely, 2020; Shigemura vd, 2020; Huang, 2020; Domey, 2010; Imai,2010; Gülşin ,2021; Song, 2017; İşildar, 2021; Khalid vd.,2016; Chen vd., 2019; Limcaoco vd.,2020; Zhang vd., 2020; Feng, vd., 2020; Lin vd., 2007; Bonerjee ,2020; Adams ve Walls, 2020; Singhal 2019; Limcaoco ve diğerleri, 2020; Zhang vd., 2021; Elbay ve ark, 2019; Akça vd., 2022: 185).

Hızla artan vaka sayıları ve yayılımı engellemek için alınan önlemler toplumun tüm kesimlerinde olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlerini de derinden etkilemiştir. Pandemi süresince de çalışanlardan bu faktörlerden kaynaklı iyi bir performans beklenmeyeceği de açıkça belirtilmiştir. (Türkili vd., 2020, s. 350). Covid-19 pandemisi ile

AH'nin iş yükünün artması, KKE yetersizliği ve KKE hakkında bilgi eksikliği, virüse maruz kalma, enfeksiyonu kontrol etmekte güçlük, malpraktis ve şiddet gibi fizyolojik unsurlardan etkilendiği görülmektedir.

Şekil 5. Covid-19 Pandemisinin AH Üzerine Etkileri (Fizyolojik Etkileri)



Kaynak: (Kaya, 2020; Lai, 2020; Yakut, 2020; Kisely, 2020; Shigemura vd., 2020; Huang, 2020; Domey, 2010; Imai, 2010; Gülşin, 2021; Song, 2017; Işıldar, 2021; Khalid vd., 2016; Chen vd., 2019; Limcaoco vd., 2020; Zhang vd., 2020; Feng, vd., 2020; Lin vd., 2007; Bonerjee, 2020)

İlk olarak Covid-19 pandemi döneminde yapılan çalışmalarda iş yükünün artması BBSH ve AH'ni olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Salgının ilk dalgası ile AH'nin çalışma saatlerinin uzaması, gereğinden fazla iş yüklenmesi, personel eksikliğinden kaynaklı hasta takibinin sayısının artması hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan yüklenen ek sorumluluklar, zaman baskısı gibi faktörler sağlık personelini etkilemiştir (Mete ve Değer, 2020; Yakut, 2020, s. 243). Bu faktörlerin kişisel koruyucu ekipman yetersizliği, sosyal destekten uzak kalma, sağlıkta şiddet, ekonomik problemler yaşanması, sağlık personeli ve yakınlarını kaybetme, aşılama adaletsizlik, malpraktis gibi unsurlardan etkilenilmesi sonucu açığa çıktığı tespit edilmiştir (Kaya, 2020, s. 123-124; Arpacıoğlu vd., 2021, s. 88).

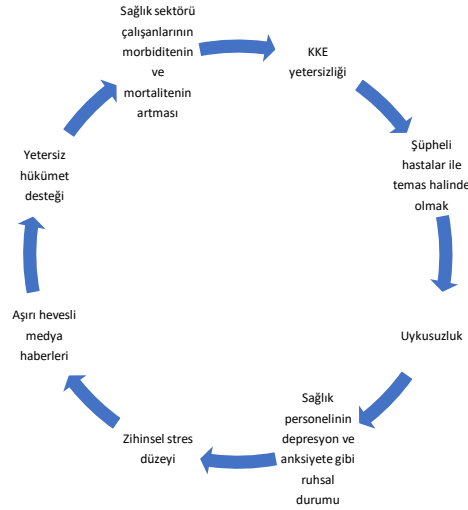
Hızla tükenen KKE, ulusal karantinaların uygulanmaya başlaması, bazı ülkelerin KKE kullanımında bencil davranması KKE kıtlığına yol açmıştır. KKE'ye kolay erişim sağlanmayan aile hekimleri üzerinde yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon görüldüğü tespit edilmiştir (Kisely, 2020, s. 369; Morgantini, 2020). Zhang ve arkadaşlarının 2020'de yapmış olduğu çalışmada koruyucu ekipmanlara ulaşım sıkıntısı çekmeyen AH'lerinin hem fiziksel sağlığı iyileştirdiği hem de iş tatmini sağladığı ve sağlık çalışanları arasında daha az sıkıntıya yol açtığı ortaya çıkmıştır (Zhang vd., 2020).

Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan personelin en büyük riski semptomatik ya asemptomatik hastalar ile temas ederek virüse maruz kalmaları olmuştur. Rutin bakımları 15-49 yaş kadın takibi, yeni doğan çocuk-ergen takibi, gebe ve lohusa izlemi, kronik hastalıkların takibi ve tüm bunların dışında Covid-19 ile enfekte olmuş hastaları ve bu hasta grubunun karşılaşmasını engelleme mücadelesi BBSH ve AH'ni olumsuz etkilemiştir. Daha önce bu konuda deneyim sahibi olmayan sağlık personeli süreci yönetme noktasında sorun yaşamıştır. Çalıştığı kurumda KKE eksikliğinden dolayı virüse yoğun maruz kalan BBSH ve AH'lerinin olumsuz yönde etkilendiği ortaya çıkmıştır (Jin, 2020, s. 24). Bunun yanısıra sağlık çalışanları

hastaları korumaya çalışırken kendilerini ve ailesini de korumak zorunda olduğu için çoğu zaman izole alanlarda yaşamaları gerekmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları evlerinden uzak kalarak, yaşamlarını devam ettirmek zorunda kalmışlardır. Bu da sağlık personelinin sosyal yaşamdan uzak tutmuştur.

Covid-19 virüsü ortaya çıktığı tarihten itibaren kontrolsüz ve agresif bir biçimde yayılımını sürdürmüştür. Enfeksiyonun kontrol edilmesi için sürekli medyada yer alan haberlerin takibi yapılarak sürecin atlatılması sağlanmıştır. Fakat tüm çabalara rağmen enfeksiyonu kontrol etmek mümkün olmamıştır. Sağlık personeli titiz bir şekilde el hijyeni, yüzey dekontaminasyon ve evrensel önlemlere odaklanmaya çalışmıştır (Adams ve Walls, 2020; Singhal 2019). Enfeksiyonun kontrolünü zorlayan nedenler aşağıda belirtildiği gibidir.

Şekil 6. Covid-19 Enfeksiyonu Kontrol Etmekte Zorlayan Nedenler



Kaynak: (Adams ve Walls, 2020; Singhal 2019; Limcaoco ve diğerleri, 2020; Zhang vd., 2021; Elbay ve ark, 2019).

Literatürde yapılan çalışmalara göre KKE yetersizliği, şüpheli hastalar ile devamlı temas halinde olmak, uykusuz kalmak, sağlık personelinin psikolojik olarak iyi hissetmemesi, hasta ve toplumun yüksek derecede stresli olması, medya haberlerinden kaynaklı bilgi kirliliği, hükümetlerin destek vermemesi ve sağlık çalışanlarının ölüm oranlarının artması gibi unsurlar enfeksiyonun kontrol edilmesinde süreci zorlayan unsurlar olarak görülmektedir.

Malpraktis, ASM'lerde hekimlerin sadece telefonla ilaç reçete etmeleri hekimler arasında endişe yaratmıştır. Bu endişenin nedeni hastayı muayene etmeden tedavi yöntemi sunması ve yöntemin doğruluğu konusunda yaşanan endişe olmuştur (Gülşin, 2021, s. 134). ASM'de çalışan hekimler özellikle COVID-19 hastalığı için ilaç başlama konusunda endişeli olduklarını, ASM doktorları ise en çok tele-tıp yöntemi ile hastayı görmeden muayene etmeden sadece beyana dayanarak ilaç yazma konusunda malpraktis endişesi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. (Domey, 2010, s. 36; Imai, 2010, s. 672).

Covid-19 pandemisi ile mücadelede AH üzerine ciddi bir sorumluluk düşmüştür. Bu süreçte sağlık personeli en fazla çalışan, yorulan ve yıpranan meslek grubu olarak anılmıştır. Bu süreçte ruhsal açıdan da önemli ölçüde yıpranmışlardır. Yakınlarını kaybetme korkusu yaşayan hatta kaybeden, virüsü ailesine taşıma korkusu yaşayan sağlık personeli üzerinde ruhsal açıdan derin yaralar bıraktığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla pandemiler sağlık

personelini ruhsal açıdan yıpratarak personel üzerinde yeni psikiyatrik rahatsızlıklar ile karşılaşılmasına da neden olabilmektedir. Pandemi döneminde bazı ülkelerde sağlık personelinin intihara varan girişimlerde bulunduğu da görülmüştür. Covid-19 pandemisinin ölümcül etkisinin bitmesine rağmen sağlık personeli üzerinde yarattığı travmanın etkisinin devam ettiği birçok çalışmada görülmüştür (Holmes ve ark., 2020). Bu çerçevede sağlık personelinin üzerine psikolojik etkiler kapsamında Covid-19 pandemisinin iş stresi, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, damgalanma ve intihar gibi psikolojik boyutlardan etkilendiği görülmektedir.

Şekil 7. Covid-19 Pandemisinin AH Üzerine Etkileri (Psikolojik Etkileri)



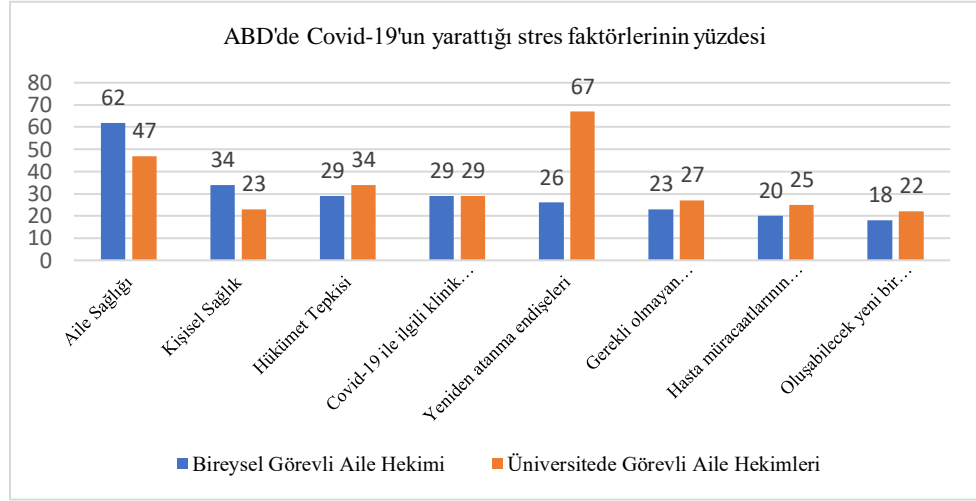
Kaynak: (Kaya, 2020; Lai, 2020; Yakut vd., 2020; Kisely S., 2020; Shigemura vd., 2020; Huang, 2020; Domey, 2010; Imai, 2010; Gülşin, 2021; Song, 2017; Işıldar, 2021; Khalid vd., 2016; Chen vd., 2019; Limcaoco vd., 2020; Zhang vd., 2020; Feng, vd., 2020; Lin vd., 2007; Bonerjee, 2020; Munira, 2022; Bapista vd., 2021; Awadallah, 2021)

Literatürde AH'yi etkileyen psikolojik boyutlar üzerinde çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu boyutların, Covid-19 virüsü hakkında bilgi eksikliği, KKE yetersizliği ve kullanımında yaşanan sıkıntılar, enfeksiyonu önlemede bilgi eksikliği, hastalar ile uzun süreli temas halinde olma, uzun çalışma saatleri ve iş yükünün artması gibi fizyolojik unsurların ruh sağlığını etkilediği görülmektedir (Atkinson, 2020, s. 3-5; WHO, 2020). Baptista ve arkadaşlarının (2021) BBSH'de görev yapan aile hekimleri üzerine Portekiz'de yapmış oldukları çalışmada (kişisel, iş ve hasta ile ilgili) çalışanların tükenmişlik düzeyleri, dayanıklılık, stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde yer alan bilgiler ışığında bu etkiler ülkeler bazında incelenmiş olup özet tablosu verilmiştir. Ardından ülkeler bazında yapılan çalışmalar grafiksel olarak değerlendirilmiştir.

Awadallah ve arkadaşlarının 2021'de ABD'de yürütmüş olduğu bir çalışmada Covid-19 pandemisinin yarattığı stres faktörlerinin yüzdesi grafik 5'te verilmiştir. Grafik 5'e göre bu çalışma bireysel ya da üniversitede görevli BBSH aile hekimlerini içermektedir. Üniversite hastanelerinde görevli aile hekimlerinin yeniden atanma endişesi en yüksek seviyede görülmüştür. Hekimlerin çalışma saatlerinin artması, izin günlerinde hastaneye çağırılmaları, izin günlerinin iptal olması gibi endişeler yaşadığı görülmüştür. Üniversitedeki aile hekimleri yeniden ortaya çıkacak bir pandeminin patlak vermesi halinde kendilerini hazır hissetmediklerini belirtmişlerdir. Bireysel görevli aile hekimleri hem toplumun hem de kendi yakınlarının sağlığından yüksek seviyede endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Buna karşın

ortaya çıkabilecek yeni bir dalgaya karşı hazır olmadıklarını ve buna bağlı olarak endişe duydukları açığa çıkmıştır.

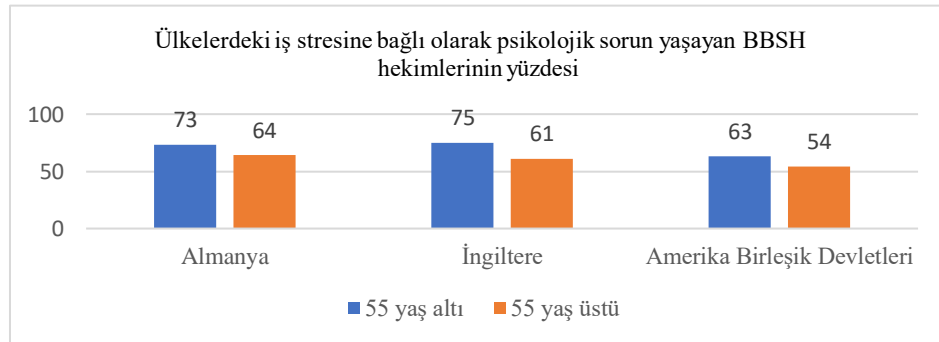
Grafik 6. ABD’de Covid-19’un yarattığı stres faktörlerinin yüzdesi



Kaynak: (Awadallah vd., 2021)

Munira ve arkadaşlarının Almanya, İngiltere ve ABD’de yapmış oldukları çalışmada iş stresine bağlı psikolojik sorun yaşayan BBSH ve aile hekimlerinin yüzdesi grafik 6’da belirtilmiştir. Grafiğe göre 55 yaşının altında İngiltere’de yaşayan BBSH hekimlerinin diğer ülkelere oranla daha yüksek düzeyde psikolojik sorun yaşadığı görülmektedir. ABD ise sıralamada en düşük sırada yer almıştır.

Grafik 7. Ülkelerdeki iş stresine bağlı olarak psikolojik sorun yaşayan BBSH hekimlerinin yüzdesi

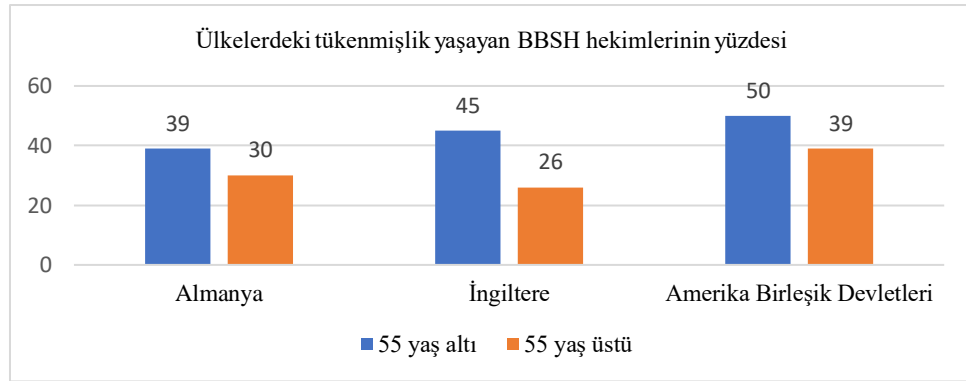


Kaynak: (Munira vd., 2022)

Dünyada BBSH personeline filyasyon, evde hasta takibi, çeşitli raporların aile hekimliklerinde düzenlenmesi, zatüre aşularının yapılması gibi ek görevler tanımlanmıştır. Pandeminin bireysel olarak yüklediği ek görevlerin yanısıra, artan iş yükü, KKE erişiminde yaşanan aksaklıklar, enfeksiyon etkenine maruz kalma, meslektaşlarının hastalanmasına ve ölümüne tanık olma, ekonomik problem yaşamaları gibi ek zorluklarla da mücadele etmişlerdir (Işıldar H., 2021, s. 13). DSÖ kendisi ile süreci yöneten ortak kuruluşlar ile yaptığı bir açıklamada, sağlık

personelinin iş yükünün artırdığını, stres ve yorgunluk sebebi ile tükenmişlik hissettiğini belirtmiştir (DSÖ, 2020). Munira ve arkadaşlarının yapmış olduğu ülkelerde, tükenmişlik yaşayan 55 yaş altı ve 55 yaş üstü BBSH hekimlerinin yüzdesi grafik 7’de verilmiştir. Grafik 7’ye göre diğer ülkelere kıyasla ABD’de çalışan her iki yaş grubunda BBSH hekimlerinin yüksek düzeyde tükenmişlik duygusu ile karşı karşıya kaldığı görülmüştür.

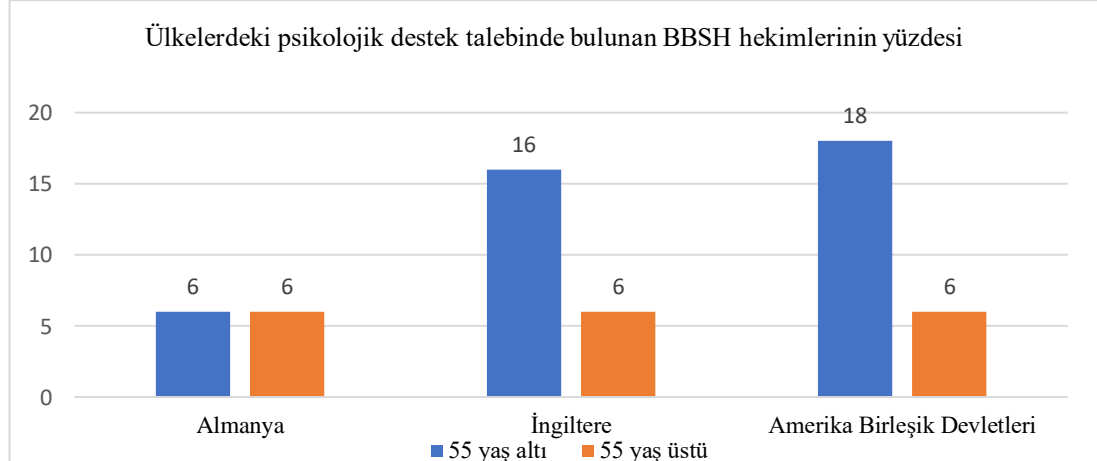
Grafik 8. Ülkelerdeki tükenmişlik yaşayan BBSH hekimlerin yüzdesi



Kaynak: (Munira vd., 2022)

Munira ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada salgın sırasında ülkelerde psikolojik destek talebinde bulunan BBSH hekimlerin yüzdesi grafik 8’de verilmiştir. Grafığe göre Amerika Birleşik Devletleri’ndeki 55 yaşının altında olan aile hekimlerinin psikolojik destek alma isteklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Grafik 9: Ülkelerdeki psikolojik destek talebinde bulunan BBSH hekimleri yüzdesi



Kaynak: (Munira vd., 2022)

Aile hekimlerinin pandemi öncesi döneme göre kaygılarının arttığı ve bu artışın ruh sağlığını olumsuz etkileyerek, personeli enfeksiyon ile mücadelede zorladığı görülmüştür. Buna binayen izolasyon, sosyal mesafe, karantina, seyahat kısıtlamaları, sosyal medyadaki bilgi kirliliği, bilgi eksikliği gibi nedenlerden dolayı personelin kaygı ve endişesini artırdığı tespit

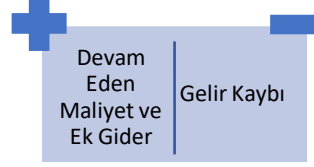
edilmiştir (Bonarjee, D., 2020, s. 50). Özellikle sağlık personeli enfeksiyonu ailelerine, arkadaşlarına ve meslektaşlarına bulaştırma korkusundan dolayı endişe yaşamışlardır.

Personelin Covid-19 pandemisi ile ilgili korkuya yakalanmalarında hastalığın enfeksiyon hızı ve hastalığa yakalanma süreci içindeki ölüm korkusu ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Yakut vd., 2020, s. 245). Çin’de Covid-19 pandemisinin pik yaptığı dönemde toplam 1716 sağlık personelinin enfekte olduğu bilgisi verilmiştir (Lai, 2020). García-Reyna ve arkadaşlarının (2020) Covid-19 korkusu ile ilgili çalışmasında, cinsiyet, yaş ve bölüm değişkenlerine bağlı olarak kadınların erkeklere kıyasla, çalışma birimi açısından hemşirelerin diğer çalışanlara göre Covid-19 korkusunun daha yüksek seviyede olduğunu tespit etmişlerdir.

Covid 19 enfeksiyonunun bulaşma ihtimali açısından yalnız Türkiye’de değil pandeminin etkilediği birçok ülkede damgalama, ayrımcılık, ırkçılık gibi sosyal sorunlar açığa çıkardığı görülmüştür. Bu sorun özellikle sağlık çalışanları üzerine neredeyse yapışmış bir sosyal sorun haline gelmiştir. Kalabalık ortamlardan kaçınılması, hasta müracaatlarının azalması gibi davranışlar sağlık çalışanlarının enfeksiyon taşıdığı düşüncesi ile yapılmaktadır (Yılmaz vd., 2021, s. 50). Sağlık çalışanları ön cephede mücadeleye etmeye çalışırken çok ağır olaylarla karşı karşıya kalmıştır. Ev sahiplerinin sağlık çalışanına ev kiralamak istememesi, toplumun dolmuş ve otobüslerde sağlık çalışanları ile yolculuk yapmak istememesi, apartman sakinlerinin merdivenlere yazılar asması gibi durumlar yaşanmıştır. Çocuğunu kreşe ve okula bırakan sağlık çalışanlarına yönelik tutum ve davranışlar sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir (Oğan, 2021, s. 359). Yapılan çeşitli çalışmalarda pandemi döneminde toplum tarafından risk taşıdığı düşünülen sağlık personelinin ruhsal açıdan olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Kisely, 2020; Shigemura vd., 2020, s. 281). Yine Huang’ın yapmış olduğu bir çalışmada ailesinden sosyal destek almadan izole yaşamak zorunda tutulan sağlık personelinin ruhsal açıdan tehdit altında olduğu tespit edilmiştir (Huang, 2020, s. 194). Bu süreçte ABD’de ve Kanada’da yapılan bir çalışma, topluma sağlık çalışanlarının damgalanmasına yönelik bir anket uygulanmıştır. Bu ankete katılanların dörtte birinden fazlası, sağlık çalışanlarının toplumdan uzak tutulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların üçte birinden fazlası, enfeksiyon kapma korkusu ile sağlık çalışanlarından olabildiğince uzak durmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu ankete göre bu kişilerin toplumdan, eczanelerden ve alışveriş merkezlerinden de kaçınma eğiliminde olan kişiler olduğu tespit edilmiştir (Taylor vd., 2020, s. 75).

Son olarak pandemi nedeniyle aylardır evine gitmeyen, izinsiz çalışan, her türlü psikolojik ve fizyolojik şiddetle karşılaşan bazı sağlık çalışanları hastalıkla mücadele etmek istememişlerdir. Covid-19 hastalığının getirdiği psikolojik sorunların en kötüsü bir çalışanın hayatını kaybetmek istemesidir. Türkiye’de olmak üzere birçok ülke, sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunması ile karşılaşmışlardır (Oğan, 2021, s. 359).

Küresel çapta bir salgın haline gelen koronavirüsün ekonomik etkileri de görülmektedir. İnsanların sağlığını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere Covid-19’un ekonomik etkisi göz ardı edilmemelidir (Rozai vd., 2020, s. 2). Şekil 8’de Covid-19 pandemisinde aile hekimlerinin ek giderlerinin sürekli artmasına rağmen ek bir gelir sağlayamadıkları görülmektedir.

Şekil 8. Covid-19 Pandemisinin AH Üzerine Ekonomik Etkileri

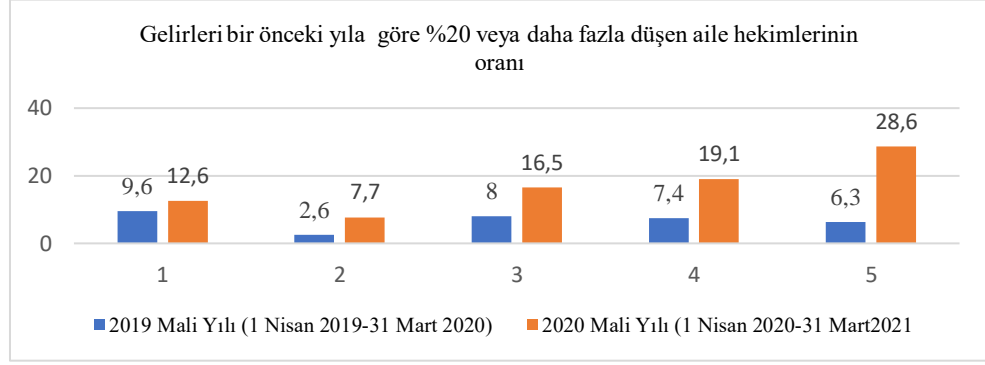
Kaynak: (Peterson ve Walker, 2022:349; Melissa vd.,2021; CBC News; Razai vd., 2020: 2; Aslan ve Yalçın., 2021:96; Kalkın ve Erdem, 2021; Zhang vd.,2020:2; Tolbert, 2020)

Covid-19 pandemisine karşı ülkeler ekonominin kötüye gitmesi ile önlemler almaya başlamışlardır. Pandemi, sağlık harcamalarının büyük ölçüde artmasına neden olmuştur. Sağlık sistemine yüklenen maliyetler, tıbbi malzeme ihtiyacının artması, tedarikçi ve üretimde endüstriyel müdahale gibi faktörler maliyetlerin artmasına örnek gösterilebilir (Tosunoğlu ve Kasal, 2020, s. 37). Tedbirler kapsamında kısıtlamaların artması, hasta müracaatlarının azalması, ekonomide gerilemenin başlaması, işletmelerin küçülmeye gitmesi, çalışanların ücretsiz izne çıkarılması, işsizlik oranlarının artması küresel düzeyde ekonomik bir sorun teşkil etmiştir (Aslan ve Yalçın, 2021, s. 96; Köten, 2021, s. 175; Kalkın ve Erdem, 2021; Peterson ve Walker 2022, s. 349).

Türkiye’de olduğu gibi dünya genelinde hedeflenen sağlık önlemleri aile hekimleri için de ek ilave prim, ek aylık maaş, tüm hanelere maske sağlanması gibi önlemler olmuştur (Baldwin ve Mauro, 2020, s.27-28). Devam eden maliyetlerin ve ek giderlerin sürekli artmasının aksine sağlık çalışanları gelir kaybına uğramıştır (Aslan ve Yalçın, 2021: 96). Almanya Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) Ulusal Araştırma Ağı ve Robert Graham merkezi araştırması sonucuna göre hasta müracaatlarının azalmasının gelirlerin azalmasının bir sonucu olduğunu duyurmuşlardır. Aynı zamanda aile hekimleri tele-tıp uygulaması, KKE, dezenfektan gibi ekipmanlar için ceplerinden harcama yapmak zorunda kalmışlardır (Melissa vd., 2021). Aile hekimleri gelirlerin düşmesi ile finansal olarak gerginlik yaşamaya başlamışlardır. Ülkelerde hasta ziyaretlerinin azalması ve rutin işlemler olan aşılama, akut bakım, diğer hastalıkların yönetimi gibi faaliyetlerin gerçekleştirilememesi nedeni ile gelir elde edememişlerdir. Bazı ülkelerde tele-tıp uygulaması ile yapılan görüşmelerin yüz yüze yapılan görüşmelere göre gelir ücretlerinin düşük olması nedenleri arasında gösterilebilir.

Özellikle tele-sağlığa geçişin, aile hekimlerini finansal olarak rahatlatacağı düşüncesi hakimdir. Sosyal mesafenin korunarak toplum sağlığını da kontrol altına almanın yanında amaçları arasında gelir elde etmek olduğunu söylemek mümkündür. Aile hekimlerinin tele sağlığın başlangıç maliyetlerinin eklenmesi ile tele sağlığa olan endişelerinin arttığı görülmüştür. Eğitim programlarının yapılması ve istihdamı sağlanacak personel kapasitesi ile ilgili girişimlerde bulunulmuştur. İnternet bağlantısında yaşanan aksaklıklar, personel destek ile ilgili sorunlar ve hastaların tele sağlık konusunda deneyimsiz olması aile hekimlerinin şartlarını zorlamıştır. Tele-sağlık ile ilgili yaşanan teknik sorunlardan dolayı hastalar ile telefon aracılığı ile iletişim sağlanmıştır. İletişimin telefon aracılığı ile yürütülmesi bazı ülkelerin aile hekimlerine rutin ödeme yapmalarını kısıtlamıştır.

CBC News’in araştırmasına göre Amerika’da ortalama bir aile hekiminin gelirinin önceki yıla göre düşüşü grafik 10’da gösterilmektedir.

Grafik 10. Bir Aile Hekiminin Gelirinin Önceki Yıla Göre Düşüşü

Kaynak: (CBC News)

Covid-19 pandemisinin ortaya çıkması ile hekimlerin 2019 yılına göre gelirlerinin düştüğü gözlemlenmektedir (CBC News).

2.3. Covid-19 Pandemisinin Türkiye’deki Aile Hekimleri Üzerine Etkileri

Covid-19 pandemisinin Türkiye’deki sağlık personeli üzerinde benzer etkiler olduğu görülmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri üzerinde yapılan çalışmalar dikkate alınarak etkisi değerlendirilmiştir. Esin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti bünyesindeki kurumlara gönderilen N95 maskelerinin yeterli koruma sağlamadığı ortaya çıkmıştır. Aile hekimleri ve diğer sağlık personelinin iş yükünün artması, ailelerine virüs taşıma korkusu ve pandemiden kaynaklı olarak kaybedilen meslektaşların olması gibi faktörler sağlık personelinin stres düzeylerinin artmasına yol açmıştır. Bunlara ek olarak iş yükünün artması ile sağlık personeli tükenmişlik tehlikesi ile karşı karşıya kalmışlardır (Işıldar, 2021). Pandeminin devam etmesi ile hem kendilerinin hem de yakınlarının tehlikede olduğunu düşünerek çalışmak zorunda kalmaları tükenmişlik duygusunu artırmıştır (Yumru., 2020, s. 5). Covid-19 ile ilgili verilerin net bir şekilde paylaşılmaması, ya da verilere güvenmeme ve normalleşme adımlarında sağlık personeli mücadelesine devam ederken yaşadığı yalnızlık duygusu gibi etkenlerin sağlık personeli üzerinde tükenmişlik duygusunu artıran faktörler olduğu tespit edilmiştir. Filyasyon ekipleri ve aile hekimlerinin çabaları takdir edilecek çabada olmuştur. Türk Tabipler Birliği’nin yürütmüş olduğu bir çalışmada 3 aile hekiminden 2’sinin tükenmişlik yaşadığı görülmüştür (TTB, 2022).

Türkili ve arkadaşları Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerine etkisini değerlendirdiği bir çalışmada, “dışlanma ve damgalanma deneyimi olan ASM’lerdeki sağlık personelinde anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma seviyelerinin daha yüksek olduğu” saptanmıştır (Türkili vd., 2021, s. 354). Yine aynı çalışmada, Covid-19 hastaları ile sürekli temas halinde olan sağlık personelinde anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma olaylarının arttığı tespit edilmiştir.

Elbay ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Covid-19 testi pozitif çıkan aile hekimlerinin depresyon ve duyarsızlaşma seviyesinin arttığı gözlemlenmiştir (Elbay ve ark., 2020). Test sonucu pozitif çıkan hekimler, hastalığın ve iyileştirmeye yönelik tedavi şeklinin net olmamasından dolayı ruhsal etkilenme düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Pandeminin

devam etmesi ve uzun sürmesi ile sağlık personelinin hastalara olan ilginde azalmalar görülebilmektedir. Sağlık personeli pandeminin olmadığı dönemlerde hastaların acılarına ve sıkıntılarına karşı duyarlı olmasına karşın, pandemi döneminde öfkelenen duyarsız personel olabilmektedir.

Esin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sağlık personelinin motive edici unsurlar hakkında görüşme yapılmıştır. Sağlık personeli kendi kendilerini motive ettiklerini ifade ederek yalnız bırakıldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada yıllık izinlerin ertelenmesi, ek ödemelerin yapılmaması, istifa etme haklarının olmaması, toplumun sağlık çalışanlarını dışlanması ile baş etmek zorunda kaldıklarını aktarmışlardır (Esin vd., 2021, s. 54). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarına ek ödeme yapılmış fakat AH bu ödeme cetvelinin dışında tutulmuştur. Sağlık çalışanları arasında çalışma barışını etkileyen, adaletsiz bir uygulama olduğu tartışılmaya başlanmıştır (Gülşin, 2021, s. 28-29)

Pandemi sürecinde tüm sağlık personeli olmak üzere aile hekimlerinin de arasında bulunduğu Covid-19 pandemisine yakalanan ve hayatını kaybeden aile hekimleri olmuştur. Türk Tabipler Birliği raporunda ölüm oranının çalışma koşulları ve aşı reddi ile ilgisi olabileceği belirtilmiştir (TTB., 2022). Bu süreçte sağlık çalışanlarına ruhsal destek sağlamak amacıyla hem Sağlık Bakanlığı hem de meslek örgütleri ve sendikalar tarafından ruhsal destek hatları kurulmuştur. TTB'nin Covid-19 nedeniyle ölüm raporuna göre Covid-19'un başlangıcından 2022 yılına kadarki geçen sürede toplam 543 sağlık personelinin hayatını kaybettiği bilgisi verilmiştir.

3. SONUÇ

Covid-19 pandemisi ile birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri üzerinde köklü değişimler yaşanmıştır. Covid-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetleri organizasyon sunum sürecine ve buna bağlı olarak aile hekimliği sistemi üzerinde değişimler yaşandığı görülmüştür. Covid-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Covid-19 salgınının BBSH ve aile hekimleri üzerindeki etkisi meydana gelen değişimler ve yaşanan sorunlar kapsamında incelenmiştir. BBSH üzerinde yaşanan değişimler kapsamında tele-tıp teknolojisinin gelişimi, filyasyon ve triyaj uygulamaları, karantina, evde sağlık bakım hizmetleri gibi uygulamaların sisteme dahil edilen uygulamalar olarak değerlendirilmiştir. BBSH yaşanan sorunlar kapsamında kişisel koruyucu ekipman temini, eksikliği ve kullanımında gelen sorunlar, yetersiz profesyonel iş gücü, iş yükünün artması, salgının seyri için uygulanan politikalar, enfeksiyona maruziyet, ekonomik sorunlar, görev tanımlarının belirsizliği, değişen sistem ve uygulamalara ayak uyduramama, gereksiz yapılan başvurular gibi hususlardan etkilendiği görülmüştür.

Covid-19 pandemisinin aile hekimleri üzerinde fizyolojik, psikolojik ve ekonomik etkileri olduğu görülmüştür. Bu kapsamda fizyolojik etkiler olarak, iş yükünün artması, kişisel koruyucu ekipman temini ve eksikliğinde yaşanan sorunlar, virüse maruz kalma (enfeksiyon kapma riski), enfeksiyonu kontrol etmede güçlük, malpraktis ve şiddet eğilimi gibi unsurlardan etkilendiği görülmektedir. Psikolojik etkiler kapsamında iş stresi, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, damgalama, intihar gibi unsurlardan etkilendikleri görülmektedir. Ekonomik etkiler kapsamında ise; hekimlerin gelir

kaybı ve bu dönemde yaşadıkları gelir adaletsizliği gibi unsurlardan etkilendikleri görülmektedir. Bu noktada her ülkenin coğrafi konum, siyasi ve politik olarak farklı olduğunu ve buna bağlı olarak birtakım farklılıklar olabileceği göz ardı edilmemelidir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

4. KAYNAKÇA

Akca, N., Kaya, M. ve Sönmez S. (2022). Pandemi döneminin sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarına etkisi: yazılı basın üzerine bir araştırma. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 12(24), 178-191.

Arık, F. Ş. (1991). Selçuklular zamanında Anadolu'da veba salgınları. Tarih Araştırmaları Dergisi, 15(26), 27-57.

Arıkan, S. (1997). Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon.

Arpacıoğlu, S., Baltacı, Z. ve Ünübol B., (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal, 46 (1), 88-100.

Ataç, A. ve Uçar, M., (2006). Önemli bulaşıcı hastalıklar ve yaşam sürecine etkileri. Bilim Tarihi Araştırmaları;(2), 33-42

Aydın, E. (2021). S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan hekim ve hemşirelerde Covid-19 aşısına yönelik tutumların Covid-19 korkusu ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği AD. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir.

Bakır Altuntaş, S., Yüksel Salduz, Z. İ., Altuntaş, B., ve Özder, A. (2021). Ev izolasyonuna alınan hastaların Covid-19 enfeksiyonu ve temas ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları.

Baptista, S., Teixeira, A., Castro, L., Cunha, M., Serrão, C., Rodrigues, A., and Duarte, I. (2021). Physician burnout in primary care during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study in Portugal. Journal of Primary Care & Community Health.

Bingül Ak, B., Türk, A. ve Ak, R. (2020). Covid-19 bağlamında tarihteki büyük salgınlar ve ekonomik sonuçları, Turkish Studies, 15(4), 189-200.

Bulduk, K.D., ve Güneş, G. (2023). Toplum bağışıklığı ve halka bağışıklama. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi, 8(1), 97-104.

Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., ve Di Napoli, R. (2020). Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19).

- Chan JF, Kok KH, Zhu Z, Chu H, To KK, Yuan S, ve Yuen KY. (2020). Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect.* 9(1), 221-236.
- Covid-19 (Sars-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi, (2020). Bilim Kurulu Çalışması, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Dayan, S. (2021). Covid-19 ve Aşı. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 98-113.
- Demiray, E. K. D., ve Çeviker, S. A. (2020). Aşı ve Toplumsal Korunma. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4, 37-44.
- Diamond, J., (2018). Tüfek, Mikrop ve Çelik, Çev.: Ü. İnce, İstanbul: Pegasus Yayınları
- Doğan, E., Karavuş, M., ve Hıdıroğlu, S. (2017). Birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(1), 2-10.
- Doremalen, N. V., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Holbrook, M. G., Gamble, A. et. al., (2020). "Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARSCoV-1", *New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564-1567.
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S., ve Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130.
- Elden, B., (2020). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının karşılaştıkları aşırı iş yükü ve Covid-19 korkularının işten ayrılma niyetine ve örgüt depresyonuna etkisi. *Sosyal ve beşerî bilimlerde teori ve araştırmalar (37-48)*, Ankara: Gece Akademi.
- Elizabeth Harry vd., "Physician task load and the risk of burnout among u.s. physicians in a national survey," the joint commission journal on quality and patient safety 47, no. 2 (şubat 2021): 76–85; ve raghad muhiyaddin vd., "elektronik sağlık kayıtları ve hekim tükenmişliği: bir kapsam incelemesi," sağlık teknolojisi ve bilişim çalışmaları (Erişim Tarihi 14 ocak 2022): 481-83.
- Ewout van Ginneken vd., (2022). Covid-19 pandemisi sırasında ve ötesinde biriktirme listelerini ele alma ve bekleme listelerini yönetme (Dünya Sağlık Örgütü).
- Fehr, A.R, Perlman, S, (2015). Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods in molecular biology (Clifton, N.J.)*, 1282, 1–23.
- Feng, S., Shen, C., Xia, N., Song, W., Fan, M. ve Cowling, B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 434–436.
- Gierveld, J. J., Tilburg, T. V. ve Dykstra, P. A. (2006). *Loneliness and Social Isolation*. Cambridge University Press.
- Greenhalgh T, Koh GCH, Car J., (2020). Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*;368, m1182.
- Güler, S., Topuz, İ., ve Ulusoy, F. (2020). COVID-19 pandemisinde aile sağlığı merkezi çalışanlarının deneyimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 143-151.

- Gülşin, G. (2021). Birinci basamakta çalışan hekimlerin Covid-19 salgın süreci ile ilgili deneyimleri, Kalitatif bir çalışma, Marmara Üniversitesi.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 5, 411-422.
- Heper, Y., (2020). “Covid-19 Genel Bakış”, içinde C. Heper (Ed.), Multidisipliner Covid-19, (s. 67-80), Bursa: Tabip Odası Yayınları.
- Işık, A. (2021). Salgın Ekonomisine Genel Bir Bakış. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences, 7 (2), 135-138.
- İkişik, H., (2020). Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi. H. Çaşkurlu ve C. Malakcıoğlu (Ed.). Üniversite öğrencilerinin COVID-19 pandemisinin doğru yönetimi konusunda eğitilmesi ve normalleşme sürecine katkısının sağlanması proje kitabı, 8-19 Haziran 2020 (s.17-22.) İstanbul: İbn Haldun Üniversitesi Yayınları.
- İşlek E., Özatkan Y, Bilir MK, Arı HO, Çelik H ve Yıldırım HH. (2020). COVID-19 pandemi yönetiminde Türkiye örneği: sağlık politikası uygulamaları ve stratejileri. TUSPE.
- İlgün, G., ve Şahin, B. (2016). Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2).
- Jin, Y. H., Huang, Q., Wang, Y. Y., et al. (2020). Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: A cross-sectional survey. Military Medical Research, 7(1), 24. Published 2020 May 11.
- Judson TJ, Odisho AY, Neinstein AB, et al., (2020). Rapid design and implementation of an integrated patient self-triage and self-scheduling tool for COVID-19. J Am Med Inform Assoc. ;27(6),860–866.
- Katherine E. Bliss <https://www.csis.org/features/promoting-primary-health-care-during-health-security-crisis> adresinden 28 Haziran 2022 tarihinde alınmıştır.
- Kaya, B., (2020). “Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri”, Klinik Psikiyatri Dergisi, 23, 123-124.
- Kazak, A., Hindistan, S. ve Önal, B. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Covid-19 aşı geliştirme çalışmaları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7 (4), 571-575.
- Kisely S., Warren N., McMahon L., Dalais C., Henry I., Siskind D., (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. BMJ, 369, m1642
- Lai J., Ma S., Wang Y et al. (2019). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. JAMA Network Open. 2020, 3(3), 1-12.
- Li D., Howe AC., Astier-Peña MP. (2021). Primary health care response in the management of pandemics: Dec Learnings from the COVID-19 pandemic. Aten Primaria. 53 Suppl 1(Suppl 1), 102226.

- Li LQ, Huang T., Wang YQ, Wang ZP., Liang Y., Huang TB., Zhang HY., Sun W., ve Wang Y., (2020). COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021). Covid-19 Rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>. 07.07.2021.
- Mete, B., Değer, M. S., ve Pehlivan, E. (2020). Doktorlarda mesleki tükenmişlik sendromuna çalışma yaşam kalitesinin etkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(2), 94-101.
- Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar O, Flores JM et al. (2020). Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *medRxiv preprint doi: Erişim tarihi: 19.09.2020*.
- Munira Z. Gunja, Evan D. Gumas, Reginald D. Williams II, Michelle M. Doty, Arnav Shah, Katharine Fields, Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians (Commonwealth Fund, Nov. 2022).
- Öğünç, K. (2021). Aile hekimlerinin Covid-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri: Niteliksel bir araştırma= Problems experienced by primary care physicians during Covid-19 pandemic and solution proposals: A qualitative research.
- Özcan, S., ve Ünlüoğlu, İ. (2008). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile doktorları için kurs notları (1. Aşama) T.C. Sağlık Bakanlığı revize edilmiş Materyal Ankara, 24-30.
- Özder, A. (2021). Covid-19 Pandemisinde hastalık/hastane yönetimi-pandemide Aile Hekimliği.
- Parıldar Hülya, (2020). Infectious Disease Outbreaks in History. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 30(2), 19-26.
- Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C; (2020). Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract*. Dec, 26(1), 129-133.
- Samancı, V. (2020). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve pandemi süreci. *Konuralp Medical Journal, Pandemi Deneyimleri*, 390-392.
- Samancı, M. (2020). Küresel bir salgın: COVID-19. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 6-11. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/jsbs/issue/54854/715954>
- Schäfer, I., Hansen, H., Menzel, A. et al. (2021). The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study. *BMC Fam Pract* 22, 125
- Shaw, S. E., Seuren, L. M., Wherton, J., Cameron, D., A'Court, C., Vijayaraghavan, S., ve Greenhalgh, T. (2020). Video consultations between patients and clinicians in diabetes, cancer, and heart failure services: linguistic ethnographic study of video-mediated interaction. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e18378.

- Silver SL., Lewis ML, Ledford CJW., (2021). A stepwise transition to telemedicine in response to COVID19. *J Am Board Fam Med*;34, S152–S161.
- Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, Windak A, Stoffers J; Editorial Board, Jelle Stoffers, (2020). Editor-in-Chief, the European Journal of General Practice. Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice. *Eur J Gen Pract.* Dec, 26(1), 58-60.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020a). COVID 19 Yeni Koronavirüs Hastalığı. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/adresinden> 13 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2020b). Birinci basamak sağlık hizmetleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile/hekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9F1%C4%B1khizmetleri.html>. adresinden 20 Haziran 2022 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2020c). Birinci basamak sağlık hizmetleri algoritması. <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/03/ALGORITMA2.pdf>. adresinden 20 Haziran 2022 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2010-2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.
- TAHUD. ASM'lerde Covid-19 Yönetimi. 01 Nisan 2020: <https://www.tahud.org.tr/news/view/asm-de-covid-19-y%C3%B6netimi-%28tahud-01-nisan-2020%29> (Erişim Tarihi: 10.06.2021).
- Taş, B. G., Özceylan, G., Öztürk, G. Z., ve Toprak, D. (2021). Evaluation of job strain of family physicians in COVID-19 pandemic period-an example from Turkey. *Journal of community health*, 46(4), 777-785.
- Tavukcu, M. ve Eke, E. (2021). Covid-19 Pandemi Yönetim Süreci: Türkiye Perspektifi. *Sdü Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3 (2), 116-133.
- The European definition of General Practice/Family Medicine, (2002). WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication, p. 4-6, 7-43.
- Topuz, Ercüment (2020). “XIX. Van’da İlet-i Kolera ile Mücadelede Usul-i Karantina ve Kordon Uygulaması”, *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 48, 297-316.
- Türk Tabipler Birliği Covid-19’un İkinci Yılı Değerlendirme Raporu (2022), 7-308.
- Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu Aile Hekimliğinde Pandemi Süreci 9-14 Aralık 2020 Anketi Sonuçları https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=dd35f1fc446d-11eb-b786-a19f39419a42 adresinden 27 Ağustos 2022 tarihinde alınmıştır.
- Türkili, S., Uysal, Y., Tot, Ş., ve Mert, E. (2021). Aile hekimlerinde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 348-356.

- Üstün Ç. ve Özçiftçi S. (2020). COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(Special Issue on COVID 19), 142-153.
- Varga, J. G. (2014). *Restoring Balance:(The Power of Introspection and Timeless Wisdoms)*. Balboa Press.
- Verhoeven V., Tsakitzidis G., Philips H., Van Royen P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*. Jun 17, 10(6), e039674.
- Windak, A., Frese, T., Hummers, E., Klemenc Ketis, Z., Tsukagoshi, S., Vilaseca, J., ... ve Ungan, M. (2020). Academic general practice/family medicine in times of COVID-19—perspective of WONCA Europe. *European Journal of General Practice*, 26(1), 182-188.
- Woodley, C. M., Downs, C., Bruckner, A. W., Porter, J. W., ve Galloway, S. B. (2016). *Diseases of coral*. Wiley Blackwell.
- World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19- 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-directorgeneral-s-opening-remarks-at-themedia-briefing-on-covid-19---11-march-2020> adresinden 23 Mart 2020 tarihinde alınmıştır.
- Yakut, E., Özlem, Kuru ve Güngör, (2020). Sağlık Personelinin Covid-19 Korkusu ile Tükenmişliği Arasındaki İlişkide Aşırı İş Yükü ve Algılanan Sosyal Desteğin Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle Belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, (83), 241-262.
- Yeditepe Üniversitesi Yeni Koronavirüs (COVID-19) Enfeksiyonu Temel Eğitim Kitapçığı <https://yeditepe.edu.tr/sites/default/files/inline-files/temel-egitim-kitapcigi-covid.pdf> adresinden 26 Mart 2022 tarihinde alınmıştır.
- Yücel B., ve Ala Görmez (2019). A. SARS-Corona Virüsüne Genel Bakış. *Türkiye Teknoloji ve Uygulamalı Bilimler Dergisi*. 2(1), 32-39.
- Zenker S. ve Kock F. (2020). The Coronavirus pandemic—A critical discussion of a tourism research agenda. *Tourism Management*, 81, 104164
- Zhou Y., Yang Y., Huang J., Jiang S., ve Du L., (2019). Advances in MERS-CoV vaccines and therapeutics based on the receptor-binding domain. *Viruses*. 11(1), 60.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK KURUMLARINDA ALGILANAN KALİTENİN HASTALARIN YENİDEN TERCİHLERİNE VE TAVSİYE ETME NİYETLERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF PERCEIVED QUALITY IN HEALTH CARE INSTITUTIONS ON PATIENTS' RE-CHOICES AND INTENTIONS TO RECOMMEND

Dr. Öğr. Üyesi Ebrar İLİMAN YALTAGİL¹

ÖZET

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi sağlık hizmetinin etkinliği için çok önemlidir. Bu bağlamda; çalışmanın amacı; hastaların sağlık kurumundan almış oldukları hizmete yönelik algıladıkları kalitenin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Nicel yöntemle yapılan çalışmada SERVQUAL ölçeği ve hastaların davranışsal niyeti ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini bir özel hastanede sağlık hizmeti almış bireyler oluşturmaktadır. 300 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda hastaların kalite algısı ve olumlu davranışsal niyetleri orta düzeyde çıkmıştır. Hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin davranışsal niyetleri üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesinin sağlık davranışlarını da olumlu yönde etkileyeceği göz önünde alındığında toplumun sağlığı için de önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Kurumları, Algılanan Kalite, Davranışsal Niyet, Hasta.

ABSTRACT

Service quality in healthcare institutions is very important for the effectiveness of healthcare services. The aim of the study is to determine the effect the quality perceived by patients regarding the service they receive from the health institution on their behavioral intentions. In the research conducted with quantitative method, SERVQUAL and patients' behavioral intention scale used. The population of the study consists of individuals who received health care in private hospital, the sample consists of 300 patients. As a result of the research, patients' perception of quality and positive behavioral intentions were found to be at a moderate level. Patients' perception of quality and positive behavioral intentions were found to be at a moderate level. It has been determined that the service quality perceived by patients has an impact on their behavioral intentions. It seems that improving the quality of health services is important for the health of the society.

Keywords: Healthcare Institutions, Perceived Quality, Behavioral Intention, Patient.

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyet Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sağlık Turizmi İşletmeciliği Programı, ebrar@cumhuriyet.edu.tr

1. GİRİŞ

Sağlık hizmet sunucuları, sağlıkta özel sektörün payının artması ile günümüzde yoğun rekabetle karşı karşıyadır. Sağlık hizmet sunucuları, rekabet avantajı sağlamak ve sürdürmek için, hizmetin verimliliğini ve etkililiğini hizmet sunucusunun bakış açısını vurgulayan geleneksel tıbbi yaklaşımı, hastaların endişelerini dikkate alan hasta merkezli bir prensiple bütünleştirmek zorunda kalmaktadır (Choi vd., 2004). İşletmelerin etkin hizmet sunumunun ve başarısının temel noktası ise kalite kavramıdır (Öniz vd. 2023; Cruz ve Mendes, 2019). Alan yazında, kuruluşların rakiplerden farklılaşma çabalarında önemli bir konu olarak kabul edilen hizmet kalitesinin; müşterilerin algılanan değerini ve memnuniyetini önemli ölçüde etkilediği, daha fazla sadakat, müşteriye elde tutma ve çekme; sonuçta da karlılığı artırdığı gösterilmiştir (Tu vd., 2011; Malik, 2012).

Önceki çalışmalar, hizmet kalitesinin üç temel unsurun dikkatlice dengelenmiş bir karışımına dayanan stratejik bir yönetsel karara bağlı olduğunu ileri sürmüştür (Mısırlıoğlu ve Biçer, 2023; Cruz ve Mendes, 2019):

- i) Fiziksel tesisler, süreçler ve prosedürler (konum, düzen, büyüklük, diğerlerinin yanı sıra güvenilirlik, süreç akışı, süreç esnekliği, zamanında hizmet, iletişim),
- ii) İnsanların davranışı (sıcaklık, samimiyet, tutum, düzen, nezaket, dikkatlilik, şikayetleri ele alma veya sorunları çözme)
- iii) Mesleki yargı (doğru teşhis, tavsiye, rehberlik, dürüstlük, gizlilik, bilgi, beceri).

Tüm bu unsurlar bir arada etkin olduğu zaman gerçek anlamda kaliteden bahsedilebilir. Geçmiş araştırmalar hizmet kalitesini kurumun performansı ile (Boulding vd., 1993; Zeithaml vd., 1996), müşteri memnuniyeti ile (Oliver, 1993; Taylor ve Baker, 1994) ve satın alma niyeti (Zeithaml vd., 1996) ile ilişkilendirmiştir. Bu bağlamda; hastanın hizmet kalitesi algısı bir sağlık kuruluşunun başarısının en önemli belirleyicisidir (Donabedian, 1996). Bu kapsamda Parasuraman vd. (1985), tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesi teorisinin gelişiminde önemli bir kilometre taşı olmuştur. SERVQUAL ölçeğine ilişkin ortaya atılan çeşitli teorik ve ampirik eleştiriler olmasına rağmen (Malhotra vd., 2005; Ladhari, 2009), ölçek hizmet kalitesi araştırmalarında en fazla bilinen ve en çok tercih edilen ölçüm olmaya devam etmektedir.

Görülmektedir ki sağlık kurumlarında algılanan kalite sağlık hizmeti sunan kuruluşların rekabet avantajı sağlaması ve sürdürülebilirliğini artırması açısından büyük önem taşımaktadır. Algılanan kalite, hastaların sağlık kurumlarından aldıkları hizmetin beklentileriyle karşılaştırılması sonucunda oluşan değerlendirmedir. Hastaların algıladıkları kalite düzeyi, sağlık kurumlarına olan güvenlerini, memnuniyetlerini ve tatmin düzeylerini etkilemektedir (Dursun ve Çerçi, 2004; Varinli, 2004; Yeşilyurt ve Tekin, 2021; Semiz vd. 2023; Zaid vd., 2020; Agyapong vd., 2018; Suhail ve Srinivasulu, 2021). Bu nedenle, sağlık kurumları algılanan kaliteyi artırmak için çeşitli stratejiler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Bu bağlamda araştırma sağlık kurumlarında algılanan kaliteyi tespit etmesi, bu algının hastaların davranışsal niyetlerine etkisinin ölçülmesi açısından alan yazına katkı sağlayacak olup, Türkiye genelinde yapılmış olması araştırmanın kapsamlı ve özgün yapmaktadır. Fakat sınırlı sayıda kişiye ulaşılmış olması sebebi ile araştırmanın Türkiye'ye genellenmesi mümkün değildir.

2. BENZER ARAŞTIRMALAR

Alan yazında konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; sağlık hizmetlerinde kalite algısının hastaların davranışsal niyetlerine etkisinde farklı parametrelerin aracı etkisi olduğu görülmektedir.

Konuyla ilgili olarak; Choi vd. (2004) hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve hastalarda davranışsal niyet arasındaki yerleşik ilişkilere dayalı bütünleştirici bir sağlık hizmetleri tüketici memnuniyeti modeli önermekte ve bunu Güney Kore sağlık hizmetleri bağlamında test etmektedir. 537 Güney Koreli sağlık hizmeti tüketicisinden toplanan verilere dayanan sonuçlar, çok özellikli tutum modeli çerçevesi tarafından önerilen bu yapılar arasındaki nedensel sırayı; biliş (hizmet kalitesi ve değer) → duygu (memnuniyet) → bağlantı (davranışsal niyet) şeklinde doğrulamıştır. Sonuçlar ayrıca hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde önemli bir doğrudan etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda farklı coğrafyalarda sağlık hizmet kalitesinin hastalar üzerine etkisinin farklı parametreler ile test edilmesi önemlidir.

Dursun ve Çerçi (2004) de Kayseri ilinde bir devlet hastanesinde; algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve hastalarda davranışsal niyet arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonuçları, değişkenlerin bir birleri ile ilişkisinin olduğunu göstermiştir.

Yine aynı yıl, Varinli (2004) Kayseri ilinde özel bir hastanede; hizmet kalitesi, hasta tatmini, algılanan değer ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Araştırma sonucunda tüm parametreler arasında önemli ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Demirel vd. (2009) algılanan hizmet kalitesinin hasta tatmini, tercihi ve tavsiye etme durumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla Aksaray'da özel bir hastanede araştırma yapmış ve algılanan hizmet kalitesi ile diğer faktörler arasında pozitif ilişkinin olduğunu belirlemişlerdir. Yaşa, (2012) ise hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine ve sadakatine etkisini belirlemek amacıyla Adana ilinde devlet, özel ve üniversite hastanelerinde araştırma yapmıştır. Araştırma sonucunda, algılanan hizmet kalitesinin müşteri bağlılığı üzerinde dolaylı etkisi olduğunu tespit etmiştir.

Kim vd. (2012) algılanan hizmet kalitesinin davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve yönetsel çıkarımlar elde etmek amacıyla Güney Kore' de araştırma yapmışlardır ve iki faktör arasında ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Demirer ve Bülbül (2014), SERVQUAL ölçeği ile Türkiye'de hem kamu hem özel hastanelerde algılanan hizmet kalitesini ölçmüş ve bununla hasta tatmini ile hasta tercihi arasındaki ilişkiyi karşılaştırmalı olarak araştırmıştır ve tüm parametreler arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Naik Jandavath vd. (2016) Güney Hindistan'daki seçilmiş kurumsal hastanelerde sağlık hizmeti kalitesinin hasta memnuniyeti ve davranışsal niyetler üzerindeki etkisini araştırmıştır. Araştırma sonucunda değişkenler arasında doğrudan ve dolaylı ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Kondasani and Panda (2016) de Hindistan'daki özel hastanelerde yaptıkları çalışmalarında hizmet kalitesi algısının, hizmet sağlayıcılara yönelik olumlu davranışsal niyete nasıl etki ettiğini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda olumlu etkisinin olduğunu belirlemişlerdir.

Cham (2016) ise Vietnam'da algılanan hizmet kalitesi ile hastanın davranış niyeti arasındaki ilişkiyi, ara değişken olan hastanın tatmini aracılığıyla detaylandırmayı amaçlamıştır. Araştırmanın sonuçları, hasta memnuniyetinin, hasta kişilerin gelecekteki eylemlerine yön vermede önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Hizmet kalitesinin ise hasta memnuniyetini etkilediği belirlenmiştir.

Çuhadar (2017), Ankara ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Servqual Ölçeği ile ölçtüğü hizmet kalitesi algısının, hastaneyi tekrar tercih etme niyeti ile ilişkili olup olmadığını araştırmıştır. Araştırma sonucunda hizmet kalitesi algısı arttıkça hastaneyi hastaların tercih etme niyetinin de arttığı görülmüştür.

Agyapong vd. (2018) algılanan hizmet kalitesi ile davranışsal niyetler arasındaki ilişkide hasta memnuniyetinin aracı rolünü incelemiştir. Veriler Gana'nın Ashanti Bölgesindeki 35 sağlık tesisinden seçilen 178 hastadan toplanmıştır. Araştırma sonucunda, algılanan hizmet kalitesinin hem hasta memnuniyeti hem de davranış niyetleri ile pozitif ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve bu durumun sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinden de etkilendiği görülmüştür.

Benzer şekilde Cruz ve Mendes (2019) de algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin davranışsal niyetler üzerindeki etkisini ve kurumsal imajın bu ilişkiler zincirindeki rolünü analiz etmek amacıyla Cape Verde'deki iki kamu hastanesindeki acil servis kullanıcıları ile bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonuçları, algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin davranışsal niyetler üzerindeki etkisini ve kurumsal imajın kısmi aracılık rolünü doğrulamaktadır.

Arslan Kurtuluş (2019) İstanbul ilinde üniversite, devlet ve özel hastanede toplam 1522 hasta ile yaptığı araştırmada; hizmet kalitesi ve hasta deneyiminin hastanın tatmin düzeyi, sadakati ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyetine olan etkisini araştırmıştır. Araştırma sonucunda; hizmet kalitesinin devlet hastanesinde davranışsal niyeti etkilediği; fakat üniversite hastanesi ve özel hastanede etkilemediği tespit edilmiştir.

Zaid vd. (2020) Filistin sağlık kuruluşlarında algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ile davranış niyetler üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçlamışlardır. Araştırma sonucu, tüm değişkenlerin bir biri üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir.

Yeşilyurt ve Tekin (2021) Muş Devlet Hastanesi'nden hizmet alan 504 hasta ile yaptıkları araştırmada, algılanan hizmet kalitesi ve riskin hasta memnuniyeti ile davranışsal niyet arasındaki ilişkileri incelemiş ve tüm değişkenlerin bir birleri ile ilişkisinin olduğunu tespit etmişlerdir.

Çolakoğlu ve Bozkurt (2021) Gaziantep ilinde bir kamu ve bir özel hastanede hizmet kalitesinin hastaların tutumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; algılanan hizmet kalitesinin çözüme yönelik tutumlar üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirlemişlerdir.

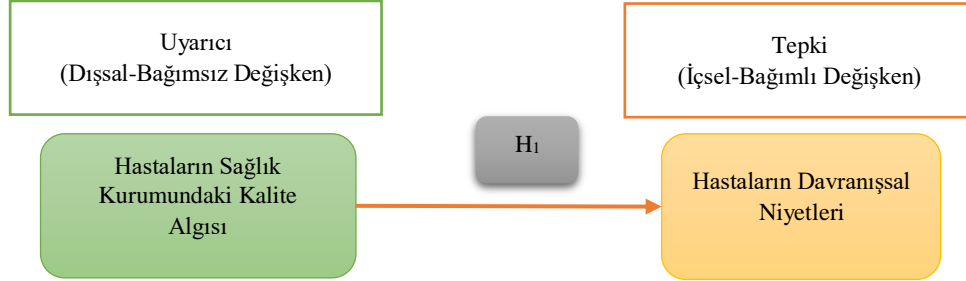
Karsana ve Murhadi (2021) de hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerinde anlamlı pozitif etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır.

Aynı şekilde, Suhail ve Srinivasulu (2021) Ayurveda' da hizmet kalitesi, memnuniyet ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkiyi analiz etmiş ve değişkenler arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir.

En güncel olarak ise Semiz vd. (2023) Bilecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma ile algılanan hizmet kalitesinin tüm boyutlarının müşteri memnuniyeti üzerinde etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3. ARAŞTIRMA DESENİ

Nicel yöntemle yapılan araştırmada dışsal ve içsel değişkenin yer aldığı iki değişkenli bir model tasarlanmıştır. Araştırma için tasarlanmış olan model Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Araştırmaya Ait Model Tasarımı

Bu model kapsamında, hastaların sağlık kurumundaki kalite uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin hastaların davranışsal niyetleri üzerinde etkisi olup olmadığı test edilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; hastaların sağlık kurumundan almış oldukları hizmete yönelik algıladıkları kalitenin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bu amaç kapsamında geliştirilen problem cümleleri ve hipotez şöyledir:

Problem Cümlesi 1: Sağlık kurumuna başvuran hastaların kaliteye ilişkin algı düzeyleri nasıldır?

Problem Cümlesi 2: Sağlık kurumlarına başvuran hastaların davranışsal niyetleri nasıldır?

H₁: Hastaların kalite uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin davranışsal niyetleri üzerinde etkisi vardır.

3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anketin ilk bölümünde kişilerin tanımlayıcı özelliklerini içeren veriler, ikinci bölümde ise SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır. SERVQUAL ölçeği Parasuraman vd., (1985) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Babakus and Mangold (1992) tarafından hastanelere uyarlanmış, Devebakan (2001) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. İlgili ölçek iki kısımdan oluşmakta ve ilk kısmı kalite beklentisini, ikinci kısmı ise kalite algısını ölçmektedir. Her iki kısım da 22 madde ve 5 faktörden oluşmaktadır. Bu çalışmada ise sadece algılanan kalite kısmı kullanılmıştır. Bu bağlamda; ölçekten alınabilecek en düşük puan 22 olarak belirlenmiş iken en yüksek puan 110 olarak belirlenmiştir. Dolayısı ile ölçeğin kesme noktası 66 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten ortalama 66 puan altında alan hastaların kalite algıları düşük, 66 üzeri puan alan hastaların kalite algıları yüksek olarak değerlendirilmektedir. Anket formunun üçüncü bölümünde ise Yaltagil (2022) tarafından geliştirilen, hastaların sağlık kurumunu yeniden tercih etme ve tavsiye etme niyetlerini içeren “Hastalarda Yeniden Tercih Etme ve Tavsiye Etme Niyeti” ölçeği kullanılmıştır. Beşli likert tipinde ve dört maddeden oluşan ölçek tek faktördür. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 4 olarak belirlenmiş iken en yüksek puan ise 20'dir. Bu bağlamda; ölçeğin kesme noktası 12 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 12 puan altında alan hastaların davranışsal niyetleri olumsuz yönde, 12 ve üzeri puan alan hastaların davranışsal niyetleri ise olumlu yönde olarak değerlendirilmektedir.

3.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni İç Anadolu Bölgesinde bir özel hastanede 22.01.2024-23.02.2024 tarihleri arasında sağlık hizmeti almış 18-65 yaş aralığında okuma yazma bilen bireyler olarak belirlenmiştir. Araştırmada örneklem yöntemi olarak en sık kullanılan “kolayda örnekleme”

yöntemi tercih edilmiştir. Çalışmaya katılma kriterleri, katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve anket formlarını tam olarak doldurması olarak belirlenmiş olup, eksik işaretleme yapan hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Örneklemin ölçek madde sayısının en az beş veya 10 katı olması (Tezbaşaran, 1997; DeVellis ve Thorpe, 2022, p. 65) önerilmekte olup, çalışmada bu koşula bağlı olarak en az 260 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda 22.01.2024-23.02.2024 tarihleri arasında gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 300 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS istatistik paket programı ve Amos programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin örnekleme uyumunu belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach Alfa analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,005$ olarak belirlenmiştir. Problem cümlelerinin cevaplanabilmesi, hipotezin doğrulanabilmesi için frekans, ortalama değerler ve iki değişkenli yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Bilimsel Araştırma Önerisi Etik Değerlendirme Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar Tarihi: 18.01.2024, Karar Sayısı: E-99711239-050.04-386211). Hastalara araştırmanın amacı net bir şekilde açıklanmış, gönüllülük ölçütünde sözlü ve yazılı olarak onamları alınmıştır. Ayrıca istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri beyan edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle tanımlayıcı veriler sunulmuş, sonrasında ölçeklere ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları verilmiştir. Son olarak ise araştırma kapsamında geliştirilen yapısal eşitlik modeli test edilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Veriler

Cinsiyet	n	%	Medeni Durum	n	%
Kadın	136	45,3	Evli	163	54,3
Erkek	164	54,7	Bekar	137	45,7
Gelir			Meslek		
Gelir Giderden Az	50	16,7	Memur	79	26,3
Gelir Gidere Eşit	114	38,0	Ev hanımı	39	13,0
Gelir Giderden Fazla	136	45,3	Serbest Meslek	38	12,7
Eğitim			Öğrenci	32	10,7
İlköğretim	13	4,3	Özel Sektör	90	30,0
Lise	95	31,7	Emekli	22	7,3
Ön Lisans	71	23,7	Kaçıncı Kez Geliyor		
Lisans	89	29,7	İlk	47	15,7
Lisansüstü	32	10,7	2-5	186	62,0
Sigorta Durumu			6-9	40	13,3
GSS	256	85,3	10 ve üzeri	27	9,0
Özel Sigorta	41	13,7	TOPLAM	300	100
Güvencem yok	3	1,0			

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti almış hastaların cinsiyetlerin orantılı dağıldığı görülmektedir. Hastaların çoğunluğu bekar ve genç yaş grubundan oluşmaktadır. Çoğunluğu

gelirini düşük olarak belirtmiştir. Eğitim durumu ise ön lisans ve lisans düzeyinde yoğunlaşmaktadır.

Tablo 2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	n	C α	Min.	Max.	Ort.	Sh	Skewness	Kurtosis
Kalite Algısı Toplam	300	0,95	22,00	100,00	64,52	17,51	-,286	,141
Fiziksel Şartlar Toplam	300	0,71	4,00	20,00	12,06	3,53	-,153	,141
Güvenilirlik Toplam	300	0,85	5,00	24,00	15,20	4,25	-,558	,141
Heveslilik Toplam	300	0,88	4,00	20,00	11,66	3,95	-,148	,141
Güven Toplam	300	0,87	4,00	20,00	11,86	3,72	-,311	,141
Empati Toplam	300	0,91	5,00	25,00	13,72	4,91	-,024	,141
Davranışsal Niyet Toplam	300	0,89	4,00	20,00	11,69	3,96	-,144	,141

Tablo 2’ de hizmet kalitesi algısı ölçeği ve alt boyutları ile davranışsal niyet ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, ölçeklerin güvenilirliklerinin yüksek olduğu (0,95-0,89), basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında olması sebebi ile normal dağılımdan geldiği (Tabachnick ve Fidell, 2015) görülmektedir. Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde hizmet kalite algısı ölçeğinden alınan en düşük puan 22 olarak belirlenmiştir. En yüksek puanın ise 100 olduğu görülmüştür. Ölçeğin puan ortalaması ise orta düzeyde çıkmıştır (64,52 \pm 17,51). Bu bağlamda hastaların hizmet kalitesine ilişkin algı düzeyleri orta seviyededir. En yüksek faktör ortalamasının ise fiziksel şartlar ve güvenilirlik faktörlerine ait olduğu görülmektedir. Hastaların davranışsal niyetleri ölçeğinden alınan en düşük puan 4, en yüksek puan ise 20 olmuştur. Hastaların olumlu davranışsal niyet düzeyleri de orta seviyededir (11,69 \pm 3,96).

4.1. Servqual Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

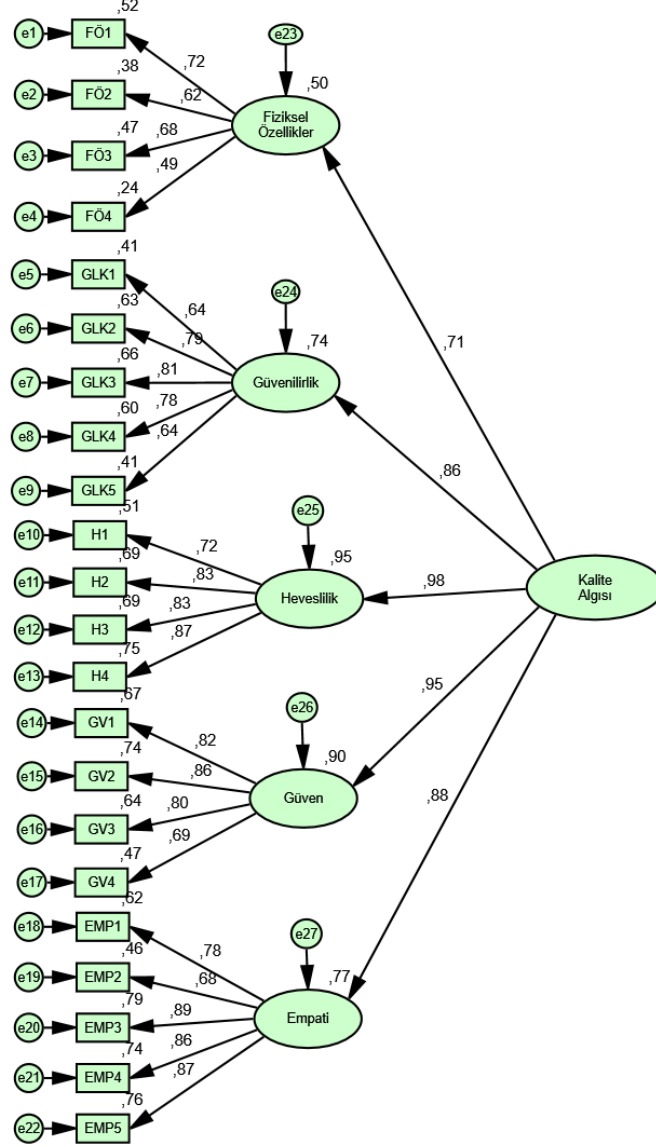
Alan yazında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeğin bu araştırmadaki örnekleme uyumunu değerlendirmek için, ölçekteki gözlemlenebilir değişkenlerin beş faktör altında gruplandığı birinci düzey çok faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi modeli kullanılmıştır. Servqual ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3’te verilirken, model uyum diyagramı Şekil 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 3. Servqual Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\leq 0,080$
Servqual Ölçek Değerleri	0,000	2,516	0,852	0,866	0,987	0,930	0,920	0,071

Tablo 3’te yer alan Servqual değişkenlerinin ölçüm indeksleri incelendiğinde tüm değerlerin referans değerlerinde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; DFA sonrasında modelin mükemmel düzeyde uyuma sahip olduğu görülmektedir.

Şekil 2. Servqual Ölçeği DFA Diyagramı



Şekil 2'deki ölçüm modelinin parametre değerlerine bakıldığında, minimum 0,30 olması gereken standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA) değerlerinin; 0,64 ile 0,89 arasında olduğu görülmektedir. Aynı şekilde faktör yüklenimleri de 0,71 ile 0,98 arasında değişmekte olup sorunlu bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Bu durum, modelden herhangi bir değişkenin çıkarılmasını veya faktörlerde değişiklik yapılmasını gerektirmemektedir.

Sonuçlar topluca değerlendirildiğinde kullanılan Servqual ölçeği doğrulanmıştır (Tablo 3, Şekil 2).

4.2. Davranışsal Niyet Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Alan yazında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeğin bu araştırmadaki örnekleme uyumunu değerlendirmek için, ölçekteki gözlemlenebilir değişkenlerin tek faktör

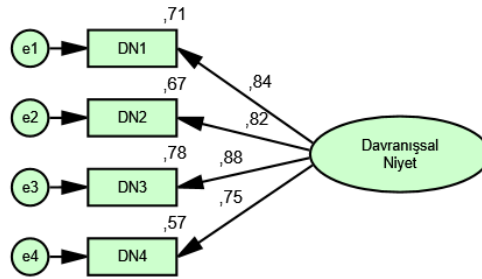
altında gruplandığı birinci düzey tek faktörlü Doğrulamalı Faktör Analizi modeli kullanılmıştır. Davranışsal Niyet ölçeğine ait veriler sırası ile gösterilmiştir.

Tablo 4. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\leq 0,080$
Dav.Niy. Ölçek Değerleri	0,000	3,447	0,989	0,946	0,990	0,993	0,979	0,079

Tablo 4'te yer alan davranışsal niyet değişkenlerinin ölçüm indeksleri incelendiğinde tüm değerlerin referans değerlerinde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; DFA sonrasında modelin mükemmel düzeyde uyuma sahip olduğu söylenebilir.

Şekil 3. Davranışsal Niyet Ölçeği DFA Diyagramı



Şekil 3'teki ölçüm modelinin parametre değerlerine bakıldığında, minimum 0,30 olması gereken SRA değerlerinin; 0,75 ile 0,88 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum, modelden herhangi bir değişkenin çıkarılmasını gerektirmemektedir.

Sonuçlar topluca değerlendirildiğinde kullanılan "Davranışsal Niyet" ölçeği doğrulanmıştır (Tablo 4, Şekil 3).

4.3. Yapısal Eşitlik Modelinin (YEM) Test Edilmesi

Bu çalışmada, Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) kullanılarak, önceden belirlenen teorik beklentiler ve literatür doğrultusunda bir istatistiksel model oluşturulmuştur. İlk olarak, ölçüm modeli (Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) ile verilerin modelle uyumlu olup olmadığı istatistiksel olarak test edilmiştir. Daha sonra, verilerin normal dağılım gösterdiği görülerek, Maksimum olabilirlik yöntemiyle kovaryans matrisi hesaplanmış ve IBM AMOS 23 programı aracılığıyla örtük değişkenler içeren yapısal model üzerinden araştırma hipotezleri değerlendirilmiştir. Geliştirilen yapısal eşitlik modeli ve hipotez sonuçları sırası ile sunulmuştur.

Model: Sağlık kurumlarında algılanan kalitenin hastaların davranışsal niyetleri üzerine etkisi
H₁: Hastaların kalite uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin davranışsal niyetleri üzerinde olumlu etkisi vardır.

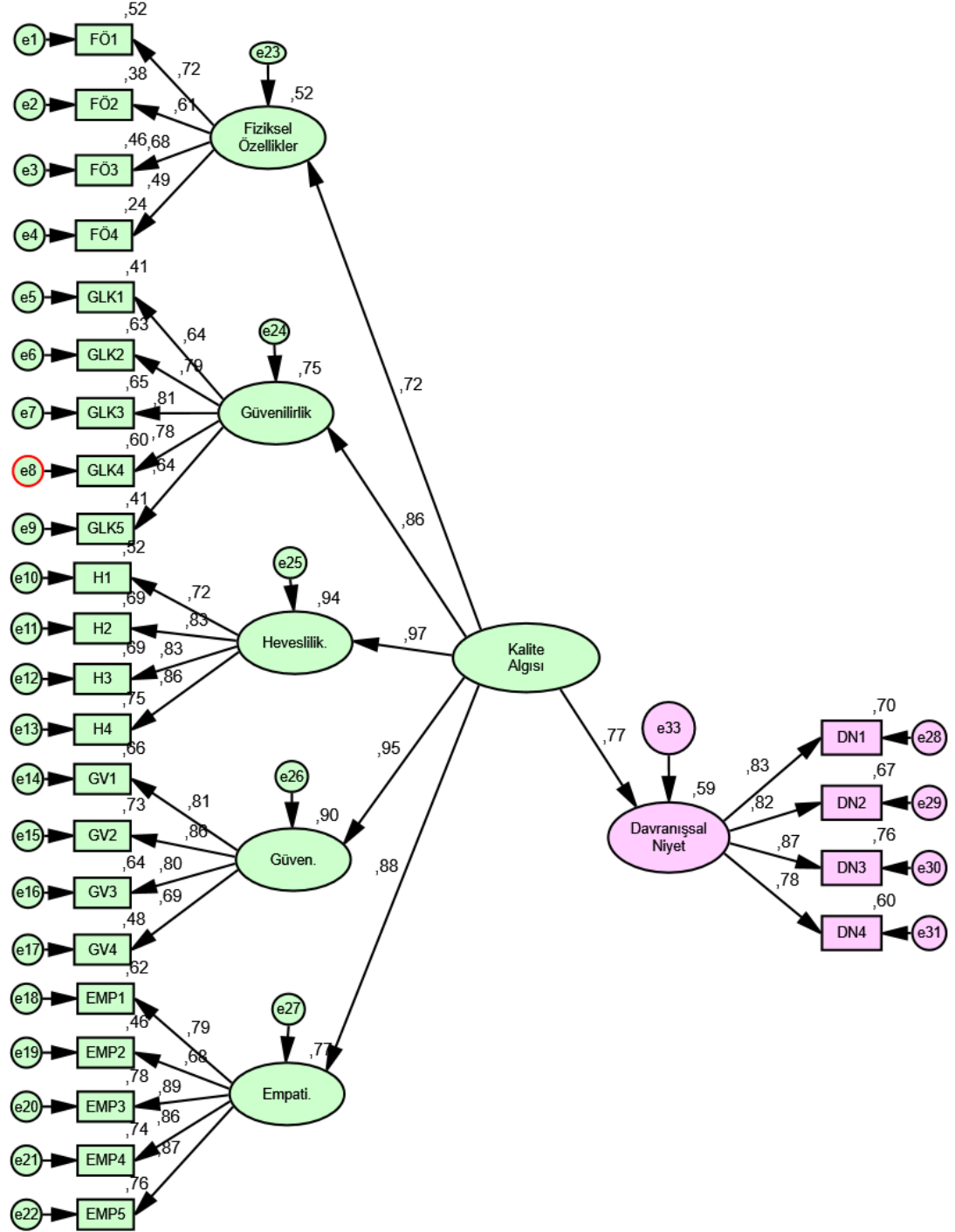
H₁ hipotezini test etmek üzere yapılan analiz sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 5. Davranışsal Niyet Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	$\geq 0,850$	$\geq 0,850$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\geq 0,900$	$\leq 0,080$
Model Değerleri	0,000	2,194	0,852	0,855	0,905	0,935	0,927	0,063

Tablo 5 incelendiğinde, modelde yer alan değişkenlerin, uyum indekslerinin eşik değerlerde olduğu belirlenmiştir, buna göre model veriyle uyum göstermektedir.

Şekil 4. Model Diyagramı



Model parametre değerleri Tablo 6' da verilmiştir.

Tablo 6. Model Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	T	p
Fiziksel Özellikler	<---	Kalite Algısı	,767	,724	,085	8,991	***
Güvenilirlik	<---	Kalite Algısı	,725	,865	,074	9,741	***
Heveslilik	<---	Kalite Algısı	1,000	,968			
Güven	<---	Kalite Algısı	1,093	,950	,086	12,775	***
Empati	<---	Kalite Algısı	1,005	,880	,085	11,803	***
Davranışsal Niyet	<---	Kalite Algısı	,928	,769	,084	11,045	***
FÖ1	<---	Fiziksel Özellikler	1,000	,719			
FÖ2	<---	Fiziksel Özellikler	,924	,615	,104	8,925	***
FÖ3	<---	Fiziksel Özellikler	,884	,682	,091	9,682	***
FÖ4	<---	Fiziksel Özellikler	,746	,491	,102	7,303	***
GLK1	<---	Güvenilirlik	1,000	,643			
GLK2	<---	Güvenilirlik	1,325	,794	,116	11,394	***
GLK3	<---	Güvenilirlik	1,283	,808	,111	11,537	***
GLK4	<---	Güvenilirlik	1,243	,777	,111	11,208	***
GLK5	<---	Güvenilirlik	1,034	,642	,107	9,627	***
H1	<---	Heveslilik	1,000	,718			
H2	<---	Heveslilik	1,144	,829	,082	14,035	***
H3	<---	Heveslilik	1,188	,828	,085	14,006	***
H4	<---	Heveslilik	1,202	,864	,082	14,615	***
GV1	<---	Güven	1,000	,815			
GV2	<---	Güven	1,024	,857	,059	17,443	***
GV3	<---	Güven	1,005	,802	,063	15,875	***
GV4	<---	Güven	,782	,689	,060	12,971	***
EMP1	<---	Empati	1,000	,785			
EMP2	<---	Empati	,841	,678	,068	12,416	***
EMP3	<---	Empati	1,103	,886	,063	17,423	***
EMP4	<---	Empati	1,103	,863	,066	16,830	***
EMP5	<---	Empati	1,120	,873	,066	17,089	***
DN1	<---	Davranışsal Niyet	1,000	,834			
DN2	<---	Davranışsal Niyet	,989	,819	,059	16,621	***
DN3	<---	Davranışsal Niyet	1,090	,874	,060	18,225	***
DN4	<---	Davranışsal Niyet	,841	,777	,055	15,402	***

*SRA: Standartlaştırılmış Regresyon Ağırlıkları; SH: Standart Hata

*** $p < 0,001$

Tablo 6'daki ölçüm modeli parametre değerlerine bakıldığında, SRA değerlerinin 0,491 ile 0,968 arasında olduğu ve bu nedenle 0,30'un altında bir SRA değeri bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca, tüm ilişkilerde "p" değerlerinin 0,001'den küçük olduğu için faktör yüklemeleri ve gizli değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu durum, modelden herhangi bir değişkenin çıkarılmasını gerektirmemektedir.

Şekil 3, H₁ hipotezini (Hastaların kalite uygulamalarına ilişkin algılarının davranışsal niyetleri üzerinde olumlu bir etkisi vardır) test etmek için kullanılmıştır. Sağlıkta kalite algısı dışsal, hastaların davranışsal niyetleri ise içsel değişken olarak kabul edilmiş ve bu örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. Şekil 4 ve Tablo 5-6'daki verilere göre, sağlıkta kurumundaki kalite algısının, yol katsayısını (β) gösteren toplam etkisi sonucunda, hastaların davranışsal

niyetlerini olumlu yönde etkilediği ($\beta=0,77$; $p<0,001$) belirlenmiştir. Bu sonuçla, H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Dolayısıyla, sağlık kurumundaki kalite uygulamalarının etkinliğinin, hastaların davranışsal niyetlerini olumlu yönde önemli ölçüde artırdığı ifade edilebilir.

5. SONUÇ ve TARTIŞMA

Hasta tatmini, hızlı ve doğru sağlık hizmeti, sağlık hizmeti sunan kuruluşların rekabet avantajı sağlaması kalitenin etkin olması ve yüksek olarak algılanması ile mümkündür. Bunun yanında hizmet kalitesi sağlık hizmetinin etkinliği için de önemlidir. Alan yazın göstermektedir ki hizmet kalite algısı yüksek olan hastaların memnuniyetleri de yüksek olmaktadır (Choi vd., 2004; Varinli, 2004; Demirel vd., 2009; Demirel ve Bülbül, 2014; Naik Jandavath vd., 2016; Cham, 2016; Agyapong vd., 2018; Cruz ve Mendes, 2019; Zaid vd., 2020; Yeşilyurt ve Tekin 2021; Karsana ve Murhadi, 2021; Suhail ve Srinivasulu, 2021; Çiftcibaşı vd., 2023; Eriş, 2023; Semiz vd., 2023).

Memnuniyet ise kuruma bağlılığı beraberinde getirmektedir (Yaşa, 2012; Arslan Kurtuluş 2019). Sağlık kurumuna bağlı olan hastalar hekimin öneri ve tavsiyelerine güvenmekte ve tedavi süreçlerini etkin olarak takip etmektedir. (DiMatteo vd., 2002; Gülcemal ve Keklik, 2016). Bu ise toplum sağlığı için önemli bir süreçtir. Bu bağlamda; hastaların sağlık kurumundan almış oldukları hizmete yönelik algıladıkları kalitenin, davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları gerek alan yazına katkısı gerekse toplumun bilinçlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bilinçli toplum, okuryazarlığı yüksek toplum tüm sağlık sürecini olumlu etkileyecektir; çünkü okuryazarlık insan varoluşunun tüm yönlerine işlemiştir ve sosyal ve kültürel bağlarla iç içedir (Koç vd. 2023).

Nitekim; Biçer vd.'nin (2019) sağlık kurumlarında hizmet kalite algısının düzeyini, sunmak amacıyla yaptıkları meta-analiz çalışmasında, 175 araştırma incelenmiş; belirlenen kriterlere uygun 17 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda, sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden daha düşük olduğu ve genel kalite algısı ortalamasının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma sonucunda da hastaların sağlık kurumuna ilişkin kalite algılarının orta seviyede ($\pm 64,52$) olduğu belirlenmiştir. Bu durum ise sağlık kurumlarının hizmet kalitesine daha fazla ağırlık vermeleri gerektiğini göstermektedir.

Araştırmanın bir diğer önemli sonucu, hastaların olumlu yönde davranışsal niyetlerini orta seviyede olması ($\pm 11,69$) ve hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde olumlu bir etkisi olduğudur (0,77). Alan yazın incelendiğinde de araştırma sonuçlarının, hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerinde etkisi olduğunu gösterdiği görülmektedir (Choi vd., 2004; Dursun ve Çerçi, 2004; Varinli, 2004; Demirel vd., 2009; Kim vd., 2012; Naik Jandavath vd., 2016; Kondasani ve Panda, 2016; Cham, 2016; Çuhadar, 2017; Agyapong vd., 2018; Cruz ve Mendes, 2019; Zaid vd., 2020; Yeşilyurt ve Tekin, 2021; Karsana ve Murhadi, 2021; Suhail ve Srinivasulu, 2021). Dolayısıyla hastaların davranışsal niyetinin olumlu yönde artırılması hizmet kalitesinin iyileştirilmesiyle mümkün olmaktadır.

Araştırma sonuçları ve alan yazın göstermektedir ki; sağlık hizmetlerinde hizmet kalite algısı genel olarak orta seviyededir. Kalite algısı ise hastaların tatmin düzeylerini, bağlılıklarını ve davranışsal niyetlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ise hizmet kalitesi kadar hastaların tutumuna da bağlıdır. Bu bağlamda; toplum sağlığının iyileştirilmesi, ülkenin refah seviyesinin yükselmesi tüm bu değişkenlerle ilişkilidir.

Alan yazın ve araştırma bulgularına dayanarak hastane yöneticilerinin, hastaların beklentilerini karşılayacak hasta merkezli stratejiler tasarlamaları ve hastalarına daha iyi hizmet verebilmek için hizmet sağlayıcıların hem teknik hem de işlevsel yeterliliklerini vurgulayan yönetim stratejileri tasarlamaları önerilmektedir. Nitekim, insan sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli kaynaklardan birisidir (Özşahin ve Öztürk, 2024: 342). Doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi için çalışmalar yapılması da önemlidir. Bu kapsamda, idari prosedürlerde reform yapılması ve destek hizmetlerinin artırılması, mesleki yeterlilik ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi için stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

Hizmet kalitesinin davranışsal niyet üzerindeki etkisini analiz etmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Daha fazla araştırma hem kurumların hem hastaların farkındalığını artırmak için önem arz etmektedir.

YAZARLARIN BEYANLARI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin tüm süreçlerini tek başına yürütmüştür.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

- Agyapong, A., Afi, J.D. ve Kwateng, K.O. (2018). Examining the effect of perceived service quality of health care delivery in Ghana on behavioural intentions of patients: The mediating role of customer satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 11(4), 276-288. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1326703>
- Arslan Kurtuluş, S. (2019). Hasta deneyimi, tatmini, sadakati, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi üzerine bir araştırma [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Babakus, E. ve Mangold, W.G. (1992). Adapting the servqual scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6): 767-786.
- Biçer, E. B. İlman, E. ve Biçer, D.F. (2019). Sağlık kurumlarında hizmet kalite algısı üzerine meta analiz çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(2), 22-47.
- Boulding, W., Karla, A., Staelin, R. ve Zeithaml, V.A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *J Mark Res.* 30, 7-27.
- Cham, L.B. (2016). The effect of perceived service quality on patients' behavioral intentions - a case study in provincial hospitals in Ho Chi Minh city [Master's thesis]. University of Tampere School of management.
- Choi, K.S., Cho, W.H., Lee, S., Lee, H. ve Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South

- Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921.
[https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00293-X](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00293-X)
- Cruz, V., ve Mendes, L. (2019). The influence of service quality on users' behavioural intentions in developing countries: a cross-sectional study in cape verde's public hospitals. *International Journal for Quality Research*, 13(2), 361.
<https://doi.org/10.24874/IJQR13.02-08>
- Çiftcibaşı, F.T, Özyılmaz, C., Sayar, B. ve Demiray, E.K.D. (2023). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) 6.1'e göre palyatif bakım kliniklerinin değerlendirilmesi: Bitlis ili örneği. *Palyatif ve Evde Bakımda Perspektifler*, 1 (1), 14-19.
<https://doi.org/10.29228/pphcjournal.66355>
- Çolakoğlu, E. ve Bozkurt, İ. (2021). Algılanan hizmet kalitesinin tutum üzerine etkisinde hastane türünün düzenleyici etkisi. *JOEEP: Gelişmekte Olan Ekonomiler ve Politika Dergisi*, 6(2), 151-161.
- Çuhadar, U. (2017). Hizmet kalitesi ve hizmeti tekrar satın alma niyeti arasındaki ilişki ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Demirel, Y., Yoldaş, M. A. ve Divanğlu, S.U. (2009) Algılanan hizmet kalitesinin tatmin, tavsiye davranışı ve tercih üzerine etkisi: sağlık sektöründe bir araştırma. *Akademik Bakış*, 16, 1-6.
- Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve tercihi arasındaki ilişki: Karşılaştırmalı bir analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(2), 95-119.
- Devebakan, N. (2001). Sağlık işletmelerinde kalite ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- DeVellis, R.F. ve Thorpe, C. T. (2022) *Scale development: Theory and applications. an overview of item response theory, fifth edition*. California: Sage Publications, 58-75.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S. ve Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical care*, 40(9), 794-811.
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000024612.61915.2D>
- Donabedian A. (1966). The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care*; 8(4), 401- 407.
- Dursun, Y. ve Çerçi, U. M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (23), 1-16.
- Eriş, H. (2023). Suriyeli sığınmacılarda hasta memnuniyeti ile hasta sadakati arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 1531-1542. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1367020>

- Gülcemal, E. ve Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14), 64-87. <https://doi.org/10.20875/sb.66346>
- Karsana, W. ve Murhadi, W.R. (2021). Effect of service quality and patient satisfaction on behavioral intention. Journal of Entrepreneurship and Business, 2(1), 25-36. <https://doi.org/10.24123/jeb.v2i1.3981>
- Kim, Y., Kim, S., Myoung, H. ve Lee, H.R. (2012). Perceived service quality and its influence on behavioral intention in south korean public dental hospitals. Asia Pacific Journal of Public Health, 24(2), 391-405. <https://doi.org/10.1177/1010539510379393>
- Koç, H. Atasoy Karacabey, F. ve Demir Yurtseven, E. (2023): Developing a scale for tourism literacy: validity and reliability study, Current Issues in Tourism,1-15. <https://doi.org/10.1080/13683500.2023.2267731>
- Kondasani, R.K.R. ve Panda, R.K. (2016). Service quality perception and behavioural intention: a study of Indian private hospitals. Journal of Health Management, 18(1), 188-203. <https://doi.org/10.1177/0972063416639168>
- Malik, S. U. (2012). Customer satisfaction, perceived service quality and mediating role of perceived value. International Journal of Marketing Studies, 4(1), 68-76. <https://doi.org/10.5539/ijms.v4n1p68>
- Mısırlıoğlu, A. ve Biçer, E. B. (2023). Evaluation of accreditation and service quality perceptions of the managers in jci certified health institutions: The Türkiye case. Cumhuriyet Üniversitesi Journal of Economics & Administrative Sciences (JEAS), 24(4), 625-635. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.1331125>
- Naik, Jandavath, R.K. ve Byram, A. (2016). Healthcare service quality effect on patient satisfaction and behavioural intentions in corporate hospitals in India. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 10(1), 48-74. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-07-2014-0043>
- Oliver, R.L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction. T.A. Swartz, D.E. Bowen ve S.W. Brown (Ed.), Advances in services marketing and management in (2, pp. 65-68). Research and practice.
- Öniz, C., Karki, A., Demir Yurtseven, E. (2023). Meslek yüksekokullarında algılanan hizmet kalitesinin kariyer iyimserliğine etkisi, Studies on Social Science Insights, 3(1), 48-66. <http://dx.doi.org/10.53035/SOSSCI.54>
- Özşahin, F. ve Öztürk, Z. (2024). Özel ve Kamu Hastanelerinde stratejik insan kaynakları yönetimi ve çalışan performansı ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 341-350. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1323939>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. ve Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and it's implications for future, Journal of Marketing, 49, 41-50.

- Semiz, B. B., Semiz, T. ve Güneş, K. (2023). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik bir araştırma. *Business ve Management Studies: An International Journal*, 11(3), 1130-1151. <https://doi.org/10.15295/bmij.v11i3.2289>
- Suhail, P. ve Srinivasulu, Y. (2021). A perception of service quality, satisfaction, and behavioral intentions in Ayurvedaç Healthcare, 12(1), 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2020.10.011>
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2015). Using multivariate statistics. (sixthed). Allyn and Bacon/Pearson, Education. 6. Basımdan Çeviri: Mustafa Baloğlu, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Taylor, S.A. ve Baker, T.L. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *J Retailing*, 70(2), 163-168.
- Tezbaşaran, A. (1997). Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu (1. Baskı). Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Tu, Y., Li, M. ve Chih, H. (2011). The effect of service quality, customer perceived value and satisfaction on loyalty. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 3(3), 198-212.
- Varinli, İ. (2004). Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki-Kayseri'de poliklinik hastalarına yönelik bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(17), 33-52.
- Yaltagil, E. (2022). Sağlık kurumlarında ilişkisel pazarlama ile davranışsal niyet ilişkisinde hizmet telafisinin aracılık rolü [Doktora Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Yaşa, E. (2012). Sağlık sektöründe hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve bağlılık ilişkisi: devlet, özel ve üniversite hastaneleri karşılaştırması [Doktora Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Yeşilyurt, Ö. ve Tekin, M. (2021). Sağlık kurumunda hasta memnuniyetini ve davranışsal niyeti etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile değerlendirilmesi. *Turkish Studies-Social Sciences*, 16(2), 1-13.
- Zaid, A.A., Arqawi, S.M., Mwais, R.M.A., Al Shobaki, M.J. ve Abu-Naser, S.S. (2020). The impact of total quality management and perceived service quality on patient satisfaction and behavior intention in Palestinian healthcare organizations. *Technology Reports of Kansai University*, 62(3), 221-232.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. ve Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *J Mark.* 60(2),31-46.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

ETİK OLMAYAN ÖRGÜT YANLISI DAVRANIŞLARIN İŞ YERİNDE DIŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

THE EFFECT OF UNETHICAL PRO-ORGANIZATIONAL BEHAVIORS ON WORKPLACE OSTRACISM: A RESEARCH ON HEALTHCARE WORKERS

Semanur OKTAY¹

Burçin Nur ÖZDEMİR²

ÖZET

İstanbul il sınırları içerisindeki bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen bu araştırmanın amacı etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma üzerine etkisini belirlemektir. Bir kamu hastanesinde yürütülen söz konusu araştırmaya 205 sağlık çalışanı katılmıştır. Araştırmada verilerin analizi için yüzde, frekans, aritmetik ortalama, ANOVA, t-testi ve pearson korelasyon analizlerinden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların etik olmayan örgüt yanlısı davranış ve iş yerinde dışlanma düzeylerinin düşük olduğu ortaya konulmuştur. İş yerinde dışlanma ile sosyo demografik özellikler arasında bir fark saptanamazken, etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ile görev değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Buna göre hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergiledikleri tespit edilmiştir. Sonuç olarak etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ile iş yerinde dışlanma arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bununla birlikte hemşirelerin etik olmayan örgüt yanlısı davranışları diğer meslek gruplarına göre daha çok sergiledikleri de ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Etik, Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranışlar, İş Yerinde Dışlanma, Sağlık Çalışanları.

ABSTRACT

The aim of this research, conducted on healthcare professionals working in a public hospital within the borders of Istanbul, is to determine the effect of unethical pro-organizational behaviors on workplace ostracism. 205 healthcare professionals participated in the study, which was conducted in a public hospital. Percentage, frequency, arithmetic mean, ANOVA, t-test and Pearson correlation analyzes were used to analyze the data in the study. As a result of the research, it was revealed that the participants' levels of unethical pro-organizational behavior and workplace exclusion were low. While no difference could be detected between workplace ostracism and socio-demographic characteristics, a significant difference was detected between unethical pro-organizational behaviors and the task variable. Accordingly, it has been determined that nurses exhibit more unethical pro-organizational behavior than other professional groups. As a result, no significant correlation was found between unethical pro-organizational behaviors and workplace ostracism. However, it has also been revealed that nurses exhibit unethical pro-organizational behaviors more than other professional groups.

Keywords: Ethics, Unethical Pro-Organizational Behaviors, Workplace Ostracism, Healthcare Professionals.

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Doktora Programı, semanur.oktay@ogr.iuc.edu.tr

² İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Doktora Programı, burcinnur.ozdemir@ogr.iuc.edu.

1. GİRİŞ

Sağlık kurumları; hayat kurtarmak, acıyı önlemek veya dindirmek, hastalıkları ve sakatlıkları önlemek ve iyileştirmek, önlenemediği veya tedavi edilemediği durumlarda rehabilitasyonunu sağlamak gibi birçok önemli amaca hizmet etmektedir (Enthowen, 1993). Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin niteliğinden dolayı, sağlık hizmetlerinin özel bir ahlaki niteliği vardır ve sağlık çalışanlarından mesleki beceri yönünden yetkin olmalarının yanı sıra etik yönden de duyarlı çalışanlar olmaları beklenmektedir (Jiahuan vd., 2023). Başka bir deyişle sağlık çalışanlarının ortak sorumluluğu yasal ve etik bir çerçeveye içerisinde kaliteli ve güvenli hasta bakımını sağlamaktır (Stellenberg ve Dorse, 2014).

Çalışanların görev yaptıkları örgütlerde gerçekleştirdiği bazı etik olmayan davranışlar örgütsel fayda sağlamak amacını taşıyabilmektedir (Umpress vd., 2010). Söz konusu durum literatürde etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar olarak ele alınmaktadır ve etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar resmi iş tanımlarında yer almamakla birlikte üstler tarafından da emredilmemektedir (Brief ve Motowidlo, 1986). Çalışanlar etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar sergilerken her ne kadar örgüt yararını gözetmeye çalışsalar da davranışlarının nihai sonuçları hem örgüte hem de topluma zarar getirebilmektedir (Castille vd., 2018).

Bu çalışmada amaç sağlık çalışanlarının etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergileme düzeyi ve iş yerinde dışlanma algısının ortaya koyulması ve etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma üzerine etkisini belirlemektir. Sağlık çalışanlarının etik temeller çerçevesinde ve ekip ruhu ile çalışması hem verilen hizmetin kalitesini artırma hem de toplumun sağlık düzeyini yükseltme noktasında oldukça önemlidir. Ne sebeple olursa olsun sağlık çalışanlarının etik dışı davranışlarda bulunması başta bireyi, örgütü ve toplumu olumsuz etkilemekle birlikte aynı zamanda tıbbi kaynakların rasyonel bir şekilde tahsisine engel olmakta ve sağlık sektörünün uzun vadeli gelişimine zarar vermektedir. Bu nedenle söz konusu çalışmada örneklem grubu olarak sağlık çalışanları tercih edilmiştir.

1.1. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış

Runes (1964) etik kavramını, herhangi bir durumda taraflar arasındaki “adil” veya “doğru” davranış standartları olarak tanımlamaktadır (Tsalikis ve Fritzsche, 2012). Başka bir tanıma göre etik, iyi ve kötüyle, doğru ve yanlışla ve dolayısıyla ne yapmamız ve ne yapmamamız gerektiğiyle ilgili bir kavramdır (Beauchamp ve Bowie, 1983). Söz konusu kavram üzerinde çalışan teorisyenlerin en önemli çabalarından biri etiğin tanımını yapmak olmuştur ve bunun sonucu olarak her kavramda olduğu gibi etik kavramı da tarih boyunca birçok farklı araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır (Tsalikis ve Fritzsche, 2012). Ancak tanımlardaki ortak noktanın, neyin doğru neyin yanlış olduğunun belirlenmesi ve ardından doğru olanı yapmanın seçilmesi olarak ifade edilebilmektedir (Krishnamurthy, 2011). İş etiği ise 1970’lerde ele alınmaya başlanmış bir çalışma alanıdır ve son yıllarda iş etiğine ilişkin kitapların, dergilerin ve bilimsel yayınların sayısının giderek arttığı görülmektedir (Jones vd., 2005). İş etiği kavramı ile “Örgütsel yaşamda verilen kararlarda ve gerçekleştirilen eylemlerde doğru ve yanlış, iyi ve kötü, zararlı ve faydalı nedir?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Weiss, 2004). Lewis (1985) tarafından iş etiğini tanımlamak amacıyla gerçekleştirilen ve iş dünyasından insanların söz konusu kavramla ilgili belirttiği ortak temaların ele alındığı bir çalışmada iş etiği “örgütlerde ortaya çıkan belirli durumlarda doğru ve doğru davranışa yönelik yönergeler sağlayan ahlaki kurallar, standartlar, kodlar veya ilkelerdir” şeklinde tanımlanmıştır. İş etiği yalnızca doğru şeyin ne olduğunu bilmek değil aynı zamanda herhangi bir örgütsel işlemde doğru olanı yapmayı da içermektedir (Francis, 2019). Etik davranış, ahlaki normlara bağlılığı ifade ederken, etik olmayan davranış ise bu ahlaki normlar ihlal edildiğinde

ortaya çıkmaktadır (Kaptein 2008). Jones (1991) etik olmayan davranışları yasa dışı ya da geniş bir topluluk tarafından ahlaki açıdan kabul edilemez olan davranışlar olarak tanımlamıştır. İş yerinde etik olmayan davranışlar ise resmi ve resmi olmayan organizasyonel normların ihlalinin yanı sıra resmi olmayan ve örtülü normların ihlallerini de içermektedir (Kaptein 2008). Wiernik ve Ones (2018) iş yerinde etik olmayan davranışları, çalışanların diğer çalışanları ya da iş ortaklarını aldatmak, sömürmek veya kendine -veya kuruluşuna veya ortaklarına- etik olmayan bir avantaj sağlamak için yaptığı eylem ve davranışlar olarak tanımlamıştır. Tanımdan da görüldüğü üzere işyerinde etik olmayan davranışlar örgüt yararını gözetmek amacıyla da yapılabilmektedir. İşyerinde etik olmayan davranışların ayrı bir biçimi olan ve literatürde etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar olarak adlandırılan kavram kuruluşu fayda sağlamaya yönelik olarak gerçekleştirilen etik dışı eylemleri ifade etmektedir (Umphress vd., 2010). Söz konusu kavram ilk olarak Water ve Bird (1989) tarafından yapılan bir çalışmada ele alınmış ve işyerinde gerçekleştirilen etik dışı davranışlar “örgüte karşı” ve “örgüt yanlısı” olmak üzere iki kategoride ele alınmıştır. Umphress ve Bingham (2011), etik olmayan örgüt yanlısı davranışları, örgütün veya örgütün güç sahibi üyelerinin etkin işleyişine destek olmayı amaçlayan ve temel toplumsal değerleri, gelenekleri, yasaları veya uygun davranış standartlarını ihlal eden eylemler olarak tanımlanmakta ve kavramın temelini sosyal değişim teorisine dayandırmaktadır. Söz konusu teoriye göre iki taraf arasındaki sosyal ilişkinin, her iki taraf kazanç sağladığında gelişeceği öngörülmektedir (Blau, 1964).

Literatürde etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar konusu ulusal literatürde son yıllarda çalışılmaya başlanmıştır ve var olan kısıtlı çalışmalara bakıldığında etik olmayan örgüt yanlısı davranış kavramının performans ve liderlik (Karagöz ve Özgener, 2018), iş tatmini ve örgütsel adalet (Gürsoy, 2020), örgütsel özdeşleşme (Doğan, 2022), ahlaki çözülme (Mumcu, 2022) ve kişilik özellikleri (Tugay ve Polatçı, 2023) gibi konularla birlikte çalışıldığı görülmüştür. Ulusal literatürün aksine uluslararası literatürde yapılan çalışma sayısının oldukça fazla olduğu ve etik olmayan örgüt yanlısı davranış konusunun birçok farklı kavramlar birlikte çalışıldığı görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında söz konusu kavramla birlikte algılanan örgütsel destek (Wang vd., 2022), örgütsel vatandaşlık (Cheng vd., 2022), liderlik (Wang vd., 2023; Basaad vd., 2023), örgütsel destek (Sharma vd., 2023) ve etik iklim (Zhao vd., 2024) gibi çeşitli birçok konuda çalışmalar yapıldığı görülmüştür.

1.2. İş Yerinde Dışlanma

Williams (2007a) dışlanma kavramını bireylerin veya grupların bireyler veya gruplar tarafından görmezden gelinmesi olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre dışlanma, ötekileşme, ötekileştirilme olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2024). Dışlanmanın tarih boyunca ilkel kabile gruplarında veya modern gelişmiş toplumlarda meydana geldiği görülmektedir ve insanlar, dinleri, toplumları ve kurumları içerisinde resmi olarak dışlanmaktadır (Williams, 2009). Dışlanma, tarihsel süreçte cezalandırma gibi birçok farklı amaçla kullanılmış olsa da ne sebeple olursa olsun, acı verici ve üzüntü yaratan bir deneyim olarak ifade edilmektedir (Williams, 2007b). Öyle ki fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemeyle yapılan çalışmalarda, fiziksel acı sırasında etkinleşen aynı beyin yapılarının, dışlanma deneyiminden sonra da etkinleştiği görülmüştür (Eisenberg vd. 2003). Bunun yanı sıra dışlanan birey aidiyet duygusunda ve başkalarıyla bağ kurma konusundaki isteğinde azalma, değersizlik hissinde artış ve sonucunda kendine olan saygıyı kaybetme gibi önemli sosyal fenomenler konusunda negatif etkilenmektedir (Besst ve Williams, 2006). Kişinin gününün büyük bir bölümünü geçirdiği örgütler, dışlanmanın hem sebepleri hem de bireysel ve örgütsel sonuçlarıyla değerlendirilmesi gereken önemli çalışma alanıdır (Ferris vd., 2008). Ferris ve arkadaşları (2008) iş yerinde dışlanmayı bireyin çalıştığı örgütte başkaları tarafından göz ardı edilme veya

dışlandığını algılama derecesi olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanıma göre iş yerinde dışlanma, iş arkadaşlarından birine yönelik, işbirliği yapmayı reddeden veya onu tüm sosyal durumların dışında tutan bir tür sosyal duvar örmedir (Li, 2018). Araştırmacılar işyerinde dışlanmanın tanımı üzerinde fikir birliğine varamamış olsalar da işyerinde dışlanmanın kuruluşlar ve üyeleri üzerinde zararlı etkisi olan bir davranış türü olduğunu ve örgütlerde oldukça yaygın ifade etmektedirler (Ferris, 20028; Liu ve Xia, 2016). İş yerinde dışlanmanın bireysel sonuçlarına bakıldığında kişinin olumsuz bir ruh haline büründüğü, aidiyetinin azaldığı, kaygı seviyesinin arttığı, öz saygısında azalma olduğu gibi birçok olumsuz duygu durumu ile ilişkili olduğu görülmektedir (Williams ve Gerber, 2005; Jones vd., 2009; Wu vd., 2012). Söz konusu bireysel sonuçların yanı sıra iş yerinde dışlanmanın oldukça önemli örgütsel sonuçları da mevcuttur. İş yerinde dışlandığı algılayan çalışanların işten ayrılma niyeti geliştirdiği (Zehng vd., 2016), bilgi saklama davranışına yöneldiği (Zhao vd., 2016), iş performanslarının düştüğü (Clercq, 2019) ve sapkın iş yeri davranış sergiledikleri (Preena, 2021) yapılan çalışmalar ile ortaya koyulmuştur.

1.3. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranışlar ile İş Yerinde Dışlanma İlişkisi

Literatür incelendiğinde genel olarak sağlık çalışanlarına yönelik etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ve iş yerinde dışlanma konusunda sınırlı çalışmalar olduğu görülmüştür. Bu nedenle etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ve iş yerinde dışlanma ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olan bazı araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Zang (2020) tarafından gerçekleştirilen ve işyerinde dışlanmanın etik olmayan örgüt yanlısı davranış üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlayan çalışma sonucunda iş yerinde dışlandığını hissedenden bireylerin statülerini iyileştirmenin bir yolu olarak örgüt yanlısı etik olmayan davranışlara katılmaya motive olduğunu ortaya koymuştur. Benzer bir şekilde işyerinde dışlanmanın etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlayan başka bir çalışmada da iş yerinde dışlanmanın etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Liu vd., 2023).

Zang ve Wu (2023) tarafından gerçekleştirilen ve iş yerinde dışlanmanın, etik olmayan yönetici yanlısı davranış ile aile memnuniyeti arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğinin araştırıldığı başka bir çalışmada işyeri dışlanmasının, etik olmayan yönetici yanlısı davranışın aile memnuniyeti üzerindeki etkisine aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada yukarıdaki çalışmaların aksine iş yerinde dışlanmanın etik olmayan örgüt yanlısı davranışa etkisine değil, etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma üzerine etkisi ele alınacak ve insan hayatının söz konusu olduğu ve bu nedenle etik davranış beklentisinin diğer sektörlere göre çok daha önem arz ettiği sağlık çalışanları popülasyonu çalışmanın evrenini oluşturacaktır. Literatürde ilgili konuyla ilgili bir çalışmaya rastlatmamıştır ve bu nedenle çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma üzerine etkisinin olup olmadığını saptamaktır. Ayrıca araştırmada sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre etik olmayan örgüt yanlısı davranışların ve iş yerinde dışlanma algılarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

2. YÖNTEM

Bu çalışma, nicel bir araştırma tasarımı olan tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir kamu hastanesinde Ocak 2024- Şubat

2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini söz konusu tarihler arasında ilgili kurumda çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır (N=298). Ana kütlede %95 güvenilirlik sınırları içerisinde ve %5'lik bir hata payı dikkate alınarak en düşük örneklem büyüklüğü 169 kişi olarak hesaplanmıştır (Altunışık vd., 2005: 127). Araştırmanın verilerinin toplanmasında önce araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan gerekli izin alınmıştır. Anketler araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanlarına yüz yüze dağıtılmış ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya toplam 205 sağlık çalışanı katılmıştır ve cevaplanan anketlerin tamamı değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma için iki bölümden oluşan anket formu oluşturulmuştur. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların demografik bilgilerinin sorulduğu "Kişisel Bilgi Formu" bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Umphress ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen ve Aksoy (2022) tarafından Türkçe'ye uyarlanan etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ölçeği ile Ferris ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ve Karakiraz ve arkadaşları (2023) tarafından Türkçe'ye uyarlanan iş yerinde dışlanma ölçeği bulunmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanan ve sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerini (Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan birim, görev, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi) içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranışlar Ölçeği, 6 madde tek alt boyuttan oluşan, 5' li Likert tipi (1: Hiç Katılmıyorum- 5: Tamamen Katılıyorum) bir ölçektir.

İş Yerinde Dışlanma Ölçeği, 10 madde tek alt boyuttan oluşan, 7' li Likert tipi (1=Hiçbir zaman- 7=Her zaman) bir ölçektir.

Araştırmanın amacına bağlı olarak araştırmanın soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

1. Sağlık çalışanlarının etik olmayan örgüt yanlısı davranışları ile iş yerinde dışlanma arasında ilişki var mıdır?
2. Sağlık çalışanlarının etik olmayan örgüt yanlısı davranışlarının iş yerinde dışlanma üzerine etkisi var mıdır?
3. Sağlık çalışanlarının etik olmayan örgüt yanlısı davranışlarında, demografik özelliklerine göre farklılık var mıdır?
4. Sağlık çalışanlarının iş yerinde dışlanma durumlarının, demografik özelliklerine göre farklılığı var mıdır?

2.1. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS 27.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Verilerin analizine başlamadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için normal dağılım testi uygulanarak, basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan normal dağılım testine göre verilerin normal dağıldığı tespit edilmiş ve bu nedenle Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamızda normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Farklılık tespit edilen değişkenlerin değerlendirilmesinde Post-Hoc testi yapılmıştır. Değişkenlere yönelik etkiyi belirlemek için ise regresyon analizi yapılması

planlanmış fakat regresyon analizinin ön koşulu olan değişkenler arasındaki korelasyon sağlanmadığı için regresyon analizi yapılmamıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Normal Dağılım Testi

Ölçekler	N	Ort.	S.S	Skewness	Kurtosis
Etik Olmayan Örgüt Yanlı Davranış Ölçeği	205	2,055	0,842	0,689	0,500
İş Yerinde Dışlanma Ölçeği	205	1,809	0,786	0,927	0,452

Verilerin analizine başlanmadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için normal dağılım testi uygulanarak, basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Tablo 1’de belirtilen ve verilerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için yapılan normal dağılım testine göre verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir.

2.2. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için çalışmanın gerçekleştirileceği hastaneden gerekli yazılı izin alınmıştır. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa etik kuruluna başvuru yapılmış olup 2024/05 No’lu Etik Kurulu Onayı alınmıştır.

3. BULGULAR

Bu çalışmadan toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda aşağıda belirtilen bulgular elde edilmiştir.

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerini belirlemek için gerçekleştirilen frekans analiz sonuçları Tablo 2’ de sunulmuştur.

Tablo 2. Normal Dağılım Testi

Değişkenler			Değişkenler		
Cinsiyet	n	%	Medeni Durum	n	%
Kadın	144	70,2	Evli	101	49,3
Erkek	61	29,8	Bekâr	104	50,7
Yaş	n	%	Eğitim Durumu	n	%
22-31	160	78,0	Lise	16	7,8
32-41	25	12,2	Ön Lisans	40	19,5
42-51	18	8,8	Lisans	137	66,8
52 ve üzeri	2	1,0	Lisansüstü	12	5,9
			Çalışılan Birim	n	%

Meslek	n	%	Meslekte Çalışma Süresi	N	%
			Acil Servis	55	26,8
			Ameliyathane	13	6,3
			Yataklı Servis	37	18
Hemşire	144	70,2	Yoğun Bakım	26	12,7
Laboratuvar Teknikeri	12	5,9	Poliklinik	22	10,7
Ortopedi Teknikeri	5	2,4	Fizik Tedavi	9	4,4
Ebe	14	6,8	İdari Birim	5	2,4
Sosyal Çalışmacı	2	1	Diğer	38	18,5
Röntgen Teknikeri	9	4,4			
Fizik Tedavi Teknikeri	3	1,5	0-1 yıl	24	11,7
Diğer	16	7,8	2-7 yıl	130	63,4
Kurumda Çalışma Süresi	N	%	8-13 yıl	22	10,7
0-1 yıl	46	22,4	14-19 yıl	15	7,3
2-7 yıl	128	62,4	19 yıl ve üzeri	14	6,8
8-13 yıl	27	13,2	TOPLAM	N(205)	%100
14-19 yıl	4	2			
TOPLAM	N(205)	%100			

Araştırmaya katılanların çoğunluğu kadın (%70,2), 22- 26 yaşları arasında (%46,3), bekâr (%50,7) ve lisans mezunudur (%66,8). Katılımcıların çoğunluğunun mesleği hemşiredir (%70,2). Katılımcıların çalıştıkları birime bakıldığında acil servis oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (%26,8). Katılımcıların çoğunluğunun kurumda çalışma süresi (%62,4) ve meslekte çalışma süresi (63,4) 2-7 yıl arasındadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, etik olmayan örgüt yanlısı davranış ve iş yerinde dışlanma ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek puanlarına ilişkin ortalamalar incelendiğinde, katılımcıların örgüt yanlısı etik olmayan davranış ($\bar{x}=2,05$) ve iş yerinde dışlanma ($\bar{x}=1,80$) düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısı 0,880, İş Yerinde Dışlanma Ölçeğinin 0,958 olarak hesaplanmış olup her iki ölçeğin de güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış ve İş Yerinde Dışlanma Değişkenlerine ait Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alpha ve Pearson Kolerasyon Değerleri (N=205)

Değişkenler	Ort.	Std. S.	Cronbach Alpha	1	2
1. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış	2,05	0,84	0,880		0,538
2. İş Yerinde Dışlanma	1,80	0,78	0,958	0,538	

Çalışmadaki veriler normal dağılıma uygun olduğu için Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış ve İş Yerinde Dışlanma arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Kolerasyon analizi yapılmıştır. Buna göre etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ve iş yerinde dışlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($r=53$, $p > 0,05$).

Tablo 4. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış ve İş Yerinde Dışlanma Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerine Göre Dağılımı (Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları)

Değişkenler	Ort.	Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış			İş Yerinde Dışlanma		
		Ort.	t	P	Ort.	t	P
Cinsiyet	Kadın	2,02			1,79		
	Erkek	2,13	-0,75	0,45	1,85	-0,54	0,58
Medeni Durum	Evli	2,16			1,79		
	Bekâr	1,94	1,87	0,06	1,82	-0,33	0,73

Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumlarına göre örgüt yanlısı etik olmayan davranış ve iş yerinde dışlanma algılamalarında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4. Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış ve İş Yerinde Dışlanma Düzeylerinin Yaş, Eğitim Durumu, Çalışılan Birim, Görev, Meslekte Çalışma Süresi ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenlerine Göre Dağılımı (ANOVA Testi Bulguları)

Değişkenler	Etik Olmayan Örgüt Yanlısı Davranış					İş Yerinde Dışlanma				
	N	Ort.	S.S.	F	P	N	Ort.	S.S.	F	P
Yaş	22-31	160	2,05	0,81	0,013	160	1,82	0,81	1,107	0,347
	32-41	25	2,05	0,94		25	1,67	0,71		
	42-51	18	2,06	0,95		18	1,91	0,57		
	52 ve üzeri	2	2,16	1,17		2	1,0	0,00		
Eğitim Durumu	Lise	16	1,82	0,78	1,280	16	1,84	0,89	0,689	0,56
	Ön Lisans	40	2,17	1,19		40	1,65	0,60		
	Lisans	137	2,07	0,71		13	1,84	0,79		
	Lisansüstü	12	1,73	0,84	0,28	12	1,93	1,08		
Çalışılan Birim	Acil Servis	55	1,90	0,74	1,180	55	1,94	0,86	0,919	
	Ameliyathane	13	2,06	0,90		13	1,78	0,81		
	Yataklı Servis	37	2,11	0,67		37	1,78	0,64		
	Yoğun Bakım	26	1,89	0,74		26	2,0	0,84		
	Poliklinik	22	2,10	0,87		22	1,60	0,78		
	Ftr Ünitesi	9	1,83	0,78		9	1,71	0,68		
	İdari Birim	5	2,63	0,62		5	1,5	0,45		

	Diğer	38	2,26	1,11		38	1,7	0,80	0,49
					0,31				
	Hemşire	144	2,0	0,72		14	1,88	0,79	
						4			
	Lab. Tek.	12	2,65	1,49		12	1,47	0,48	
	Ort. Tek.	5	2,33	0,31		5	1,96	1,14	1,037
	Ebe	14	1,96	0,72	3,261	14	1,60	1,02	
	Sosyal Çal.	2	1,08	0,11		2	1,60	0,70	
Görev	Röntgen Tek.	9	0,82	1,08		9	1,71	0,44	0,40
	FTR Tek.	3	0,92	0,82		3	2,16	0,57	
	Diğer	16	0,84	0,92		16	1,55	0,73	
					0,00*				
	0-1 yıl	24	2,09	0,87		24	1,66	0,67	
	2-7 yıl arası	130	2,08	0,80		13	1,89	0,83	
					1,08	0			
Meslekte Çalışma Süresi	8-13 yıl arası	22	2,09	0,93		22	1,63	0,83	1,030
	14-19 yıl arası	15	1,62	0,79		15	1,68	0,55	
	19 yıl ve üzeri	14	2,14	0,98		14	1,68	0,54	0,39
					0,36				
	0-1 yıl	46	2,15	0,86		46	1,71	0,75	
Kurumda Çalışma Süresi	2-7 yıl arası	128	2,0	0,77		12	1,92	0,82	
					0,60	8			2,877
	8-13 yıl arası	27	1,97	1,10		27	1,47	0,60	0,37
	14-19 yıl arası	4	1,66	0,91		4	1,57	0,46	
					0,61				

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışılan birim, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi durumlarına göre etik olmayan örgüt yanlısı davranış ve iş yerinde dışlanma algılamalarında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır. Sağlık çalışanlarının kurumdaki görevlerine göre ise iş yerinde dışlanma algılamasında bir farklılık saptanmazken etik olmayan örgüt yanlısı davranışında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 5. Post-Hoc Scheffe Testi Analiz Sonuçları (N=205)

Hemşire	Laboratuvar Teknikeri	-0,64815	0,24387	0,142
	Ortopedi Teknikeri	-0,32870	0,36923	0,987
	Ebe	0,04034	0,22722	1,000
	Sosyal Çalışmacı	0,92130	0,57790	0,753
	Röntgen Teknikeri	-,88426*	0,27888	0,037
	Fizik Tedavi Tek.	0,06019	0,47346	1,000
	Diğer	0,27546	0,21389	0,902
Laboratuvar Teknikeri	Hemşire	0,64815	0,24387	0,142
	Ortopedi Teknikeri	0,31944	0,43204	0,996
	Ebe	0,68849	0,31930	0,383
	Sosyal Çalışmacı	1,56944	0,61991	0,188
	Röntgen Teknikeri	-0,23611	0,35791	0,998
	Fizik Tedavi Tek.	0,70833	0,52392	0,877
	Diğer	0,92361	0,30996	0,063
Ortopedi Teknikeri	Hemşire	0,32870	0,36923	0,987
	Laboratuvar Teknikeri	-0,31944	0,43204	0,996

	Ebe	0,36905	0,42286	0,988
	Sosyal Çalışmacı	1,25000	0,67908	0,593
	Röntgen Teknikeri	-0,55556	0,45272	0,923
	Fizik Tedavi Tek.	0,38889	0,59275	0,998
	Diğer	0,60417	0,41585	0,831
Ebe	Hemşire	-0,04034	0,22722	1,000
	Laboratuvar Teknikeri	-0,68849	0,31930	0,383
	Ortopedi Teknikeri	-0,36905	0,42286	0,988
	Sosyal Çalışmacı	0,88095	0,61355	0,840
	Röntgen Teknikeri	-0,92460	0,34678	0,139
	Fizik Tedavi Tek.	0,01984	0,51638	1,000
	Diğer	0,23512	0,29703	0,993
Sosyal Çalışmacı	Hemşire	-0,92130	0,57790	0,753
	Laboratuvar Teknikeri	-1,56944	0,61991	0,188
	Ortopedi Teknikeri	-1,25000	0,67908	0,593
	Ebe	-0,88095	0,61355	0,840
	Röntgen Teknikeri	-1,80556	0,63450	0,090
	Fizik Tedavi Tek.	-0,86111	0,74094	0,942
	Diğer	-0,64583	0,60874	0,964
Röntgen Teknikeri	Hemşire	,88426*	0,27888	0,037
	Laboratuvar Teknikeri	0,23611	0,35791	0,998
	Ortopedi Teknikeri	0,55556	0,45272	0,923
	Ebe	0,92460	0,34678	0,139
	Sosyal Çalışmacı	1,80556	0,63450	0,090
	Fizik Tedavi Tek.	0,94444	0,54110	0,657
	Diğer	1,15972*	0,33819	0,017
Fizik Tedavi Tek.	Hemşire	-0,06019	0,47346	1,000
	Laboratuvar Teknikeri	-0,70833	0,52392	0,877
	Ortopedi Teknikeri	-0,38889	0,59275	0,998
	Ebe	-0,01984	0,51638	1,000
	Sosyal Çalışmacı	0,86111	0,74094	0,942
	Röntgen Teknikeri	-0,94444	0,54110	0,657
	Diğer	0,21528	0,51065	1,000
Diğer	Hemşire	-0,27546	0,21389	0,902
	Laboratuvar Teknikeri	-0,92361	0,30996	0,063

	Ortopedi Teknikeri	-0,60417	0,41585	0,831
	Ebe	-0,23512	0,29703	0,993
	Sosyal Çalışmacı	0,64583	0,60874	0,964
	Röntgen Teknikeri	-1,15972*	0,33819	0,017
	Fizik Tedavi Tek.	-0,21528	0,51065	1,000

Not: *0.01 düzeyinde anlamlı.

Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi gerçekleştirilmiştir. Tablo 5'te belirtilen Scheffe çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergiledikleri tespit edilmiştir.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarından oluşan 205 katılımcıya anket uygulanmıştır. Ayrıca araştırmada sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre etik olmayan örgüt yanlısı davranışların iş yerinde dışlanma algılarında farklılık olabileceği düşünülmüş ve bazı sosyodemografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

Araştırma sonucunda etik olmayan örgüt yanlısı davranış ölçeği ortalamasının (Ort.=2,0553, SS= 0,842) düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Buna göre katılımcıların etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergilemekten kaçındıkları söylenebilmektedir. Bu bulgu Polatçı ve Ülkü (2023) tarafından gerçekleştirilen ve kişiliğin etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar üzerine etkisini ele alan çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde Köksal ve ark. (2023) tarafından hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen başka bir çalışmanın bulguları da mevcut çalışmanın bulgularıyla benzerdir. Buna göre çalışmamızın literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilmektedir.

Katılımcıların iş yerinde dışlanma algılamalarının ise “Hiç Katılmıyorum” şeklinde yani düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Ort.= 1,80, SS= 0,78). Buna göre katılımcıların çalıştıkları örgütte dışlanmaya maruz kalmadığı söylenebilmektedir. Bu bulgu Özcan (2021) tarafından gerçekleştirilen ve iş yerinde dışlanmanın psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini araştıran çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde Baykoca ve Seçkin (2021) tarafından hastane çalışmaları ile yapılan başka bir çalışmanın bulguları da benzer sonuçlar vermiştir. Buna göre çalışmamızın literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilmektedir.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, çalışılan birim, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresine göre etik olmayan örgüt yanlısı davranış ve iş yerinde dışlanma açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İş yerinde dışlanma açısından göreve göre bir farklılık saptanmazken, etik olmayan örgüt yanlısı davranış açısından kurumdaki görevi hemşire olan katılımcıların diğer meslek gruplarına göre daha yüksek düzeyde etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergiledikleri ortaya koyulmuştur. Benzer nitelikte bir çalışmaya rastlanmadığından bu bulgu dolaylı olarak tartışılacaktır. Ahmed ve Khan (2023) tarafından gerçekleştirilen ve etik liderlik ile etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar arasındaki ilişkiyi hemşire örneğinde ele alan bir çalışmada hemşirelerin yüksek düzeyde etik

olmayan örgüt yanlısı davranış sergiledikleri ortaya koyulmuştur. Buna göre çalışmamızın literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilmektedir. Bununa birlikte Köksal ve ark (2023) tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise hemşirelerin etik olmayan örgüt yanlısı davranış sergileme düzeyinin çok düşük olduğu bulunmuştur.

Korelasyon analizi sonucunda, etik olmayan örgüt yanlısı davranış ve iş yerinde dışlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Söz konusu bulgu ulusal literatürde benzer bir çalışmaya rastlanmadığı için Türk kültüründe tartışılmamıştır. Uluslararası literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında ise çalışma bulgularının literatürü desteklemediği görülmüştür (Zang, 2020; Lin vd., 2023; Zang ve Wu, 2023).

Literatür taramasında etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ile ilgili sağlık çalışanlarına yönelik çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ile iş yerinde dışlanma arasındaki ilişkiyi ele alan ulusal bir yayına rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Araştırma İstanbul ili sınırları içerisindeki bir Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklemin sadece söz konusu hastanede görev yapan sağlık çalışanlarından oluşması çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur. Gelecekteki araştırmacılar için daha fazla hastaneden örneklem alınarak sağlık çalışanları arasında etik olmayan örgüt yanlısı davranışların yaygınlığının ortaya konulması önerilebilir. Sağlık kurumlarında etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar ve iş yerinde dışlanma konularında yapılan çalışmaların az sayıda olması göz önünde bulundurulduğunda bu değişkenlerle ilgili yapılacak çalışma sayısının artırılması ve farklı değişkenler ilave edilerek yeni çalışmalar tasarlanması önerilebilir.

YAZARLARIN BEYANLARI/DECLARATION OF THE AUTHORS

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

Ahmed, M., & Khan, M. I. (2023). Beyond the universal perception: Unveiling the paradoxical impact of ethical leadership on employees' unethical pro-organizational behavior. *Heliyon*, 9(11).

Basaad, S., Bajaba, S., & Basahal, A. (2023). Uncovering the dark side of leadership: How exploitative leaders fuel unethical pro-organizational behavior through moral disengagement. *Cogent business & management*, 10(2), 2233775.

Baykoca, R. Z. Ç., ve Sezgin, E. E. (2021). Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliği arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 505-519.

Beauchamp, T. L., & Bowie, N. E. (1983). *Ethical theory and business*. New York: Prentice Hall.

Blau, P. (1964). Justice in social exchange. *Sociological Inquiry*, 34(2), 193–206.

- Castille, C. M., Buckner, J. E., & Thoroughgood, C. N. (2018). Prosocial citizens without a moral compass? Examining the relationship between Machiavellianism and unethical pro-organizational behavior. *Journal of business ethics*, 149(4), 919-930.
- Cheng, K., Hu, P., Guo, L., Wang, Y., & Lin, Y. (2022). A contingency perspective of pro-organizational motives, unethical pro-organizational behavior, and organizational citizenship behavior. *Frontiers in Psychology*, 13, 935210.
- De Clercq, D., Haq, I. U., & Azeem, M. U. (2019). Workplace ostracism and job performance: roles of self-efficacy and job level. *Personnel Review*, 48(1), 184-203.
- Doğan, S. (2022). Sağlık kurumlarında örgütsel özdeşleşme ile etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İşletme Akademisi Dergisi*, 3(2), 217-228.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
- Enthoven, A. C. (1993). Health care costs: a moral and economic problem. *California Management Review*, 35(2), 134-151.
- Ferris, D. L., Brown, D. J., Berry, J. W., & Lian, H. (2008). The development and validation of the Workplace Ostracism Scale. *Journal of applied psychology*, 93(6), 1348.
- Francis, A. G. (2019). Is 'Business Ethics' what we Think it is? a Study of the Portuguese's Social Representation of Business Ethics [Doctoral dissertation]. Universidade de Coimbra.
- Gürsoy, A. (2020). Otel çalışanlarının örgüt yararına ahlaki olmayan davranışları: İş tatmini, lider üye etkileşimi ve örgütsel adaletin rolü. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 2655-2668.
- Jones, C., Parker, M., & Ten Bos, R. (2005). *For business ethics*. Routledge.
- Jones, E. E., Carter-Sowell, A. R., Kelly, J. R., & Williams, K. D. (2009). 'I'm out of the loop': ostracism through information exclusion. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(2), 157-174.
- Jones, T. M. (1991). Ethical decision making by individuals in organizations: An issue-contingent model. *Academy of management review*, 16(2), 366-395.
- Kaptein, M. (2008). Developing a measure of unethical behavior in the workplace: A stakeholder perspective. *Journal of management*, 34(5), 978-1008.
- Karagöz, A., & Özgener, Ş. (2018). Örgüt yanlısı etik olmayan davranışlar ile bağlamsal performans arasındaki ilişkide liderin algılanan etik inancının moderatör rolü [Doktora Tezi]. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Krishnamurthy, P. (2011). An introduction to ethics. Available at SSRN 1781502.
- Lewis, P. (1985). Defining 'business ethics': Like nailing jell-o to a wall. *Journal of Business Ethics*, 4(5), 377-383.

- Li, G. (2018). Workplace ostracism, emotional labor, nurse-patient relationship and turnover intention: A process model of workplace ostracism and its consequence in nursing Professional, (Doctoral thesis), Institute Unversitairo de Lisboa, Lisbon.
- Liu, H., & Xia, H. (2016). Workplace ostracism: A review and directions for future research. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 4(3), 197-201.
- Liu, X., Zhang, H., & Yu, X. (2023). Effects of Workplace Ostracism on Pro-Job Unethical Behavior: The Role of Moral Disengagement, Interpersonal Sensitivity and Self-Serving Political Will. *Psychological Reports*, 00332941231207775.
- Michalos, A. C., & Poff, D. C. (Eds.). (2012). *Citation classics from the journal of business ethics: Celebrating the first thirty years of publication (Vol. 2)*. Springer Science & Business Media.
- Mumcu, A. (2022). Ahlaki çözümlenin etik olmayan örgüt yararına davranış üzerindeki etkisi: Demografik faktörlerin düzenleyici rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 481-491.
- Özcan, H. M. (2022). İş yerinde dışlanmanın psikolojik performans üzerindeki etkisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 221-238.
- Preena, R. (2021). Perceived workplace ostracism and deviant workplace behavior: The moderating effect of psychological capital. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*.
- Sharma, V., Mishra, V., & Uppal, N. (2023). Support to sin: a moderated mediation model of perceived organizational support's effect on unethical pro-organizational behavior among Indian nationals. *International Journal of Manpower*, 44(3), 484-502.
- TDK (Türk Dil Kurumu), Genel açıklamalı sözlük. "Dışlanma". <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 19 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- Wu, L. Z., Yim, F. H. K., Kwan, H. K., & Zhang, X. (2012). Coping with workplace ostracism: The roles of ingratiation and political skill in employee psychological distress. *Journal of Management Studies*, 49(1), 178-199.
- Tugay, Ü. Ve Polatci, S. (2023). Aydınlık ve karanlık üçlünün etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar sergileme motivasyonları: Banka personeli üzerine nitel bir araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(2), 230-259.
- Tugay, Ü. Ve Polatcı, S. (2023). Kurumsal dünyada karanlık ve aydınlık taraf: Kişilik özelliklerinin etik olmayan örgüt yanlısı davranışlar üzerindeki etkisinin keşfi. *Sosyal Mucit Academic Review*, 4(4), 503-531.
- Umphress, E. E., & Bingham, J. B. (2011). When employees do bad things for good reasons: Examining unethical pro-organizational behaviors. *Organization science*, 22(3), 621-640.
- Umphress, E. E., Bingham, J. B., & Mitchell, M. S. (2010). Unethical behavior in the name of the company: the moderating effect of organizational identification and positive

- reciprocity beliefs on unethical pro-organizational behavior. *Journal of Applied Psychology*, 95(4), 769.
- Van Beest, I., & Williams, K. D. (2006). When inclusion costs and ostracism pays, ostracism still hurts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 918.
- Wang, H., Zhang, Y., Li, P., & Henry, S. E. (2023). You raise me up and I reciprocate: Linking empowering leadership to organizational citizenship behavior and unethical pro-organizational behavior. *Applied Psychology*, 72(2), 718-742.
- Wang, X., Zheng, X., & Zhao, S. (2022). Repaying the debt: An examination of the relationship between perceived organizational support and unethical pro-organizational behavior by low performers. *Journal of Business Ethics*, 179(3), 697-709.
- Waters, J. A., & Bird, F. (1989). Attending to ethics in management. *Journal of Business Ethics*, 8, 493-497.
- Wiernik, B. M., & Ones, D. S. (2018). Ethical employee behaviors in the consensus taxonomy of counterproductive work behaviors. *International Journal of Selection and Assessment*, 26(1), 36-48.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 425-452.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism: The kiss of social death. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 236-247.
- Williams, K. D. (2009). Ostracism: A temporal need-threat model. *Advances in experimental social psychology*, 41, 275-314.
- Williams, K. D., & Gerber, J. (2005). Ostracism: The making of the ignored and excluded mind. *Interaction Studies*, 6(3), 359-374.
- Wu, L., Yim, F. H., Kwan, H. K., & Zhang, X. (2012). Coping with Workplace Ostracism:
- Zhang, B., & Xu, D. (2023). Unethical pro-supervisor behavior and employees' family satisfaction: The roles of workplace ostracism and work-home segmentation preference. *Current Psychology*, 1-11.
- Zhang, S. (2020). Impact of workplace ostracism on unethical pro-organizational behaviors. *Personnel Review*, 49(8), 1537-1551.
- Zhao, H., Xia, Q., He, P., Sheard, G., & Wan, P. (2016). Workplace ostracism and knowledge hiding in service organizations. *International Journal of Hospitality Management*, 59, 84-94.
- Zheng, X., Yang, J., Ngo, H. Y., Liu, X. Y., & Jiao, W. (2016). Workplace ostracism and its negative outcomes. *Journal of Personnel Psychology*.