

SHKUD

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURAM VE UYGULAMA DERGİSİ

Yılda üç kez yayımlanır

Cilt: 1 Sayı: 2 Ocak 2021



Sağlık Hizmetlerinde Veri Madenciliğinin Kullanımı: Türkiye’de
Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi
Sema DÖKME YAĞAR

Nesne İlişkileri Kuramı, Bağlanma Kuramı ve Transaksiyonel Analize
Göre Emzirmenin Önemi
İrem ÖZEL BİLİM

Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Yönetimi Bölümü
Öğrencilerinin Yolsuzluk Algılamaları
Deniz Tugay Arslan

COVID-19 Öncesi ve Süresince Dünya Sağlık Örgütü: Hazırlıklar,
Çabalar ve Eleştiriler
Mustafa Said Yıldız

Toplumun Koruyucu Aile Hizmetine Bakışı: Konya İli Örneği
Hasan Hüseyin TEKİN, Merve TEKİN

Sağlık Kurumlarında Verimlilik Yönetimi: Eczane Örneği
Serkan PARILDAR, Orhan PARILDAR, Burak AYDOĞDU



ISSN:

2718-0794

DERGİ HAKKINDA

Bağımsız bir akademik yayın organı olan “Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi” Eylül, Ocak ve Mayıs aylarında, yılda üç kez yayınlanan hakemli bir dergidir.

Yayın Türü

Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda Üç Sayı

Yayımcı

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR

Yayın Kurulu Başkanı

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkan Yardımcısı

Dr. Deniz Tugay ARSLAN

Yayın Sekreteri

Arş. Gör. Elif ERBAY

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Arş. Gör. Jebağı Canberk AYDIN

İngilizce Dil Editörü

Ezgi TOYGAR

Türkçe Dil Editörü

Erol TANRIBUYURDU

İstatistiksel Analiz Editörü

Dr. Öğr Üy. Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN

Teknik Editörler

Ögr. Gör. Fadime ULUPINAR - Sibel MELER - Sema DÖKME YAĞAR - Ali İhsan ÖKSÜZ

Dizgi - Grafik Tasarım

Pelikan Yayınevi Grafik Birimi

Basım Yeri

SAGE Yayıncılık Rek. Mat. San. Tic. Ltd. Şti Tel: (312) 341 00 02

YAYIN KURULU

- Çağdaş Erkan AKYÜREK, Ankara Üniversitesi
Şükrü Anıl TOYGAR, Selçuk Üniversitesi
Jebağı Canberk AYDIN, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Deniz Tugay ARSLAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Altuğ Murat KÖKTAŞ, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Aliye Aslı SONSUZ, İstanbul Medipol Üniversitesi
Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Elif ERBAY, Ankara Üniversitesi
Mario A. PFANNSTIEL, Neu-Ulm University of Applied Sciences
Menderes TARCAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Mehmet TOP, Hacettepe Üniversitesi
Nebahat ÖZERDOĞAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ersen ALOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Işıl Şirin SELÇUK, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Hüseyin ARSLAN, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Gaye ATILLA, Süleyman Demirel Üniversitesi
Emine ÇETİN ARSLAN, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Mine BAYDAN, Ankara Üniversitesi
Mustafa Berkay AYDIN, Bursa Uludağ Üniversitesi
Aysu KURTULDU ZEKİOĞLU, Trakya Üniversitesi
Yasemin ÇEKİÇ, Ankara Üniversitesi
Duygu HATİPOĞLU AYDIN, Hacettepe Üniversitesi
Erdoğan KALAYCI, Ankara Üniversitesi
Çağdaş CEYHAN, Anadolu Üniversitesi
Hasan Hüseyin TEKİN, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Fulya AKGÜL GÖK, Ankara Üniversitesi
Mustafa ÖZGÜR, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Selim TOSUN, Ankara Üniversitesi
Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi
Tuba YÜCEER KARDEŞ, Süleyman Demirel Üniversitesi
Taşkın TAŞTEPE, Ankara Üniversitesi
Çağdaş Salih MERİÇ, Gaziantep Üniversitesi
Eda Özge YAZGAN, Ankara Üniversitesi
İbrahim H. CANSEVER, Süleyman Demirel Üniversitesi
Hatem H. ALSAQQA, Ankara Üniversitesi
Tamadur SULEIMAN SHUDAIFAT, Al al-Bayt Üniversitesi
Ebru YÜKSEL HALİLOĞLU, Gazi Üniversitesi

ENDEKS BİLGİSİ



ÖN SÖZ

Bilimin ve bilginin ışığıyla çalışanlara, üretene,

Merhaba!

Büyük bir heves, coşku ve istekle çıktığımız yolda değerli bilim emekçilerinin de katkılarıyla yayınladığımız ilk sayının ardından, yine aynı duygular içerisinde **Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi**'nin ikinci sayısını okurlarımızın takdirine sunuyoruz. İlk sayımızın gördüğü ilgi ve yaşattığı gururun yanı sıra, acemiliklerini ve eksikliklerini sonuna kadar kabul ediyor, her birinden teker teker değerli tecrübeler ediniyoruz. Öğrenerek ve gelişerek ilerleme kaygısının çok önemli bir yol gösterici olduğuna sonuna kadar inanıyoruz.

Sağlık Yönetimi alanının yanı sıra Hemşirelik ve Sosyal Hizmet disiplinlerinden gelen araştırmacı ve yazarların çalışmalarını yayınlamak üzere dergimizi tercih etmeleri, ilk adımı atarken **sağlık hizmetleri çerçevesinde** farklı disiplinler için de bir bilgi paylaşım mecrası olma arzumuzu destekliyor ve doğru yolda bir adım daha atmamızı sağlıyor. Bu bağlamda çok daha farklı disiplinlere de kapılarımız ardına kadar açıktır.

Bu sayının **“Sağlık Hizmetlerinde Veri Madenciliğinin Kullanımı: Türkiye’de Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi”** başlığını taşıyan ilk çalışmada **Sema DÖKME YAĞAR**, bilgi sistemlerinin her geçen gün gelişmesi sayesinde devasa bir yığına dönüşen veri miktarının yarattığı karmaşa içerisinde, doğru veriyi ayıklayarak, faydalı biçimde kullanma amacı güden **“Veri Madenciliği”** başlığına yönelik akademik ilgiyi, Türkiye’de yapılan lisansüstü tez çalışmaları kapsamında irdelemiş ve çalışmalarını bu yöne sevk etme düşüncesinde olan araştırmacılara değerli ipuçları sunmuştur. **“Nereden başlamalıyım?”** sorusu ile karşı karşıya kalmış araştırmacıların özellikle ilgisine mazhar olacağını düşünüyoruz.

“Nesne İlişkileri Kuramı, Bağlanma Kuramı ve Transaksiyonel Analize Göre Emzirmenin Önemi” başlıklı çalışmada İrem ÖZEL BİLİM, emzirme sürecinde anne ile bebek arasında oluşması istenen ve beklenen güvenli bağlanma sürecinin, aslında bebeğin hayatının geri kalan kısmında kişiler arası ilişkilerini nasıl şekillendirdiğine yönelik son derece ilgi çekici bilgiler paylaşmıştır. Ebeveynlerimizden bize miras kalan ve bizim de bir şekilde çocuklarımıza aktardığımız ama aslında gelecekte toplum içerisindeki duruşlarını nasıl bilerek ya da bilmeyerek şekillendirdiğimizi görmek bazen sarsıcı olabiliyor.

Üçüncü makalede ise, gelecekte sağlık sistemini yönetmeye talip olan ve belki de söz konusu sistemi şekillendirebilecek konumlara gelmeye aday sağlık yönetimi öğrencilerinin yolsuzluk konusuna yönelik algı durumları ele alınmıştır. **“Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Yolsuzluk Algılamaları”** başlıklı makalesinde **Deniz Tugay ARSLAN**, toplumsal adaletsizliğin en önemli nedenleri arasında ilk sırada gelen yolsuzluk konusuna, öğrencilerinin penceresinden bakmaktadır.

Hayatımızı tüm boyutlarıyla sarsan Covid-19 Pandemisi sürecinin başlangıcından bu yana en çok tartışılan aktör Dünya Sağlık Örgütü oldu. **“COVID-19 Öncesi ve Süresince Dünya Sağlık Örgütü: Hazırlıklar, Çabalar ve Eleştiriler”** başlıklı makalesiyle **Mustafa Said YILDIZ**, konuyu etraflıca toparlayarak belirli bir sistematik içerisinde okuyucuya sunuyor. Küresel sağlığın en önemli aktörü üzerine yürütülen tartışmalar, bir de bu perspektiften okunulmaya değer.

Dünyadaki tüm çocukların aileleriyle birlikte olma ve sağlık bir çevrede yaşama hakkı vardır. Tartışmasız bir gerçeklik ve gereklilik olduğu şüphesiz. **Hasan Hüseyin TEKİN** ve **Merve TEKİN** ise **“Toplumun Koruyucu Aile Hizmetine Bakışı: Konya İli Örneği”** başlıklı çalışmalarında bize **“Peki, ya pek çok sebeple ailelerinden uzak kalan çocuklar?”** sorusunu hatırlatarak, bu konudaki toplumsal algıyı irdeliyorlar.

Sayının son makalesinde ise **Serkan PARILDAR**, **Orhan PARILDAR** ve **Burak AYDOĞDU**, bulunduğumuz yüzyılın en önemli kavramlarından biri olan verimliliği ele alıyorlar. “**Sağlık Kurumlarında Verimlilik Yönetimi: Eczane Örneği**” başlıklı çalışmalarında yazarlar öncelikle araştırmaya konu olan karar verme birimlerinin verimliliğini değerlendirerek, nasıl daha verimli olabilecekleri konusunda da öneriler sunuyorlar. Gerçek hayatta karşılaşılan gerçek işletme sorunlarına gerçek verilere dayanarak verilmiş değerli cevapları içeren çalışmanın ilgi göreceği aşikâr.

Elektronik yayıncılığın inkâr edilemez ilerleyişine ve üstünlüklerine rağmen pek çoğumuz halen kâğıda tutkunuz. Harcanan emeğin ürünü somut olarak görmenin verdiği doyum ise bambaşka. Başlangıçta hiç aklımızda yokken, dergimizi profesyonel ve deneyimli bir ekibin elinden basılmış halde görmenin verdiği mutluluk ise paha biçilemez. Bu mutluluğu bize hiçbir maddi karşılık beklemezsiniz yaşatan, Türkiye'nin en seçkin yayınevlerinden **Pelikan Yayınevi**'nin Değerli Genel Yayın Yönetmeni **Gamze ÇELİK**'e ve tasarımda büyük emeği geçen **Utku ÇETİN**'e sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

Biz **Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi** olarak, araştırmacıları dayanaksız biçimde kalıplara sokmaya çalışmayan, farklı sesleri ve görüşleri değersizleştirme çabası gütmeyen, şans tanıyan ve bunu bilimsel ve etik kurallardan ödün vermeden gerçekleştirme amacıyla, **bağımsız** bir yayın organı olmayı sürdüreceğiz.

İlkeli, dürüst, sadece kendi emeğine güvenerek, kendi zekâsını kullanma cesaretini göstererek sorgulayan, yazan, üreten ve paylaşan araştırmacılara, akademisyenlere ve okurlara selam olsun.

SHKUD Yayın Kurulu Adına

Doç.Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkanı

Sağlık Hizmetlerinde Veri Madenciliğinin Kullanımı: Türkiye’de Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi

Use of Data Mining in Healthcare: Investigation of Graduate Thesis in Turkey

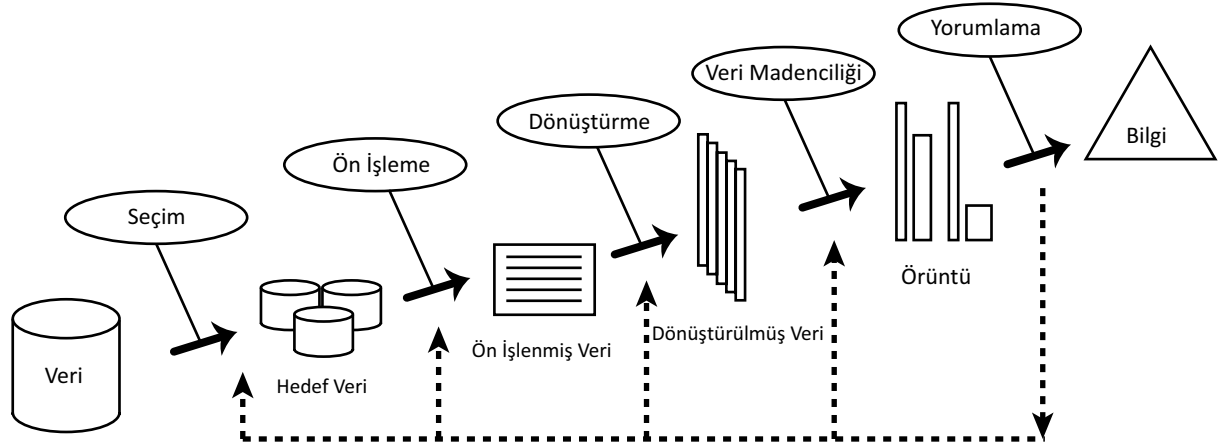
Sema DÖKME YAĞAR¹ *¹ Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|--|---|
| <p>Makale Türü: Sistemik Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Veri Madenciliği, Sınıflandırma, Kümeleme, Birliktelik Kuralları, Sağlık</p> <p>Keywords: Data Mining, Classification, Clustering, Association Rules, Health</p> <p>Sorumlu Yazar Sema DÖKME YAĞAR</p> <p>Adres: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye</p> <p>E-mail: semadokme@ gmail.com</p> | <p>Büyüyen veri yığınları arasından ihtiyaç duyulan bilgilere ulaşmak her geçen gün zorlaşmaktadır. Günümüz rekabet koşullarında doğru bilgiye ulaşmak yöneticiler için oldukça önemli hale gelmiştir. Bu büyük veri yığınları arasından doğru ve hızlı bilgiye ulaşmak için bilgisayar tabanlı bilgi sistemleri olan veri madenciliği geliştirilmiştir. Bu yöntemin diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanındaki kullanımının da her geçen gün arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada, veri madenciliği ile ilgili sağlık alanında Türkiye’de son yıllarda hangi konularda çalışıldığını ve daha çok hangi yöntemlerin kullanıldığını belirlemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda veri madenciliği ile ilgili Türkiye’de sağlık alanında yapılan lisansüstü tezler bazı temel kriterler dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmalarda en çok tekniklerin karşılaştırıldığı, hekimlerin ve yönetimlerin karar vermelerine yardımcı olma konularında çalışmalar yapıldığı tespit edilmiştir. Yapılan tezlerin büyük bir çoğunluğunun “sınıflandırma” yöntemleri başlığı altında yer aldığı görülmüştür. Sınıflandırma yöntemlerinden de en çok karar ağaçları ve Bayes sınıflandırması tekniklerinin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Örneklem grubu olarak neredeyse araştırmaların tümünde hastaların dikkate alındığı ve en fazla kanser hastaları üzerinde araştırmalar yapıldığı görülmüştür. Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlere bakıldığında, klinik araştırmalar ile ilgili çalışmaların yapıldığı fakat idari konularda ve sağlık çalışanları üzerinde yeterli çalışmaların yapılmadığı belirlenmiştir.</p> |
| | ABSTRACT |
| | <p>It is getting harder every day to reach the information we need among the growing data stack. In today’s competitive conditions, reaching the right information has become very important for managers. Data mining, which is a computer-based information system, has been developed in order to reach accurate and fast information among this large data stack. It is known that the use of this method in the field of health is increasing day by day, as in other areas. In this study, in health-related fields of data mining in recent years in Turkey it aimed to determine which studied the issues and what methods are being used more. In this context, data mining postgraduate studies in health related fields in Turkey thesis have been analyzed taking into consideration some basic criteria. It has been found that most of the studies are compared with the techniques, and studies are conducted on helping physicians and administrations make decisions. It has been seen that most of the were made under the title of “classification” methods. Among the classification methods, it has been observed that decision trees and Bayes classification techniques are mostly used. As a sample group, it has been observed that almost all of the studies take into account patients and mostly studies are on cancer patients. Looking at the graduate theses held in Turkey, where the research related to clinical trials, but it was observed that no adequate studies on the health care workers and administrative matters.</p> |

1. GİRİŞ

Veri boyutu günden güne büyümektedir. Büyük, karmaşık, bilgi açısından zenginleştirilmiş veri kümelerini anlama ihtiyacı teknoloji, iş dünyası ve bilimin çeşitli alanlarında artmıştır. Verilerden bilgi bulmak için yeni teknikler de dahil olmak üzere bilgisayar tabanlı bilgi sistemi uygulama süreci olarak ifade edilen veri madenciliği yaklaşımı ortaya çıkmıştır (Jothi ve Husain, 2015). Veri madenciliği, veri tabanlarında daha önce bilinmeyen kalıpları, eğilimleri bulma ve tahmin modelleri oluşturmada kullanılan süreç olarak tanımlanabilir. Ayrıca, daha önce bilinmeyen örüntüleri ortaya çıkarmak için geniş veri depolarını kullanarak veri seçme, keşif ve model oluşturma süreci olarak ifade edilmektedir (Koh ve Tan, 2011). Kısacası veri madenciliği, büyük veri kümelerinde ilginç, beklenmedik veya değerli yapıların keşfedilmesidir. Bu nedenle, iki farklı yönü vardır. Bunlardan biri büyük ölçekli, “küresel” yapılarla ilgilidir ve amaç dağılımların şekillerini veya özelliklerini modellemektir. Diğeri küçük ölçekli, “yerel” yapılarla ilgilidir ve amaç, anormallikleri tespit etmek ve gerçek ya da şans olayları olup olmadığına karar vermektir (Hand, 2007).

Veri madenciliğinin tarihsel gelişimine bakıldığında altı dönem olduğu görülmektedir. Sayım için ilk bilgisayarlar 1950’lerde kullanılmıştır. Veri tabanı ve verilerin depolanması kavramları 1960’larda ortaya çıkmış ve basit öğrenmeli bilgisayarlar 1960’ların sonunda geliştirilmiştir. İlişkisel Veri Tabanı Yönetim Sistemleri uygulamaları 1970’ler de kullanılmıştır. Büyük miktarda veri içeren veri tabanları 1980’lerde oluşturulmuş ve 1990’larda oluşan bu büyük veri tabanlarından faydalı verilerin nasıl çekileceğinin tartışılması üzerine konu ile araştırmalar yapılmıştır. Araştırmaların sonucunda 1992 yılında veri madenciliği için ilk yazılım gerçekleştirilmiştir. Veri madenciliği sürekli olarak gelişim göstermiş ve 2000’li yıllarda her alanda uygulanmaya başlanmıştır (Savaş vd., 2012).



Şekil 1. Veri Tabanlarında Bilgi Keşfi

Kaynak: Emre, İ. E. ve Erol, Ç. S. (2017). Veri Analizinde İstatistik mi Veri Madenciliği mi?. International Journal of Informatics Technologies, 10(2): 161-167.

Şekil 1’de görüldüğü üzere, veri madenciliği temel olarak beş aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; veri seçimi, ön işleme, dönüştürme, veri madenciliği ve yorumlama/değerlendirmedir. Kısaca açıklamak gerekirse (Yıldırım vd., 2008);

- **Veri seçimi:** Çalışılacak veri tabanlarının dikkate alınarak ilgili verilerin bu kaynaklardan çekilmesi ve veri dosyasının oluşturulmasıdır.
- **Ön işleme:** Bu aşamada eksik veya hatalı veriler düzeltilip; anormal veriler kaldırılır.
- **Dönüştürme:** Elde edilen veriler kategorize edilmeye çalışılır, ilgili özellikler seçilir ya da boyut azaltma yoluna gidilir.
- **Veri Madenciliği:** Bu aşamada veriler için uygun olan bir algoritma seçilir ve bu algoritma, dönüştürülen (hazırlanan) verilere uygulanır.
- **Yorumlama/Değerlendirme:** Veri madenciliği sonucunda elde edilen bilgiler ve özellikler yorumlanır ya da değerlendirilir.

Veri madenciliği ile ilgili bahsedilmesi gereken bir diğer önem husus ise, veri madenciliğini etkileyen etmenlerdir. Bu etmenler “veri, donanım, bilgisayar ağları, bilimsel hesaplamalar ve ticari eğilimler” olmak üzere beş başlık altında incelenebilir. Veri, bu yaklaşımın günümüzde bu kadar önemli hale gelmesindeki temel etken olarak görülmektedir. Donanım, birkaç yıl önce üzerinde madencilik yapılamayan veriler ile çalışma imkânı sağlamıştır. Bu durumda gelişen belleklerin ve işlem hızı kapasitelerinin etkisi çok büyüktür. Bilgisayar ağları, özellikle günümüzde internetin çok hızlı hale gelmesi ile birlikte farklı algoritmaları kullanma ve günlük verileri analiz etme noktasında olanaklar sağlamıştır. Bilimsel hesaplamalar ile birlikte bilgi keşfi, teori, deney ve simülasyonun birbirine bağlanması kolaylaşmıştır. Bilim adamlarına göre, bilimin üçüncü yolu olarak simülasyonun ortaya çıkmasına olanak tanımıştır. Son olarak, ticari eğilimler de işletmelere rekabet etmede avantajlar sağlamış, daha hızlı hareket etmelerini, daha yüksek kalitede hizmet sunmalarını ve bunları minimum maliyet ve az sayıda insan gücü ile yapmalarını sağlamıştır (Savaş vd., 2012).

2. VERİ MADENCİLİĞİ MODELLERİ

Veri madenciliği modelleri genel olarak iki kısımda incelenmektedir. Bunlar; tahmin edici modeller ve tanımlayıcı modellerdir. Bilinen verilerin dikkate alınmasıyla bilinmeyen bir değer tahmin edilmeye çalışılıyorsa tahmin edici modeller kullanılıyor demektir. Regresyon ve sınıflandırma analizleri bu modellere örnek olarak verilebilir. Diğer yandan, tanımlayıcı modeller aracılığıyla da verilerdeki gizli ortak özellikler ve ilişkiler araştırılmaktadır. Birlikte kuralları ve kümeleme analizi gibi yöntemler örnek olarak gösterilebilir (Yıldırım vd., 2008).

2.1. Sınıflama ve Regresyon

Gelecek veri eğilimlerini tahmin etmek amacı ile kullanılan analiz yöntemleridir. Kategorik değerleri tahmin etme noktasında sınıflama, süreklilik gösteren verileri tahmin etme noktasında ise regresyon kullanılmaktadır. Örneğin, bir bankanın kredi uygulamalarını güvenli veya riskli olmalarına göre kategorize etmek istendiğinde sınıflama modeli kurulabilir. Diğer yandan, mesleği ve geliri belli olan bireylerin bilgisayar ürünleri alırken yapacağı harcamaları tahmin etmek içinde regresyon modeli kurulabilir (Özkes, 2003). Sağlık açısından bakıldığında, belirli bir tedavi yönteminin belirli bir hastayı tedavi edip etmeyeceğini, zarar vereceğini veya herhangi bir etkisi olmayacağını tahmin etmek için sınıflama yöntemleri kullanılabilir. Aynı zamanda hastaneye bir yıl içinde yapılması beklenen başvuru sayısını tahmin etmek içinde regresyon modellerine başvurulabilir. *“Hangi hastaların iyileşme olasılığı daha yüksek (protokole göre)?”* veya *“Kimin başka bir kalp krizi geçirmesi daha olasıdır?”* gibi soruların cevaplanması noktasında da hem sınıflandırma hem de regresyon yöntemleri dikkate alınabilir (Kudyba, 2010).

Regresyon ve sınıflama modelleri kapsamında kullanılan birçok teknik yer almaktadır. Karar ağaçları ve yapay sinir ağları en çok kullanılan teknikler olarak örnek gösterilebilir. *Karar ağaçları*, sınıflama modelleri içerisinde en yaygın olarak kullanılan tekniktir. Nedeni ise veri tabanlarına kolay bir şekilde entegre edilebiliyor olması, kolay yorumlanabilir olması, kuruluşunun ucuz olması ve güvenilir olmasıdır. Adından anlaşılacağı üzere, ağaç şeklinde bir yapıya sahiptir ve karar düğümü, yaprak ile dallardan oluşur. Karar ağacı işlemleri kök düğümler ile başlar ve yaprağa ulaşana kadar devam eder. Her karar düğümünde bir test gerçekleşir. Gerçekleşen test sonucunda veri kaybı yaşanmadan dallara ayrılma meydana gelir. Her düğümde test gerçekleştirilebilir. Dalın ucunda test gerçekleştirilmediğinde bir karar düğümü meydana gelir. Elde edilen sonuçta bir sınıflama oluşuyorsa, o dalın neticesinde bir yaprak meydana gelir. Bu yaprak ile birlikte, veri üzerinde belirlenmek istenen sınıflar oluşur (Özkes, 2003).

Yapay sinir ağları (YSA), temel olarak insan beyni örnek alınarak oluşturulmuş bir teknolojidir. YSA, beynin bir işlevi yerine getirme yöntemini modellemek için tasarlanan bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu yapıda yapay nöronlar basit bir şekilde kümelendirilmektedir. Yapılan bu kümelendirmeler tabakalar haline getirilip daha sonrasında birbiri ile ilişkilendirilmektedir. Bu noktada dış mekan ile bağlantılı olan nöronlar bulunmaktadır. Bunun nedeni ise, bazı nöronların girdileri iletilmesi bazı nöronların çıktılarını iletilmesi gerekliliğidir. Bu nöronlar dışında kalanlar ise gizli tabakalardadırlar, sadece ağ içinde bir bağlantıları mevcuttur (Ataseven, 2013).

2.2. Kümeleme

Verileri kümelere ya da sınıflara ayırma işlemine kümeleme denilmektedir. Makine öğrenimi, biyoloji ve istatistik gibi birçok alanda kullanılmaktadır. Sınıflama modelinde olduğu gibi belirli bir veri sınıfı yoktur. Sınıfları bulunmayan veriler gruplar halinde kümelere ayrılırlar (Özkes, 2003). Örneğin, bir hastalık / hasta segmentasyon modeli oluşturmak, benzer özelliklere sahip hastalıkların belirgin semptomlarını bulmak için kullanılabilir. *“Yüksek riskli hastaları nasıl tanımlayabilirim?”* ya da *“Hizmet kalitesini (veya hasta memnuniyetini) nasıl artırabilirim?”* gibi soruların cevabını aranıyorsa kümeleme yöntemleri dikkate alınabilir (Kudyba, 2010).

Literatüre bakıldığında kümeleme ile ilgili birçok teknik bulunmaktadır. Bölme yöntemleri ve hiyerarşik yöntemler en çok kullanılan teknikler arasında gösterilmektedir. *Bölme yöntemlerinde*, “n” veri tabanındaki nesne sayısı, “k” oluşturulacak küme sayısını ifade etmektedir. Bölme algoritması ile birlikte “n” adet nesne, “k” adet kümeye bölünür. Bölünme sonucunda oluşan kümelere nesnelere birbirlerine benzer, farklı kümedekiler ise farklı olurlar. K-means yöntemi, k-medoids yöntemi ve bunların varyasyonları en çok bilinen bölme yöntemleridir. *Hiyerarşik yöntemlerde*, veri nesnelere kümelere ağacı şeklinde gruplara ayrılırlar. Aşağıdan yukarıya (agglomerative hiyerarşik) ve yukarıdan aşağıya (divisive hiyerarşik) olmak üzere iki farklı şekilde meydana gelebilmektedir. Aşağıdan yukarıya doğru olan kümelemede ilk olarak her nesne kendi kümesini oluşturur. Daha sonra bu atomik kümeler bir araya gelmeye başlar ve tüm kümeler bir kümede toplanıncaya kadar devam eder. Yukarıdan aşağıya doğru olan kümelemede ise, tam tersi bir durum söz konusudur. Tüm kümeler tek bir kümede yer alırlar, bu nesnelere her biri tek başına küme oluşturuncaya kadar kümeler daha küçük parçalara bölünürler (Özkes, 2003).

2.3. Birliklilik Kuralları

Birliklilik kuralları, büyük veri kümeleri arasında birliklilik ilişkileri kurulması ile ortaya çıkmaktadır. Şirketler, veri tabanlarındaki topladıkları ve depoladıkları verileri dikkate alarak birliklilik kuralları oluşturmaya çalışırlar. En basit örnek market sepeti uygulamasıdır. Market yöneticileri süt alan bireyin ekmeğe alma olasılığını düşünerek bir araştırma yapıp, sonucunda oranı yüksek bulursa raflarını süt ile ekmeği yan yana olacak şekilde tekrar düzenleyebilir. Bu durumda ekmeğe satışlarını arttırabilecektir (Özkes, 2003). Sağlıkta ise ilişkilendirme yönteminin potansiyel bir kullanımı sağlıkta gruplama (bir araya getirme, ilişkilendirme) analizidir. Pandemiik sürveyansta ve belirli hastalıklar için tedavi protokollerinin tanımlanmasında oldukça yararlı olan bir yöntemdir. Viral veya bakteriyel gibi bir grup oluşturma noktasında hangi hastalıkların birlikte olduğunu bulmak için kullanılabilir. Aynı şekilde, "Araştırma için hangi ilaçları kullanmalıyım (tedavi)?" sorusunun cevabını bulmak için de birliklilik kuralları dikkate alınabilir (Kudyba, 2010).

Birliklilik kurallarının üretilmesi noktasında en yaygın olarak kullanılan teknik *apriori algoritmasıdır*. Bu teknikte güven ve destek ölçütlerini karşılaştırabilmek için eşik değerler belirlenir. Uygulama sonucunda elde edilen değerlerin eşik değerine eşit ya da yüksek olması beklenir. Sonrasında destek sayıları hesaplanır ve eşik destek sayısından küçük olanlar elenir. Bu elemeyen sonra ortaya çıkan ürünler ikiye ayrılarak değerlendirilmeye alınır, tekrar sayıları oluşturulur ve eşik değerleri ile karşılaştırılarak altında olanlar çözümlenmeden çıkarılır. Bu süreçte ürünler üçerli ve dörderli gibi gruplandırılmalar yapılarak analize dahil edilir ve eşik değerler ile karşılaştırmalar yapılır. Süreç sonunda ürün grupları belirlenir, kural destek ölçütlerine bakılarak birliklilik kuralları türetilir ve bu kuralların her birisi ile ilgili olarak güven ölçütleri hesaplanır (Coşlu, 2013).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE VERİ MADENCİLİĞİ VE UYGULAMALARI

Günümüzde sağlık kuruluşları büyük miktarda veri üretip toplayabilmektedir. Veri hacmindeki bu artış, gerektiğinde verilerin otomatik olarak alınmasını gerçekleştirebilir. Veri madenciliği tekniklerinin kullanımı ile bilgi elde etmek ve ilginç, faydalı kalıpları belirlemek mümkündür. Bu yolla elde edilen bilgiler, iş verimliliğini ve karar alma kalitesini arttırmak için uygun sırayla kullanılabilir (Taranu, 2016). Son zamanlarda veri madenciliğinin sağlık hizmetlerindeki kullanımının giderek daha popüler hale geldiği görülmektedir. Çeşitli faktörler sağlık hizmetlerinde veri madenciliği uygulamalarının kullanımını motive etmiştir. Örneğin, sağlık sigortası sahtekarlığının ve istismarının varlığından dolayı, birçok sağlık sigortası kuruluşu suçluları bulmak için veri madenciliği araçlarını kullanmakta ve bu yaklaşımla birlikte kayıplarını azaltmayı hedeflemektedir. Son zamanlarda, sağlık sahtekarlığı ve kötüye kullanım tespitinde de başarılı veri madenciliği uygulamalarına ilişkin raporlar bulunmaktadır. Ayrıca veri madenciliği uygulamalarını kullanarak dolandırıcılık tespiti, ticari dünyada da yaygındır. Örneğin, hileli kredi kartı işlemlerinin tespitinde sıklıkla kullanılmaktadır (Koh ve Tan, 2011).

Sağlık kuruluşları tarafından üretilen veriler çok geniş ve karmaşıktır. Bu veriler, hastaneler, hastalar ve tedavi maliyeti gibi ayrıntıları içerir. Bu nedenle, bu karmaşık verilerden önemli bilgileri analiz etmek ve çıkarmak için güçlü bir araca ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık verilerinin analizi, hastane yönetiminin performansını artırarak sağlık hizmetlerini geliştirir. Veri Madenciliği teknolojilerinin sonucunda, sağlık kuruluşlarının etkili tedaviler sunabilmesini, benzer hastalık veya sağlık sorunlarına sahip hastaların gruplandırılması gibi fayda sağlamaktır. Ayrıca, hastaların hastanede kalış sürelerini tahmin etmek, tıbbi teşhis ve etkili bilgi sistemi yönetimi için plan yapmak için de yararlı olabilir (Tomar ve Agarwal, 2013).

Sağlık hizmetlerinde veri madenciliği uygulamasının kullanımında büyük bir potansiyel vardır. Tedavilerin etkinliği, sağlık yönetimi, müşteri ilişkilerinin yöntemi, dolandırıcılık ve istismar, hastane sıralaması, hastane enfeksiyon kontrolü ve daha akıllı tedavi tekniklerinin belirlenmesi gibi uygulamalar örnek olarak verilebilir.

Tedavinin Etkinliği: Tıbbi tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için veri madenciliği uygulamaları geliştirilebilir. Veri madenciliği, tedavinin nedenlerini, semptomlarını ve seyrini karşılaştırıp, hangi eylem yollarının etkili olduğunu gösteren bir analiz sunabilir. Örneğin, aynı hastalık veya durum için farklı ilaç rejimleri ile tedavi edilen hasta gruplarının sonuçları, hangi tedavilerin en iyi ve en uygun maliyetli olduğunu belirlemek için karşılaştırılabilir. Örneğin, bir Amerikan sağlık hizmeti şirketi olan United Healthcare, maliyetleri azaltmanın ve daha iyi ilaç sunmanın yollarını araştırmak için tedavi kaydı verilerini incelemiştir. Ayrıca, doktorlara tedavi uygulama kalıpları hakkında bilgi vermek, bunları diğer doktorların uygulamalarıyla ve endüstri standartlarıyla karşılaştırmak için klinik profiller geliştirmiştir. Benzer şekilde veri madenciliği, spesifik hastalıklar için başarılı standart tedavilerin belirlenmesine yardımcı olabilir. 1999 yılında Florida Hastanesi, tüm kampüs, klinik ve hasta kabullerinde standart bir bakım yolu geliştirmek amacıyla en iyi klinik uygulamalar girişimini başlatmıştır. Diğer yandan,

tedavilerle ilgili diğer veri madenciliği uygulamaları, tedavinin çeşitli yan etkilerini ilişkilendirmeyi, tanıya yardımcı olmak için ortak semptomları harmanlamayı, ana popülasyondan belirli ilaçlara farklı yanıt veren alt popülasyonları tedavi etmek için en etkili ilaç bileşiklerini ve proaktif adımları belirlemeyi içerir (Koh ve Tan, 2011).

Highmark kuruluşu, Medicaid ve Medicare geri ödemelerini almak için veri madenciliği teknolojilerini başarıyla kullanmıştır. Bunu başarmak için Highmark, hasta semptomlarını, sağlık geçmişini ve demografik bilgileri kullanarak bir karar ağacı modeli oluşturmuştur. Bu model, her hastanın sahip olacağı hastalık riskini tahmin etmek için kullanılmış ve 13 hastalık riskine göre hastaları sıralanmıştır. Hastaları hastalık riskine göre sıralamanın nedeni, yetersiz tanı konabilecek hastaları kolayca tanımlamaktır. Bu hastalar erken aşamada tespit edilirse, hizmet sağlayıcıları ve sigortacıların talepleri yeniden göndermeleri gerekmediğinden bakım maliyetleri azaltılabilir, çünkü Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri'nden alınan geri ödemeler teşhise bağlıdır. Bu karar ağaçları, modellenen hastalık sayısının artması nedeniyle yıllık olarak revize edilmektedir. Modelin kullanımı, Highmark'ın sağlık geri ödemesinde milyonlarca dolar tasarruf sağlamıştır (Yoo vd., 2012).

Hastalık Teşhisi: Veri madenciliği araçlarının başarılı sonuçlar verdiği uygulamalardan biridir. Kalp hastalığı son on yılda dünyanın önde gelen ölüm nedenidir. Bazı araştırmacılar, sağlık uzmanlarına kalp hastalığı tanısında yardımcı olmak için istatistiksel ve veri madenciliği araçlarını kullanmaktadır. Örneğin bir çalışmada, kalp hastalığı tanısında tek veri madenciliği tekniğinin kullanımını gösteren kapsamlı bir araştırma yapılmış ve hastalığın teşhisi noktasında veri madenciliğinin az da olsa kullanıldığı tespit edilmiştir (Shouman vd., 2012). Aynı şekilde Cerrito (2020) tarafından hazırlanan kitapta veri madenciliği yöntemi ile sağlık çıktılarının nasıl iyileştirilebileceği üzerinde farklı çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmada veri madenciliği yöntemlerinin kanser, astım ve diyabet gibi birçok alanda faydalı olabileceğine vurgu yapılmıştır.

Hastane Enfeksiyon Kontrolü: Enfeksiyon kontrol verilerindeki bilinmeyen veya düzensiz paternleri keşfetmek için veri madenciliği teknikleri kullanılarak muayeneler için bir sistem inşa edilebilmektedir. İlişkilendirme kuralları, kamu gözetimi ve hastane kontrol verilerinden beklenmedik ve ilginç bilgiler üretmek için kullanılabilir (Tomar ve Agarwal, 2013).

Sağlık Yönetimi: Sağlık yönetimine yardımcı olmak amacıyla kronik hastalık durumlarını, yüksek riskli hastaları daha iyi tanımlamak ve izlemek, uygun müdahaleleri tasarlamak, hastane kabul ve taleplerinin sayısını azaltmak için veri madenciliği uygulamaları geliştirilebilir. Örneğin, daha iyi tanı ve tedavi protokolleri geliştirmek için Arkansas Veri Ağı, geri kabul ve kaynak kullanımını incelenmekte ve en iyi tedavi seçeneklerini belirlemek için verilerini mevcut bilimsel literatürle karşılaştırmakta, böylece tıbbi bakımı desteklemek için kanıt kullanmaktadır. Ayrıca, Grup Sağlık Kooperatifi, hangi grupların en fazla kaynak kullandığını belirlemek için hasta popülasyonlarını ve demografik özelliklerini kullanmakta ve tıbbi koşulların güçlendirilmesini hedeflemektedir. Bu yaklaşımla birlikte popülasyonun eğitilmesi, olumsuz koşulların önlenmesi veya yönetilmesi için yardımcı programlar geliştirmektedir. Grup Sağlık Kooperatifi, daha düşük maliyetlerle daha iyi sağlık hizmeti sunmak için çeşitli veri madenciliği çalışmalarına katılmıştır. Seton Tıp Merkezi'nde veri madenciliği ise hastanın kalış süresini azaltmak, klinik komplikasyonlardan kaçınmak, en iyi uygulamaları geliştirmek, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve hekimlere bilgi sağlamak için kullanılır. Başka bir örnek olarak Blue Cross, daha iyi hastalık yönetimi yoluyla sonuçları iyileştirmek ve harcamaları azaltmak için veri madenciliği girişimleri uyguluyor. Örneğin, bilinmeyen astımlıları tanımlamak ve uygun müdahaleler geliştirmek için acil servis ve hastaneye yatış talepleri verileri, ilaç kayıtları ve doktor görüşmelerini kullanır. Veri madenciliği yüksek maliyetli hastaları tanımlamak ve anlamak için de kullanılabilir. Son zamanlarda, Sierra Sağlık Hizmetleri, tedavi kılavuzları, hastalık yönetimi grupları ve maliyet yönetimi dahil olmak üzere kalite iyileştirme alanlarını tanımlamak için veri madenciliğini kapsamlı bir şekilde kullanmıştır (Koh ve Tan, 2011).

Müşteri İlişkileri Yönetimi: Müşteri ilişkileri yönetimi ticari kuruluşlar (tipik olarak bankalar ve perakendeciler) ve müşterileri arasındaki etkileşimlerin yönetilmesinde temel bir yaklaşım olmakla birlikte, sağlık hizmetleri bağlamında da önemli bir boyutu oluşturmaktadır. Müşteri etkileşimleri çağrı merkezleri, doktor ofisleri, faturalandırma departmanları, yatan hastalar ve ayakta tedavi edilen hastalar aracılığıyla gerçekleşebilir. Ticari organizasyonlarda olduğu gibi sağlık sektöründeki bireylerin memnuniyet düzeylerini artırmak için tercihlerini, kullanım şekillerini, mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını belirlemek için veri madenciliği uygulamaları geliştirilebilir. Bu uygulamalar ayrıca bir sağlık hizmeti müşterisinin satın alacağı diğer ürünleri, hastanın reçeteli tedaviye uyup uymadığını veya önleyici bakımın gelecekteki kullanımda önemli bir azalma sağlayıp sağlamadığını tahmin etmek için kullanılabilir. Örneğin Müşteri Potansiyel Yönetimi A.Ş., bireyin 25 ana tanı kategorisi, seçilen teşhisle ilgili gruplar veya belirli tıbbi hizmet alanları tarafından tanımlanan belirli sağlık hizmetlerini kullanma eğiliminin bir göstergesi olan bir Tüketici Sağlık Hizmetleri Kullanım Endeksi oluşturmuştur. Milyonlarca hastanın milyonlarca sağlık hizmeti işlemine dayanan bu endeks, belirli sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanabilecek hastaları tanımlayabilir ve özel bakıma en çok ihtiyaç duyan hastaları bu ağlara erişmeleri için teşvik edebilir. Endeks, OSF Saint Joseph Tıp Merkezi tarafından stratejik zamanlarda en uygun hastalara doğru mesajları ve hizmetleri almak için kullanılmıştır. Sonuç, daha etkili ve verimli iletişimin yanı sıra gelir artışıdır (Koh ve Tan, 2011).

Dolandırıcılık ve İstismar: Sahteciliği ve kötüye kullanımı tespit etmeye çalışan veri madenciliği uygulamaları genellikle normlar oluşturur ve daha sonra doktorlar, laboratuvarlar, klinikler veya diğerleri tarafından alışılmadık veya anormal talep kalıplarını belirler. Diğer şeylerin yanı sıra, bu uygulamalar uygun olmayan reçeteleri veya tavsiyeleri, hileli sigorta ve tıbbi iddiaları gösterebilir. Örneğin, Utah Medicaid Dolandırıcılık Bürosu, olağandışı kalıpları tespit etmek ve dolandırıcılığı ortaya çıkarmak için milyonlarca reçete, operasyon ve tedavi kursu tarafından üretilen veri kütlesini incelemiştir. Aynı şekilde sahtecilik ve kötüye kullanım tespiti sonucunda Relia Star Finansal Şirketi, yıllık tasarruflarda yüzde 20'lik bir artış bildirmiş, Wisconsin Doktor Servis Sigortası Şirketi önemli tasarruflar kaydetmiş ve Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu on milyonlarca dolarlık yıllık tasarruf kaydetmiştir. Sahteciliği ve kötüye kullanımı tespit etmek için veri madenciliğini kullanmanın bir başka başarılı örneği, bir yıldan az bir süre çalıştıktan sonra 1998 yılında 2.2 milyon dolar toplayan ve 1.400 şüpheliyi tespit eden Teksas Medicaid Sahtekarlık ve Kötüye Kullanım Tespit Sistemi'dir. Başarısının farkında olan Texas sistemi olağanüstü başarısı ve teknolojinin yenilikçi kullanımı sayesinde en iyi ödülleri kazandı (Koh ve Tan, 2011).

Ulusal Sağlık Dolandırıcılığıyla Mücadele Derneği'ne göre, ABD'deki ulusal sağlık sigortası dolandırıcılığının 2003 yılında 51 milyar dolar değerinde olduğu tahmin edilmektedir (bu, ülkenin yıllık sağlık harcamalarının % 3'üdür). Bununla birlikte, hükümet ve kolluk kuvvetleri ulusal sağlık sigortası dolandırıcılığını 170 milyar dolar olarak tahmin etmektedir (harcamaların yaklaşık %10'udur). Bu sorunu çözmek için, bir sağlık sigortası şirketi Highmark, potansiyel sahtekarlık vakalarını tanımlamak için çok sayıda iddialara, müşterilere ve sağlayıcı verilerine dayanan sınıflandırma modelleri oluşturdu. Ortaya çıkan sahtekarlık tespit sistemi, sahtekarlığı tespit edebilecek ve gerçekleşmeden önce durdurabilecek öngörücü modeller oluşturmak için gerçek zamanlı veya gerçek zamanlıya yakın analiz yapmayı amaçlamaktadır. Bu veri madenciliği çabasının bir sonucu olarak Highmark, sınıflandırma sistemi emek yoğun işlerden kaçınmak için otomatik hale getirildiğinden, sahtekarlıkla ilgili soruşturma ve karar vermenin daha hızlı gerçekleştirildiğini keşfetti. Dolandırıcılığı tespit etme yeteneği, daha sonra normal ve sahtekarlık iddiaları arasındaki sapmaları daha iyi modellemek için kullanılacak daha hızlı bir çalışma döngüsü geliştirilebilir. Bu sürekli güncellenen veri madenciliği döngüsü 2005 yılında 11,5 milyon dolar tasarruf sağladı ve araştırmacılarıdaki iş yükünü önemli ölçüde azalttı (Yoo vd., 2012).

Hastane Sıralaması: Hastanelerin sıralarını belirlemek ve hastanelerin çeşitli fonksiyonlarını analiz etmek için farklı veri madenciliği yaklaşımları kullanılmaktadır. Hastanelerin sıralaması, yüksek riskli hastalarla başa çıkabilme yeteneklerine göre yapılır. Yüksek kapasiteli hastane yüksek riskli hastayı öncelikli olarak ele alırken düşük kapasiteli hastane risk faktörünü dikkate almaz (Tomar ve Agarwal, 2013).

Daha Akıllı Tedavi Teknikleri: Veri madenciliğini kullanarak doktorlar ve hastalar farklı tedavi teknikleri arasında kolayca karşılaştırma yapabilir. Mevcut tedavilerin etkinliğini analiz edebilir, hangi tekniğin daha iyi ve uygun maliyetli olduğunu öğrenebilirler. Veri madenciliği ayrıca, belirli tedavinin yan etkilerini tanımlamalarına, tehlikeyi azaltmak için uygun karar vermelerine ve tedavi için akıllı yöntemler geliştirmelerine yardımcı olur (Tomar ve Agarwal, 2013).

Hastanelerdeki Departmanların Verimliliklerinin Değerlendirilmesi: Veri madenciliği ile birlikte, sağlık kuruluşlarında yer alan ve verimsiz oldukları düşünülen bölümlerin değerlendirilmesi yapılabilmektedir. Örneğin, ABD'deki sağlık politikalarının değişmesi ile birlikte acil sağlık hizmetleri kullanımında büyük bir yoğunluk oluşmuştur. Bu problem ile ilgili yapılan bir çalışmada acil sağlık hizmetlerinin verimliliği veri madenciliği yöntemleri ile incelenmiş ve sorunun kurum bazında çözülebilmesi için iki temel öneride bulunulmuştur. Bunlar; gelen hastaların en yakın olan kliniğe nakledilmesi ve hemşirelerin bu süreçte daha aktif bir şekilde kullanılması olmuştur (Nfodjo, 2020).

4. SAĞLIKTA VERİ MADENCİLİĞİNDE KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Bilindiği üzere birçok sağlık verisi çeşitli sağlık kuruluşları tarafından üretilir ve saklanır. Ancak sağlıkla ilgili verilerle doğru kararların alınmasında ciddi engeller yaratabilecek çeşitli zorluklar vardır. Sağlık bakım verileriyle ilgili ilk zorluk, saklanan verilerin formatının her sağlık kuruluşuna göre farklı olmasıdır. Bugüne kadar depolanan veriler için standart bir format belirlenmemiştir. Örneğin, bir salgın hastalığın farklı coğrafi bölgelerde bir ülkeye yayıldığını varsayalım. Ülke sağlık bakanlığı, salgın durumun çözülebilmesi ve gerekli tüm adımları atmak için tüm sağlık kuruluşlarının analizlerini merkezi veri deposuyla paylaşmalarını şart koşmaktadır. Veri formatlarının farklı olmasından dolayı merkezde toplanan verilerin analizi normalden daha uzun sürebilir ve bu sebepten dolayı durumun kontrolden çıkmasına neden olabilir. Sağlık verileri, hastaların sağlık hizmetlerini iyileştirmede, anlamlı bilgileri elde etmede oldukça yararlıdır. Veri kalitesi çok önemlidir, çünkü hiçbir niteliği olmayan veriden anlamlı bilgiler çıkarılamaz. Dolayısıyla verilerin kalitesi de çok önemli bir zorluktur. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi korumak için gerekli tüm adımlar atılmalıdır. Veri paylaşımı bir diğer önemli sorundur. Ne hastalar ne de sağlık kuruluşları özel verilerini paylaşmakla ilgilenmezler. Bu nedenle, salgın durumları daha da kötüleşebilir, büyük bir nüfus için daha iyi tedaviler sağlamayı planlamak mümkün olmayabilir ve sağlık sigortası şirketlerinde sahtekarlık ve kötüye kullanımın tespitinde zorluk olabilir. Diğer bir zorluk ise bir ülkedeki tüm sağlık kuruluşlarının verilerini paylaştıkları veri ambarını oluşturmak çok maliyetli ve zaman alıcı bir süreçtir (Ahmad vd., 2015).

5. YÖNTEM

Bu çalışma, veri madenciliği ile ilgili Türkiye'de sağlık alanında yapılan lisansüstü tezlerle yönelik bir literatür incelemesidir.

5.1. Amaç

Türkiye'de sağlık alanında veri madenciliği ile ilgili yapılan tezlerde hangi konuların çalışıldığını ve daha çok hangi yöntemlerin kullanıldığını belirlemek amaçlanmıştır. Ayrıca lisansüstü tezlerle ilişkin bazı tanımlayıcı özellikler de değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında ele alınan araştırma soruları şu şekildedir:

- Veri madenciliği ile ilgili yapılan tezlerde hangi yöntemler kullanılmıştır?
- Veri madenciliği ile ilgili yapılan tezlerde konuların dağılımı nasıl olmuştur?
- Tezlerin temel amaçları nelerdir?
- Tezlerin yıllara, yazım diline ve lisansüstü düzeylerine (yüksek lisans veya doktora) göre dağılımı nasıldır?
- En çok hangi örneklem grubu üzerinde çalışılmıştır?
- Tezler hangi üniversitelerde ve anabilim dallarında yapılmıştır?

5.2. Tarama Stratejisi ve Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmada literatürün incelenmesinde doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ile ilgili araştırmalar belirli bir çerçevede incelenir, birbirleri ile ilişkilendirilir ve bütüncül bir resim elde edilmeye çalışılır (Şimşek, 2009).

Ocak 2008 – Aralık 2019 tarihleri arasında yapılan araştırmada, erişime açık olan lisansüstü tezler analiz edilmiştir. "Ulusal Tez Merkezi" veri tabanı üzerinden yapılan taramada "başlıklar" ve "özetler" dikkate alınmış ve farklı konularda yazılmış 1163 lisansüstü tez tespit edilmiştir. Tarama yapılırken bazı kriterler dikkate alınmıştır (Tablo 1). Tarama sonucunda 98 çalışmanın değerlendirilmesi gerektiğine karar verilmiştir.

Tablo 1. Tarama Kriterleri ve Sonuçları

| | |
|--|--|
| Veri Tabanları | <ul style="list-style-type: none">• Ulusal Tez Merkezi |
| Anahtar Kelimeler | <ul style="list-style-type: none">• Veri Madenciliği• Kümeleme• Sınıflandırma• Birliktelik Kuralı |
| Tarama Kriterleri | <ul style="list-style-type: none">• Tezin erişime açık olması• Türkiye'yi konu edinmiş olması• Sağlık alanında yapılmış olması• Tezlerin araştırma türünde olması (çalışmaların derleme türünde olmaması) |
| Tarama Çalışmaya Dahil Edilen Lisansüstü Tez Sayısı | <ul style="list-style-type: none">• 98 |

5.3. Veri Analizi

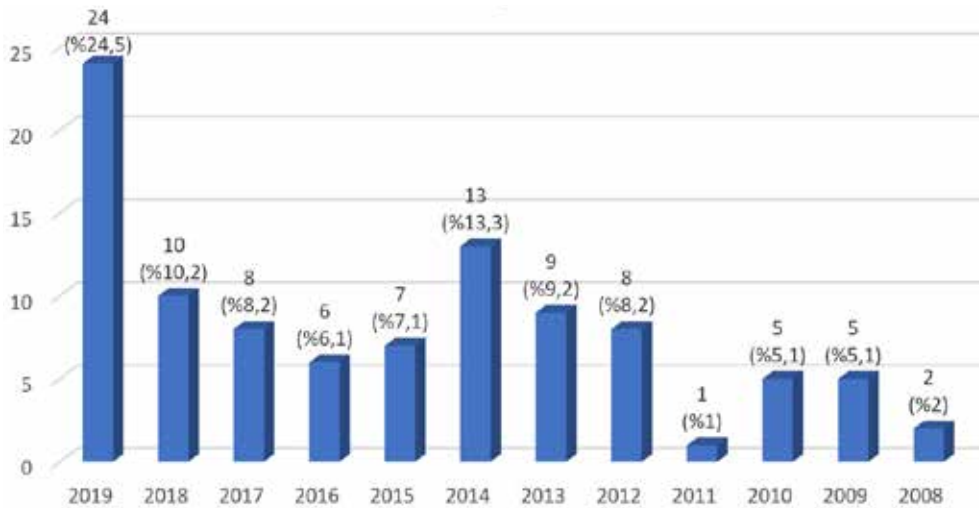
Doküman incelemesi sonucunda dikkate alınan lisansüstü tezlerden elde edilen veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında tanımlayıcı istatistik yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılmış ve sonuçlar tablo ve grafikler halinde sunulmuştur.

5.4. Sınırlılıklar

Çalışmaya sadece araştırma türünde yazılan lisansüstü tezlerin dahil edilmesi, sadece tam metnine ulaşımaya izin verilen lisansüstü tezlerin dahil edilmesi ve sadece Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılan tezlerin dahil edilmesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

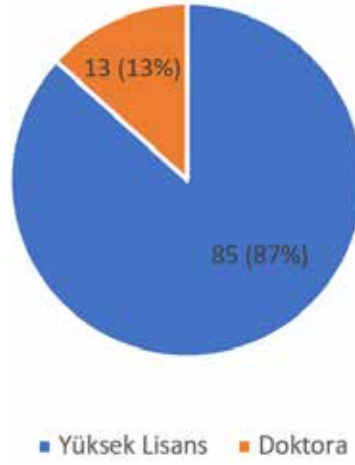
6. BULGULAR

İncelenen tezlerin hangi yıllarda yapıldığı, türlerinin ne olduğu (yüksek lisans ya da doktora), hangi üniversitede ve anabilim dalında yapıldığı, yazım dillerinin ne olduğu, örneklemin, amacın, konunun ve yöntemlerin neler olduğu tablo ve grafikler ile değerlendirilmiştir.



Grafik 1. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 1'de incelenen lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımı gösterilmiştir. Veri madenciliği ile ilgili sağlık alanında yapılan çalışmaların yarısından fazlasının (%56,1) son 5 yılda (2019-2015) yapıldığı tespit edilmiştir.



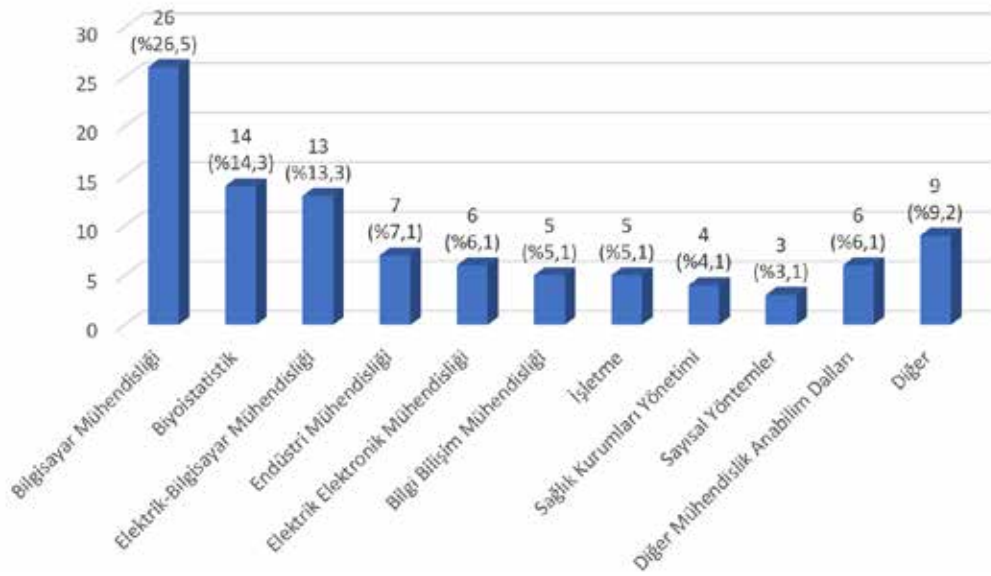
Grafik 2. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Türlerine Göre Dağılımı

Çalışma kapsamında incelenen lisansüstü tezlerin türlerine göre dağılımı Grafik 2’de gösterilmiştir. Yüksek lisans düzeyinde yapılan tezlerin (%87) doktora düzeyinde yapılan tezlere (%13) göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

| | Üniversiteler | n | % | | Üniversiteler | n | % |
|----|---------------------------------------|---|-----|---------------|--|----|-----|
| 1 | Dokuz Eylül Üniversitesi | 7 | 7.1 | 25 | Düzce Üniversitesi | 1 | 1 |
| 2 | Marmara Üniversitesi | 6 | 6.1 | 26 | Karabük Üniversitesi | 1 | 1 |
| 3 | Altınbaş Üniversitesi | 5 | 5.1 | 27 | Gaziantep Üniversitesi | 1 | 1 |
| 4 | Bahçeşehir Üniversitesi | 5 | 5.1 | 28 | Çanakkale 18 Mart Üniversitesi | 1 | 1 |
| 5 | Gazi Üniversitesi | 4 | 4.1 | 29 | Kafkas Üniversitesi | 1 | 1 |
| 6 | Fırat Üniversitesi | 4 | 4.1 | 30 | Adnan Menderes Üniversitesi | 1 | 1 |
| 7 | Akdeniz Üniversitesi | 4 | 3.1 | 31 | Yaşar Üniversitesi | 1 | 1 |
| 8 | Çukurova Üniversitesi | 3 | 3.1 | 32 | Çankaya Üniversitesi | 1 | 1 |
| 9 | Ankara Üniversitesi | 3 | 3.1 | 33 | Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi | 1 | 1 |
| 10 | Hacettepe Üniversitesi | 3 | 3.1 | 34 | Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi | 1 | 1 |
| 11 | Kırıkkale Üniversitesi | 3 | 3.1 | 35 | Sabancı Üniversitesi | 1 | 1 |
| 12 | Başkent Üniversitesi | 3 | 3.1 | 36 | Selçuk Üniversitesi | 1 | 1 |
| 13 | İstanbul Üniversitesi | 3 | 3.1 | 37 | Afyon Kocatepe Üniversitesi | 1 | 1 |
| 14 | Fatih Üniversitesi | 2 | 2 | 38 | Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi | 1 | 1 |
| 15 | Atatürk Üniversitesi | 2 | 2 | 39 | Türk Hava Üniversitesi | 1 | 1 |
| 16 | Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi | 2 | 2 | 40 | Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi | 1 | 1 |
| 17 | Orta Doğu Teknik Üniversitesi | 2 | 2 | 41 | Boğaziçi Üniversitesi | 1 | 1 |
| 18 | Erciyes Üniversitesi | 2 | 2 | 42 | Bülent Ecevit Üniversitesi | 1 | 1 |
| 19 | Cumhuriyet Üniversitesi | 2 | 2 | 43 | Trakya Üniversitesi | 1 | 1 |
| 20 | Sakarya Üniversitesi | 2 | 2 | 44 | Kadir Üniversitesi | 1 | 1 |
| 21 | Süleyman Demirel Üniversitesi | 2 | 2 | 45 | Pamukkale Üniversitesi | 1 | 1 |
| 21 | Karadeniz Teknik Üniversitesi | 2 | 2 | 46 | Ege Üniversitesi | 1 | 1 |
| 23 | Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi | 2 | 2 | 47 | Milli Savunma Üniversitesi | 1 | 1 |
| 24 | İstanbul Teknik Üniversitesi | 2 | 2 | TOPLAM | | 98 | 100 |

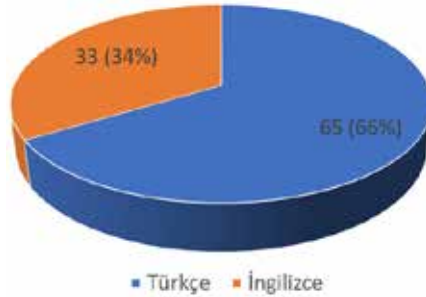
Tablo 2. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Üniversitelere Göre Dağılımı

Tablo 2’de lisansüstü tezlerin üniversitelere göre dağılımı verilmiştir. Genel olarak bakıldığında 47 farklı üniversitede konu ile ilgili araştırma yapıldığı belirlenmiştir. İlk üç sırada Dokuz Eylül Üniversitesi (%7,1), Marmara Üniversitesi (%6,1) ve Altınbaş Üniversitesi’nin (%5,1) olduğu tespit edilmiştir. Üniversite yapılarına bakıldığında %81’ini kamu üniversitesi, %19’unun ise özel üniversitenin olduğu görülmüştür.



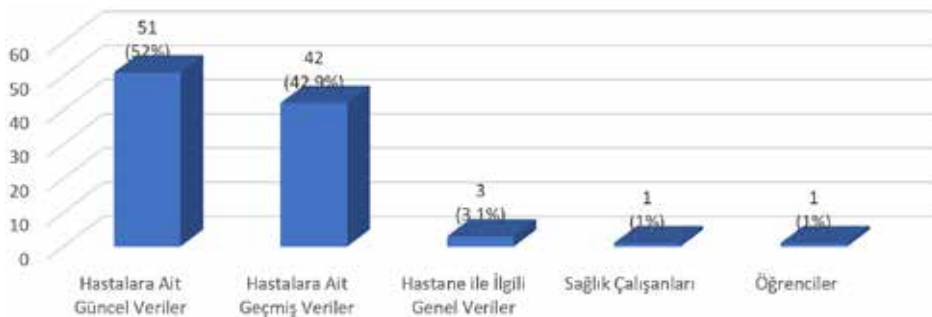
Grafik 3. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Anabilim Dallarına Göre Dağılımı

Çalışma kapsamında incelenen tezlerin hangi anabilim dallarında yapıldığı Grafik 3’te gösterilmiştir. Konu ile ilgili en fazla bilgisayar mühendisliği (%26,5), biyoistatistik (%14,3) ve elektrik-bilgisayar mühendisliği (%13,3) anabilim dallarında çalışmalar yapıldığı tespit edilmiştir. “Diğer Mühendislik Anabilim Dalları” başlığı altında yer alan anabilim dalları; biyomedikal mühendislik (2), yazılım mühendisliği (2), biyomühendislik, nanoteknoloji ve mühendisliktir. “Diğer” başlığı altında yer alan anabilim dalları ise; medikal informatik, yönetim bilişim sistemleri, biyoteknoloji, tıp bilişimi, sağlık bilgileri, ekonometri, enformatik, teknoloji ve bilgi yönetimidir.



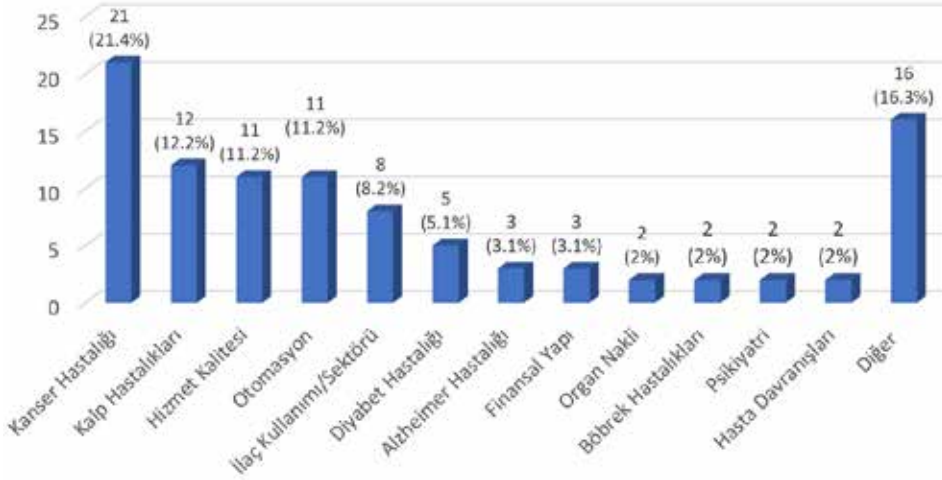
Grafik 4. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Yazım Dillerine Göre Dağılımı

Grafik 4’te incelenen lisansüstü tezlerin yazım dillerine göre dağılımı verilmiştir. Türkçe dilinde (%66) yazılan tezlerin İngilizce dilinde (%34) yazılanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.



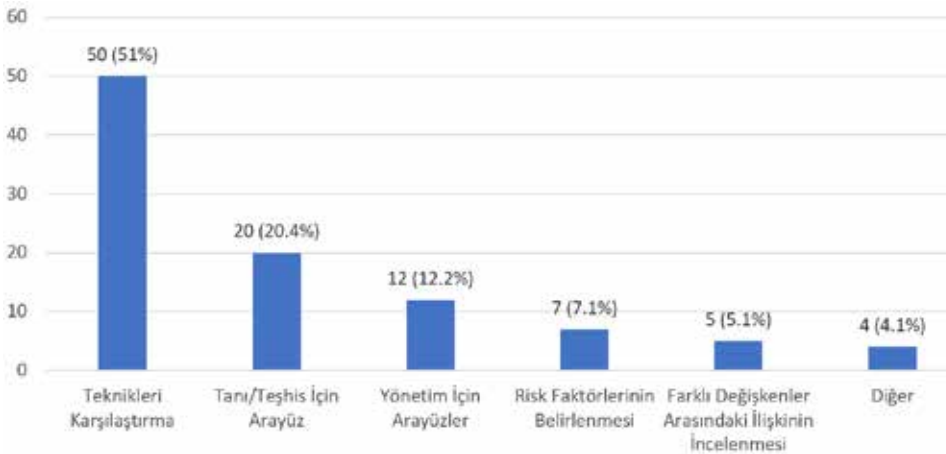
Grafik 5. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Örneklemeye Göre Dağılımı

Grafik 5'e bakıldığında en fazla hastalara ait güncel veriler üzerinde çalışıldığı belirlenmiştir (%52). Aynı şekilde sağlık kuruluşlarından alınan hastalara ait geçmişe dönük verilerin araştırmalarda sıklıkla kullanıldığı tespit edilmiştir (%42,9).



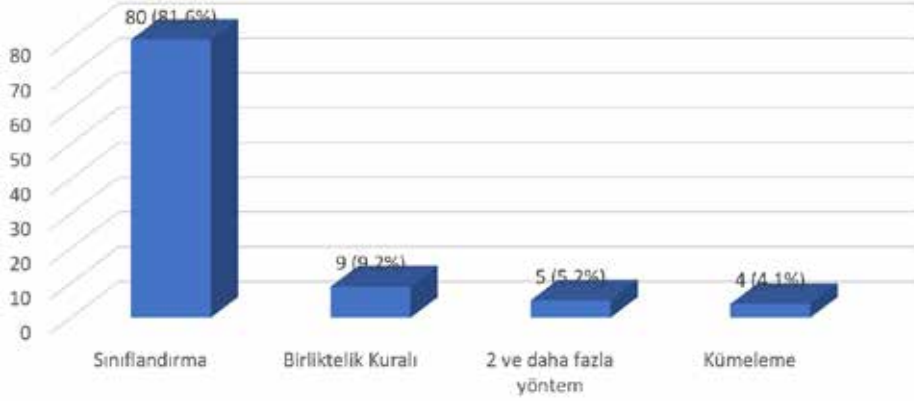
Grafik 6. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Konularına Göre Dağılımı

İncelenen tezlerin konularına göre dağılımları Grafik 6'da gösterilmiştir. Bu verilere göre, en fazla kanser hastalığı (%21,4) ve kalp hastalıkları (%12,2) üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Diğer başlığı altında ifade edilen bazı konular ise; sezaryen doğumları, sigorta şirketleri, ALS hastalığı, kadın hastalıkları ve doğum, akciğer hastalığı, üroloji, solunum hastalığı, hastane bazında ölüm tahminleri, karaciğer hastalığı, sigara kullanımı, acil servis yerleşiminin planlanması, mahremiyet ve bazı sağlık verileri dikkate alınarak veri madenciliği tekniklerinin karşılaştırılmasıdır.



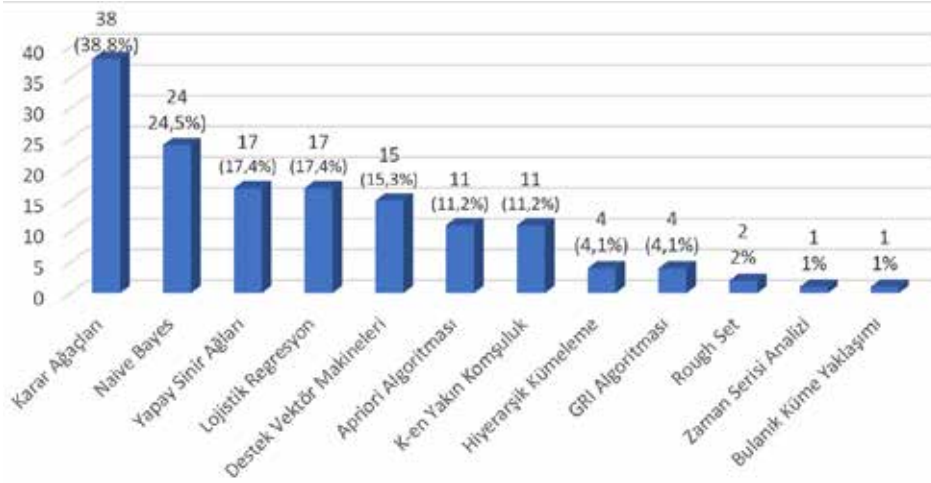
Grafik 7. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Amaçlarına Göre Dağılımı

Grafik 7'de sağlık alanında yapılan lisansüstü tezlerin hangi amaçla yapıldığı verilmiştir. Çalışmaların %51'inde kullanılan teknikler karşılaştırılmış ve daha iyi sonuç verenler belirlenmiştir. Aynı şekilde %20,4'ünde hekimlerin karar vermelerine yardımcı olmak ve %12,2'sinde yönetimin karar vermelerine yardımcı olmak için çalışmalar yapıldığı tespit edilmiştir. Diğer başlığı altında ifade edilen amaçlar ise; var olan bir ilacın yeni kullanım alanlarının bulunması, hastalara ilişkin tıbbi laboratuvar verilerinin zamansal değişiminin izlenmesi, acil sağlık hizmetlerindeki teknolojiyi verimli kullanılması ve tip 2 diyabet hastaları için ilaç dozunun ayarlanmasıdır.



Grafik 8. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Yöntemlere Göre Dağılımı

Çalışma kapsamında kullanılan teknikler dikkate alınarak veri madenciliği yöntemleri doğrultusunda bir sınıflandırma yapılmıştır (Grafik 8). Yapılan tezlerin büyük çoğunluğunu “sınıflandırma” yöntemleri çatısı altında yer aldığı tespit edilmiştir (%81,6). Aynı şekilde çalışmaların %9,2’sinde birliklilik kuralı yöntemlerinin ve %4,1’inde ise kümeleme yöntemlerinin kullanıldığı gözlemlenmiştir.



Grafik 9. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Tekniklere Göre Dağılımı

Sınıflandırma yöntemleri kapsamında dokuz farklı tekniğin çalışmalarda kullanıldığı belirlenmiştir (Grafik 9). Bunlar; yapay sinir ağları, karar ağaçları, lojistik regresyon, bayes sınıflandırması, rough set (kaba küme yaklaşımı), destek vektör makineleri, k-en yakın komşuluk, bulanık küme yaklaşımı ve zaman serisi yaklaşımıdır. *Birliklilik kuralları* yöntemlerinde apriori algoritmasının ve GRI algoritmasının; *kümelemede* ise hiyerarşik kümelemenin kullanıldığı tespit edilmiştir.



Grafik 10. İncelenen Lisansüstü Tezlerin Teknik Sayılarına Göre Dağılımı

Grafik 10'da çalışmalardaki kullanılan teknik sayıları dikkate alınmıştır. Bu verilere göre, verilerin analiz edilmesinde “2 ve/veya daha fazla tekniğin” az da olsa “tek teknik” kullanımına göre daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Veri madenciliği uygulamaları ile birlikte sağlık alanında birçok önemli konuda araştırmalar yapılabilmektedir. Sağlığın daha iyi yönetilmesi, müşteri ilişkileri yönetiminin daha iyi hale getirilmesi, dolandırıcılık ve istismarın önlenmesi gibi konular örnek olarak verilebilir (Koh ve Tan, 2011). Aynı şekilde, uluslararası makaleleri dikkate alarak yapılan sistematik bir derleme çalışmasında veri madenciliği tekniklerinin klinik ve idari karar vermede daha çok kullanıldığına vurgu yapılmıştır (Islam vd., 2018). Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlere bakıldığında, yönetim ile ilgili karar vermede kullanılabilecek çalışmaların çok az olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda daha çok klinik araştırmalara odaklanıldığı ve yönetim ile ilgili yapılan araştırmaların ise sayıca yetersiz olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, sağlık kurumları yönetimi anabilim dallarında yapılan araştırmaların çok az olması da bu durumu kanıtlar niteliktedir (%4,1). Gelecekte yapılacak araştırmalarda maliyetlerin düşürülmesi noktasına odaklanılabilir. Literatüre bakıldığında, maliyetleri düşürmek ve daha rekabetçi hale gelmek amacı ile veri madenciliği yöntemlerinin kullanıldığı gözlemlenmiştir (Amarasingham vd., 2014; Bates vd., 2014; Haux vd., 2002).

Akıllı telefonlar, hasta merkezli sağlık hizmetleri için umut verici bir teknolojidir. Veri madenciliği tekniklerinin, hastaların alt grup ve bireysel düzeydeki ihtiyaçlarını karşılamak için mobil uygulamaları geliştirdiği iddia edilmektedir. Fallah ve diğerleri (2017) tarafından yapılan araştırmada takip ve izleme, tarama amaçlı erken teşhis ve tespit, sonuçların sınıflandırılması ve risk hesaplaması için mobil sağlık uygulamalarının veri madenciliği uygulamaları ile geliştirildiği belirtilmiştir. Yapılan çalışmada ise, hastane bazında yapılan çalışmalarda benzer uygulamaların çok olduğu gözlemlenmiş fakat mobil uygulamalar ile ilgili yapılan bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Diyabet hastaları ile ilgili yapılan bir sistematik derleme çalışmasında veri madenciliği tekniklerinin uygulanmasının, değerli bilgilerin elde edilmesinin, daha ileri bilimsel araştırma / deneyler için yeni hipotezlerin oluşturulmasının ve diyabet hastaları için sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde kullanılmasının yararlı olduğuna vurgu yapılmıştır (Marinov vd., 2011). Türkiye’de sağlık alanında yapılan lisansüstü tezlere bakıldığında ise, diyabet alanında yapılan çalışmaların çok az olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda daha fazla çalışma yapılması gerektiği söylenebilir. Benzer bir şekilde, ruh sağlığı alanındaki hastalıklarda da veri madenciliğinin büyük bir önem arz ettiği bilinmektedir. Alanso ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, 72 araştırma makalesinin dahil edildiği bir sistematik derleme yapılmış ve ruh sağlığı alanında risk faktörlerini belirlemek için veri madenciliği yöntemlerinin etkili bir şekilde kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada ise, ruh sağlığı özelinde yapılan çalışmaların yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Yöntemler açısından bakıldığında, en fazla kullanılan yöntemin sınıflandırma olduğu (%81,6) ve bu yöntemlerden en çok “karar ağaçları” (%38,78) ve “naive bayes” (%24,49) tekniklerinin kullanıldığı tespit edilmiştir. Diğer yandan, birliktelik kuralları ve kümeleme yöntemlerinin çok az kullanıldığı gözlemlenmiştir. Farklı bulgular elde edebilmek ve yorumlama gücünü artırabilmek için sınıflandırma dışında kalan yöntemlerin kullanımının artırılması gerektiği söylenebilir.

Veri kullanımı noktasında, çalışmaların yaklaşık olarak %52’sinde hastalara ait güncel verilerin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Diğer yandan, lisansüstü tezlerin yaklaşık olarak %43’ünde geçmişe yönelik verilerin kullanıldığı belirlenmiştir. Bu oranın güncel verilere göre düşük olmasında, hastaların geçmişe yönelik verilerinin kullanımı noktasında sağlık kuruluşlarının izin verme durumlarının sınırlı olması söz konusu olabilir. Proaktif çözümler üretebilmek için geçmişe dönük verilerin ve günümüz verilerinin birlikte dikkate alınması ve yorumlanması büyük önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, geçmişe yönelik verilerin daha çok analize tabi tutulması ve güncel veriler ile karşılaştırılarak değerlendirilmeler yapılması ulusal literatüre katkı sağlayabilir.

Yapılan lisansüstü tezlerin tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında, yarısından fazlasının son 5 yıl içerisinde yazıldığı (%56,1), büyük bir oranda yüksek lisans düzeyinde araştırmalar yapıldığı (%87), en fazla kamu üniversitelerinde çalışıldığı (%81), yazım dili olarak en fazla Türkçe’nin kullanıldığı (%66), konular açısından bakıldığında kanser hastaları üzerinde daha fazla araştırma yapıldığı (%21,4) ve çalışmalarda en çok tekniklerin karşılaştırıldığı (%51) gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak, günümüzde hastaların müşteri olarak görülmeye başlanması, rekabet ortamının oluşması, kurumlar tarafından hizmet kalitesinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmek istenmesi gibi birçok yaklaşımın önem kazanması ile birlikte veri madenciliği daha da değerli hale gelmiştir. Bu yöntemlerin, problemlerin çözümü noktasında önemli katkılar sağladığı yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlere bakıldığında ise, klinik araştırmalar ile ilgili araştırmaların yapıldığı fakat idari konularda yeterli çalışmaların yapılmadığı gözlemlenmiştir. Özellikle bu alanda yapılacak araştırmalar ile birlikte yönetimlerin ya da sağlık politikacılarının karar vermelerinde etkili karar destek sistemlerinin oluşturulabileceği söylenebilir. Aynı şekilde örneklem grubu olarak neredeyse araştırmaların tümünde hastaların dikkate alındığı görülmüştür. Bu sebeple, sağlık çalışanları ile ilgili yapılan araştırmaların artırılması gerekliliği de tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Ahmad, P., Qamar, S., & Rizvi, S. Q. A. (2015). Techniques of data mining in healthcare: a review. *International Journal of Computer Applications*, 120(15), 38-50.
- Alonso, S. G., de la Torre-Díez, I., Hamrioui, S., López-Coronado, M., Barreno, D. C., Nozaleda, L. M., & Franco, M. (2018). Data mining algorithms and techniques in mental health: A systematic review. *Journal of medical systems*, 42(9), 1-15.
- Amarasingham, R., Patzer, R. E., Huesch, M., Nguyen, N. Q., & Xie, B. (2014). Implementing electronic health care predictive analytics: Considerations and challenges. *Health Affairs*, 33, 1148–1154.
- Ataseven, B. (2013). Yapay sinir ağları ile öngörü modellemesi. *Öneri Dergisi*, 10(39), 101-115.
- Bates, D. W., Saria, S., Ohno-Machado, L., Shah, A., & Escobar, G. (2014). Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Affairs*, 33, 1123–1131.
- Cerrito, P. (2020). *Cases on health outcomes and clinical data mining: studies and frameworks*. New York, Medical Information Science Reference.
- Coşlu, E. (2013). Veri madenciliği. In Proceedings of Akademik Bilişim 2013 Conference (pp. 573-585).
- Emre, İ. E., & Erol, Ç. S. (2017). Veri analizinde istatistik mi veri madenciliği mi?. *International Journal of Informatics Technologies*, 10(2), 161-167.
- Fallah, M., & Niakan Kalhori, S. R. (2017). Systematic review of data mining applications in patient-centered mobile-based information systems. *Healthcare Informatics Research*, 23(4), 262-270.
- Hand, D. J. (2007). Principles of data mining. *Drug Safety*, 30(7), 621-622.
- Haux, R., Ammenwerth, E., Herzog, W., & Knaup, P. (2002). Health care in the information society. A prognosis for the year 2013. *International Journal of Medical Informatics*, 66, 3–21.
- Islam, M. S., Hasan, M. M., Wang, X., & Germack, H. D. (2018). A systematic review on healthcare analytics: application and theoretical perspective of data mining. *In Healthcare* 6(2), 1-43.
- Jothi, N., & Husain, W. (2015). Data mining in healthcare—a review. *Procedia Computer Science*, 72, 306-313.
- Koh, H. C., & Tan, G. (2011). Data mining applications in healthcare. *Journal of Healthcare Information Management*, 19(2), 64-72.
- Kudyba, S. P. (2010). *Healthcare informatics: improving efficiency and productivity*. Florida, CRC Press.
- Marinov, M., Mosa, A. S. M., Yoo, I., & Boren, S. A. (2011). Data-mining technologies for diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(6), 1549-1556.
- Nfodjo, D. (2020). *Utilization of the Emergency Department*. New York, Medical Information Science Reference.
- Özekes, S. (2003). Veri madenciliği modelleri ve uygulama alanları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 63-82.
- Savaş, S., Topaloğlu, N., & Yılmaz, M. (2012). Veri madenciliği ve Türkiye’deki uygulama örnekleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 11(21), 1-23.

- Shouman, M., Turner, T., & Stocker, R. (2012). Using data mining techniques in heart disease diagnosis and treatment. In 2012 Japan-Egypt Conference on Electronics, Communications and Computers, pp. 173-177, Japan.
- Şimşek, H. (2009). Eğitim Tarihi Araştırmalarında Yöntem Sorunu. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42(1), 33-51.
- Taranu, I. (2016). Data mining in healthcare: decision making and precision. *Database Systems Journal*, 6(4), 33-40.
- Tomar, D., & Agarwal, S. (2013). A survey on data mining approaches for healthcare. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 5(5), 241-266.
- Yıldırım, P., Uludağ, M., & Görür, A. (2008). Hastane Bilgi Sistemlerinde Veri Madenciliği. *Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Akademik Bilişim*, 423-434.
- Yoo, I., Alafaireet, P., Marinov, M., Pena-Hernandez, K., Gopidi, R., Chang, J. F., & Hua, L. (2012). Data mining in healthcare and biomedicine: a survey of the literature. *Journal of medical systems*, 36(4), 2431-2448.

Nesne İlişkileri Kuramı, Bağlanma Kuramı ve Transaksiyonel Analize Göre Emzirmenin Önemi Importance of Breastfeeding According to Object Relations Theory, Attachment Theory and Transactional Analysis

İrem ÖZEL BİLİM¹

¹ Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|--|---|
| <p>Makalenin Türü Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Bağlanma Kuramı, Emzirme, Nesne İlişkileri Kuramı, Transaksiyonel Analiz.</p> <p>Keywords: Attachment Theory, Breastfeeding, Object Relations Theory, Transactional Analysis</p> <p>Sorumlu Yazar İrem ÖZEL BİLİM</p> <p>Adres: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Meşelik Kampüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü</p> <p>E-mail: iremozelibilim@ gmail.com</p> | <p>Bu derleme; emzirme sürecinde anne ile bebek arasında oluşması istenen ve beklenen güvenli bağ ile bebeğin anneye ve kendine atfettiği değer, bebeğin tüm hayatı boyunca kişilerarası ilişkilerinde etkili olduğuna vurgu yapmak amacıyla hazırlanmıştır.</p> <p>Bebek için olumlu geçen emzirme süreci sayesinde, bebek ve annesi arasında “İyi/Haz veren”, “Ben değerliyim-O güvenilir”, “Ben iyiyim-O iyi” şeklinde olumlu şemalar oluşur. Olumsuz geçen emzirme süreci sonunda ise “Kötü/Hayal kırıklığına uğratan”, “Ben değerliyim-O güvenilir değil”, “Ben iyi değilim-O iyi değil” şeklinde olumsuz şemalar oluşur. Bebeklik döneminde emzirme süreci ile birlikte oluşan bu olumlu veya olumsuz şemalar kişinin ileriki yaşamında hem kendine hem başkalarına hem de hayata bakışını belirler.</p> <p>Bebekğin geri kalan yaşamını şekillendiren emzirme süreci ve bu sürecin psikolojik etkileri, öncelikle bireyin dolayısıyla toplumun ruh sağlığı açısından önemlidir.</p> |
| | <p>ABSTRACT</p> <p>This review is intended to emphasize that in the process of breastfeeding, the expected and expected safe bond between the mother and the baby, the value that the baby attaches to the mother and to herself, that babies are effective in their interpersonal relationships throughout life. With the breastfeeding process that is positive for the baby, positive schemes such as “Good/Pleasurable”, “I am valuable-She is reliable”, “I am OK-She is OK” occur between the baby and the mother. At the end of the negative breastfeeding process, negative schemes such as “Bad/Disappointing”, “I am valuable-She is not reliable”, “I am not OK-She is not OK” occur. These positive or negative schemes, which occur with the breastfeeding process during infancy, determine the person’s view of him/herself, others and life in the future.</p> <p>The breastfeeding process that shapes the rest of the baby’s life and the psychological effects of this process are important primarily for the mental health of the individual and therefore the society.</p> |

1. GİRİŞ

Emzirme, anne ve bebek arasındaki ilişkinin oluşmasındaki ilk ve en önemli etkidir. Emzirme, dış dünyaya savunmasız olarak gelen bebeğin biyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılama sürecinin yanında, mikroorganizmalara karşı koruması, mortalite ve morbidite oranını azaltması ve ekonomik olarak aileye ek yük getirmemesi nedeniyle oldukça önemlidir (Akyüz, 2017).

Emzirme süreci bebek için olumlu bir süreçtir (Geçtan, 1998). Emzirme süreci, anne ile bebek arasında gelişen, yakınlık kurma isteği ile kendini gösteren, bebek için stresli bir durum olan acıkma anında belirginleşen, sürekliliği ve tutarlılığı olan, duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Thompson, 2013). Emzirme, anne ile bebek arasındaki ilişkinin oluşumunda önemli bir yer tutar ve bu ilişki bebeğin diğer insanlarla etkileşiminde hayatının sonuna kadar önemli bir rol oynar (Williams, 2003). Klaus ve Kennell (1976)'e göre annenin bebeğini erken dönemde emzirmeye başlaması, bebeğine dokunması, sarılması, bebeğiyle göz temasında bulunması, konuşması, bebeğini sevmesi, okşaması, öpmesi annenin bebeğiyle olan etkileşiminde kullandığı güçlü bir iletişim şeklidir (Klaus ve Kennell, 1976).

Bebekler özellikle yaşamlarının ilk günlerinde, hayatta kalabilmek için temel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ilgilenmekte (Sandler vd., 2012) ve "ilk ve en önemli nesne" olarak anneyi tanımlamaktadırlar (Freud, 2015). Fairbairn (2001)'e göre anne, bebeğin ilk doğal nesnesidir (Fairbairn, 2001). Bebeğin yani öznenin ilk nesnesi annesinin memesi, kurduğu ilk ilişki ise annesinin memesiyle dolayısıyla annesi ile kurduğu ilişkidir (Klein, 2011). Donald W. Winnicott (1975; 2007; 2009) özne ve nesne arasında yaşam boyu devam eden dinamik bir ilişkinin varlığına inanmaktadır (Winnicott, 1975; Winnicott, 2007; Winnicott, 2009).

Klein (2011) tarafından oluşturulan Nesne İlişkileri Kuramı'na göre; bebek, içgüdüsel olarak kendisini bekleyen annesinden haberdar olarak dünyaya gelmekte ve bebeğin yaşamının ilk aylarında nesne dünyası oluşmaya başlamaktadır (Klein, 2011). Jacobson (2015)'a göre annenin çocuğun istek ve ihtiyaçlarını yerinde ve zamanında karşılaması çocuğun kişiliğinin olumlu gelişimi açısından oldukça önemlidir (Jacobson, 2015). Bebek, en başta beslenme ihtiyaçlarını giderdiği, açlık hissini yatıştırdığı ve memeyi emerken ağzının uyarılması ile ona duysal bir haz verdiği için anne memesini sever. Ancak bebek açsa ve arzuları tatmin edilmiyorsa, fiziksel olarak acı çekiyorsa durum aniden değişir. Nefret ve saldırganlık duyguları ortaya çıkar. Bebek, hissettiği duygulara göre, annesini yani nesnesini iyi/haz veren ya da kötü/hayal kırıklığına uğratan şekilde nitelendirir (Klein, 2012).

En temel insan motivasyonlarından biri olan nesne ile temas kurma gereksinimi (McWilliams, 2014), emzirme esnasında dokunmak ve göz teması kurmak, anne ile bebek arasında bağlanmanın gelişmesini ve bu sayede birbirlerinin, davranışsal ifadelerinin ve gereksinimlerinin farkına varmalarını sağlamaktadır (Akyüz, 2017). Bebeğin nesneyle kurduğu ilişki sayesinde gelecekte kişinin, kendisi ve başkaları ile ilgili fikir, tutum ve davranışları şekillenmektedir (Akyüz, 2017). Bebek, annesiyle etkileşimi sonucunda bir ilişki modeli oluşturmakta ve bu model de bebeğin sonraki nesnelere kuracağı ilişkilerine temel şekli vermektedir (Fairbairn, 2001). Nesne ilişkileri kuramına göre anne ve çocuk arasındaki etkileşim sırasında, iki temel zihinsel şema, birbirini destekleyici ve tamamlayıcı nitelikte gelişerek "Değerli Ben" ve "Güvenilir O" oluşur (Bowlby, 1973; Bowlby, 1982).

İnsan ilişkilerinde önemli yer tutan ve kişiler arasında güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan, bir hayatta kalma ve adaptasyon kuramı olan Bağlanma Kuramı'na göre bağlanma; bireyin kişilerarası ilişkilerini etkilemenin yanında kişinin çevresiyle etkileşim halindeyken kullandığı uyum özelliklerinin oluşmasına katkı sağlar (Doğan, 2016; Kavlak ve Şirin, 2007; Kavlak ve Şirin, 2009). Mary Ainsworth (1978)'a göre ise bağlanma, hayatta kalmayı sağlayıcı faktör olarak bireylerde doğuştan var olmuş bir özelliktir (Ainsworth, 1978).

Bağlanma sürecini dönemlere göre incelediğimizde; doğumdan itibaren 3. aya kadar olan ve bağlanma öncesi dönem olarak adlandırılan dönemde bebek anneden aldığı uyaranlar ile hareketlenir (Bowlby, 1958). Etrafındaki kişilerle ilgilenir fakat kişileri ayırt etme yeteneği yoktur ya da yok denecek kadar azdır (Bowlby, 2005). Yetersiz koşullarda büyüyen bebeklerde bu evre daha uzun sürebilir (Arslan ve Teze, 2016; Hazan ve Shaver, 1998; Kavlak ve Şirin, 2009; Soysal vd., 2005). Bağlanmanın ilk belirtileri bağlanma öncesi dönemden 6. aya kadar uzanan ve ikinci dönem olarak adlandırılan süreçte ortaya çıkar. Bu süreçte bebek annesini diğer kişilerden ayırt etmeye ve algısını daha çok anneye yöneltmeye başlar. Bağlanma tam olarak 6.-24. aylar arasında gözlenir (Bowlby, 2005). Bu dönem güçlü bağların oluştuğu dönemdir. Bebek artık annesini temel bağlanma figürü olarak seçmiştir ve bağlanma nesnesine yaklaşmak için ona doğru hareketlenmeye başlar. Her zaman annesini aramak, bulmak ve onunla vakit geçirmek ister. Anneden ayrıldığında ise ağlama gibi huzursuzluk sinyalleri verir ve annenin dönmesiyle beraber ağlama kesilir. Bağlanmanın ikinci evresi boyunca bebeğin diğer insanlara karşı sergilediği davranış biçiminde farklılıklar görülmeye başlar. Bu tepkiler; uzaklaşan anneyi takibe alma,

geri geldiği zaman yanına gitme, çevreyi keşif yapmak için anneyi merkez kabul etmedir. Bu aylardan sonra bebeğin anneye olan bağlılığı kuvvetlenmeye devam eder (Arslan ve Teze, 2016; Hazan ve Shaver, 1998; Kavlak ve Şirin, 2009; Soysal vd., 2005). Bebek dokuz aylık olduktan sonra bir yabancıyla karşılaştığında ya da herhangi bir tehlike sezdiğinde anneye yapışma belirgin duruma gelir. Bebek on sekiz aylığa geldiğinde ise güvende olmadığı durumlarda bir yabancıya karşı nasıl tepki vereceğini daha iyi algılar, annesine doğru koşar ya da odayı terk eder. Bebeklerin bu durumlarla başa çıkması güvenli bağlanmasıyla ilişkilidir (Arslan ve Teze, 2016; Hazan ve Shaver, 1998; Kavlak ve Şirin, 2009).

Bowlby (1958)'nin Etholojik/Duygusal Bağlanma Kuramı'na göre anne ve bebek arasında güvenli ya da güvensiz (kaçıncı/çelişkili) bağlanma örüntüleri mevcuttur. *Güvenli Bağlanma* yaşayan bebekler, annesi yanında olmadığına hoşnutsuzluk yaşasalar da yaşamasalar da annesi yanına geri döndüğünde hemen etkileşim kurmaya çalışırlar (Bowlby, 1958). *Güvensiz-Kaçıncı Bağlanma* yaşayan bebekler, annesi yanından olmadığına çoğunlukla rahatsızlık duymaz. Rahatsızlık duysa bile başkaları tarafından rahatlıkla sakinleştirilebilirler. Annesi tekrar yanına geldiğinde annelerini görmezden gelirler. *Güvensiz-Çelişkili Bağlanma* yaşayan bebekler, anne tekrar yanına geldiğinde anneye etkileşime girme konusunda direnç gösterirler. Hem kucağa alınmak isterler hem de anne kucağına alınca yere inmek isterler (Bowlby, 1958). Son yıllarda, *Dağınık/Yönü Belirsiz Bağlanma* adı verilen bir bağlanma çeşidinden de bahsedilmektedir. Bu örüntü kaygıyı kontrol etmek için tutarlı bir davranış stili yokluğu ile belirginlik gösterir ve kaçınmacı/kararsız davranışların harmanlanması ile meydana çıkar. Araştırmacılar bu örüntüyü, bebeklik döneminde anne ya da bakım veren kişinin bunalıma girdiği, çöküntü yaşadığı ya da çocuğu istismar edici davranışta bulunduğu durumlarda ortaya çıktığı fikrine dayanak oluşturmuşlardır (Hazan ve Shaver, 1998; Kavlak ve Şirin, 2009).

Emzirme sırasında bebek; kendisini, annesini ve emzirilme olayının yarattığı duyguları olumlu, acıktığında anneye ulaşamamasını ise olumsuz olarak algılar. Engellenen bebek, kendisini ve annesini olumsuz algılayarak, öfke ve korku yaşar. Bu olumsuz yaşantılar, kendilik imajını (ben), obje imajını (anne) ve bu ikisi arasında oluşan duyguları içeren ilişkilerin zıt yönleri olarak içselleştirilir (Geçtan, 1998).

Eric Berne (1964)'e göre, bebekler doğdukları andan itibaren anneleri başta olmak üzere çevrelerindeki kişilerden birçok mesaj almaya başlarlar. Aldıkları bu sözel ve sözel olmayan mesajlara göre bazı değerlendirmeler yaparlar. Yapılan bu değerlendirmeler ile birlikte bebeklerin kendisini ve çevresini "iyi" ya da "kötü" olarak algılamasına dayalı olarak bir pozisyonu benimsemesi sonucunda yaşam pozisyonlarının ortaya çıktığından bahsedilmektedir. Transaksiyonel analize göre "Ben iyiyim-Sen iyisin", "Ben iyiyim-Sen iyi değilsin", "Ben iyi değilim-Sen iyisin", "Ben iyi değilim-Sen iyi değilsin" şeklinde 4 temel yaşam pozisyonu vardır. (Berne, 1964).

- "Ben iyiyim-Sen iyisin" olumlu ve insanı mutlu kılıcı bir yaşam pozisyonudur. Bu yaşam durumundaki kişiler, kişilerarası ilişkilerinde, sözlerinde ve davranışlarında doğruluktan ayrılmayan, hissiyatlı kişilerdir ve kendisi ve çevresiyle ilgili problemleri olumlu bir biçimde çözümlenebilirler. Bu yaşam pozisyonunu tercih eden kişiler kendine güvenen, objektif ve insancıldır (Berne, 1964).
- "Ben iyiyim-Sen iyi değilsin" yaşam pozisyonundaki kişiler, kendilerini kandırılmış ve haksızlığa uğramış hissederler. Yaşadıkları olaylardan başkalarını sorumlu tutarlar, başkalarını eleştirirler, problemlerini onlara yansıtırlar ve onları suçlarlar. Bu nedenle bu yaşam pozisyonu dışa yansıtıcı bir yaşam pozisyonudur. Bu yaşam pozisyonunu tercih eden kişiler eleştireci ve öğüt verici bir karakter gösterirler (Berne, 1964).
- "Ben iyi değilim-Sen iyisin" yaşam pozisyonundaki kişiler ise kendilerini başkalarıyla kıyaslar ve kendilerini güçsüz hissederler. Kendileri hakkında olumsuz düşünen depresif kişilerdir. Bu yaşam pozisyonundaki bireyler pasif, suçluluk duyan, kaçan bir karakter gösterirler (Berne, 1964).
- "Ben iyi değilim-Sen iyi değilsin" olumsuz bir yaşam pozisyonudur. Bu yaşam durumundaki kişiler, yaşama sevincini kaybetmiş, içe kapanık kişilerdir. Bu kişiler hayatın hiçbir anlamının olmadığı duygusuna kapılırlar. Bu yaşam pozisyonunu benimseyen kişilerde isyankarlık, umursamazlık, aşırı alkol tüketme gibi karakter özellikleri görülür (Berne, 1964).

Berne (1972), tüm çocukların yaşamın ilk yıllarında "Ben iyiyim-Sen iyisin" pozisyonunda olduklarını belirtmektedir (Berne, 1972). Harris (1969) ise, çocukların yaşamın daha başlarındaki yaşantıları sonucunda örselenerek "Ben İyi Değilim-Sen İyi" pozisyonuna geçtiklerini, özellikle de ağır istismara uğramış çocukların bir anlamda kendilerini de korumak için "Ben iyiyim-Sen İyi Değilsin" pozisyonunu benimsediklerini ifade etmiştir. Ayrıca, son grupta yer alan "Ben İyi Değilim-Sen İyi Değilsin" pozisyonunun kişideki bir umutsuzluk sonucu ortaya çıktığını vurgulamıştır. Önceleri çevresinden aldığı

mesajlarla kendisinin “iyi olmadığını” düşünen çocuk, maruz kaldığı ihmal, cezalandırma ve örselenmeler sonucunda diğerlerinin de “iyi olmadığını” düşünmeye başlamaktadır (Harris, 1969).

Yapılan çalışmalarda anne ile bebek ilişkisi arasında tensel bağın oldukça önemli olduğu, doğumdan kısa bir süre sonra annenin bebeğini ten tene kucaklamasıyla bağlanma arasında pozitif yönde ilişki olabileceği, bu sebeple doğumu izleyen ilk bir saatlik dönemde bebeğin uyarılara açık durumda olduğundan anne ile temasın oldukça önemli olduğu ileri sürülmüştür (Soysal vd., 1999; Soysal vd., 2000; Stifter vd., 1993).

Bebeğin beslenme yaşantısının insan hayatının en önemli dönemlerinden biri olduğu ve bu süreçte yaşananların niteliği, çocuk açısından iyi/olumlu ve kötü/olumsuz olarak kodlandığı bildirilmiştir. Acıkan bebeğin annesi tarafından doyurulmasıyla ortaya çıkan olumlu deneyimler; anneye ilgili olumlu nesne temsili, kendisiyle ilgili bakım ve ilgiyi hak eden olumlu kendilik temsili ile, acıkan bebeğin annesi tarafından doyurulmamasıyla ortaya çıkan olumsuz deneyimler ise; anneye yönelik olumsuz nesne temsili, kendisiyle ilgili talepkar ve engellenmiş olumsuz kendilik temsili ile sonuçlanacaktır (Gabbard, 2014).

Doğumdan hemen sonra çeşitli nedenlerden dolayı annelerinden ayrılarak özel bakıma alınan bebeklerde; gelişimin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin beslenmeye direnç gösterdikleri, sosyal izolasyon yaşadıkları ve yüz ifadelerinin sürekli üzüntülü olduğu belirtilmiştir (Goodfriend, 1993; Soysal vd., 2005). Herhangi bir sebeple bağlanma objesinden ayrılma durumunda, bebeğin kalp ritminin arttığı ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğu ileri sürülmüştür (Boccia vd. 1994; Soysal vd., 2000).

Güvenli bağlanma geliştiremeyen çocukların; sosyal izole, kavgacı, düzen bozucu, arkadaşlarına ve öğretmenlerine karşı saldırgan, agresif ve sorumsuz davranışlar sergilediği görülmekle birlikte, güvenli olmayan bağlanma çocuklarda duygusal, zihinsel ve dil gelişimi açısından risk yaratabilmekte ve tüm bunlar bireyin mental gelişimine etki etmektedir (Kavlak ve Şirin, 2009; Soysal vd.,2005).

Yapılan çalışmalarda; ikili ilişkilerinde aşırı uçlarda olan, kıskançlık ve tutkuyu aşırı yaşayan, obsesif düşüncelerle dolu, manevi analoji ve birleşme isteyen ilişkilerde yer alan kişilerin kararsız bağlanma örüntüsüne sahip oldukları (Carver ve Scheier, 2014), annelerinden öğrendikleri tutarsız ilişki kurma tarzını kendi özel ilişkilerinde de kullandıkları, sorunlarını abartarak ilgi çekmeye çalıştıkları belirtilmektedir (Brown ve Wright, 2003). Bu durumlara bağlı olarak, kararsız bağlanma örüntüsüne sahip olan kişilerde anksiyete, depresyon, bilişsel bozukluklar ve sosyal açıdan kabul görme gereksiniminin ve borderline kişilik bozukluğunun diğer gruplara göre daha fazla görüldüğü (Brown ve Wright, 2003), kaçınan bağlanma tarzına sahip kişilerin ise, sosyal ortamdan kaçmak için iş ortamını araç olarak kullandıkları (Carver ve Scheier, 2014), çocukken kullandıkları savunma mekanizmalarından reddetme ve kaçma yöntemlerini büyüdüklerinde de kullandıkları, sorunlarını görmezden gelmeye meyilli oldukları ve bu kişilerde davranış bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve bunlara bağlı olarak, anti sosyal kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (McWilliams, 2014). Yapılan bir çalışmada kronik ağrı duyan bireylerden güvenli bağlanan bireylerin, güvensiz bağlananlara oranla, daha az hassas oldukları görülmüştür. Aynı zamanda sağlık çalışanlarıyla daha çok iş birliği yaparak tedavi girişimlerine karşı daha uyumlu davrandıklarından bahsedilmiştir. Güvensiz bağlanan çocuklar olayların üstesinden gelmede yetersiz kaldıkları için, güvenli bağlanan çocuklara göre daha çok psikosomatik şikayetler sergilemişlerdir. Hastalıkla ilgili daha fazla belirti ve anksiyete düzeylerinde de artış olmuştur (Kavlak ve Şirin, 2009).

Anne ve bebek arasındaki bağların güçlenerek gelişmesi, şiddet, istismar ve ihmalin önlenmesini sağlar. Ebeveynler ile bebek arasında karşılıklı sevgi bağlarının oluşumu ve gelişimi için ebeveyn ve bebek arasında uyum ve bir bağ olması gerekir. Aralarındaki bu bağ sağlam altyapılarla kurulduğu takdirde kişi zor durumda kalsa bile kendini güçlü hisseder ve güvenli bağın sayesinde tüm zorluklarla daha kolay baş eder (Aydemir Karakulak ve Alparslan, 2016; Goulet vd., 1998; Kavlak ve Şirin, 2009). Anne ve çocuk arasında güvenli bağlanma ilişkisi kurulduğunda çocuğun psikolojik gelişiminin sağlıklı olduğu belirtilmiştir (Talipoğlu, 2012). Kişinin yetişkin olduğunda başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurma becerileri, erken dönemde önemli nesnelere kurulan ilişkilerin niteliğinden etkilenmektedir (Burger, 2018).

Bu derleme; emzirme sürecinde anne ile bebek arasında oluşması istenen ve beklenen güvenli bağ ile bebeğin kendine ve anneye isnat ettiği değer, bebeğin yaşamı süresince kişiler ile olan ilişkilerinde etkili olduğuna vurgu yapmak amacıyla hazırlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebek-anne ilişkisi emzirme ile başlar ve bebeğin bundan sonraki yaşamı için en belirleyici unsurdur. Emzirme ile anne sütünün fizyolojik etkilerinden faydalanılmasının yanında bebeğin geri kalan yaşamını şekillendiren psikolojik etkilerinden de yararlanır. Sağlıklı çocuğun birey-aile-toplum ilişkisini olumlu etkilediği düşünüldüğünde emzirme sadece çocuk ya da aile sağlığı açısından değil, toplumun geleceği açısından da önemlidir. Bebeğin önce kendisine ve annesine, sonra diğer insanlara attığı değer, bebeğin dış dünya ile ilişki kurmasında ve psikolojik gelişiminin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde temel süreçlerden biri olarak kabul edilir. Anne ve bebek arasında olması istenen sağlıklı ilişkinin kurulamaması, bebeğin büyüme ve gelişme sürecinde fiziksel, bilişsel, psikolojik, sosyal ve dil gelişimi açısından istenmeyen durumların yaşanmasına sebep olabilir.

Bebeğin, annesi yanından ayrıldığında huzursuzluk yaşayıp yaşamadığı, annesi yanına döndüğünde sakinleşip sakinleşmediği, sakinleşmenin annesi tarafından mı yoksa başkaları tarafından mı sağlandığı, çocukluk döneminde saldırgan, kavgacı ve sorumsuz davranışlar gösterip göstermediği, yetişkinlik dönemine geldiğinde bireyin duygularını aşırı derecede uç noktalarda yaşayıp yaşamadığı, obsesif düşüncelerinin ve kompulsif davranışlarının olup olmadığı, anksiyete, depresyon ve kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkıp çıkmadığı, sosyal olarak kendilerini izole edip etmediği, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım bozukluğunun olup olmadığı, yaşadığı problemleri çözerken olumlu bir bakış açısına mı sahip olduğu yoksa yaşanan olumsuzluklardan başkalarını mı sorumlu tuttuğu, kendisini sürekli başkalarıyla kıyaslayıp kıyaslamadığı, isyankar, umursamaz olup olmadığı gibi durumlar bebeğin annesiyle geçirdiği emzirme süreci ile doğrudan ilişkili olabilir.

Hem anne hem bebek açısından olumlu geçen emzirme süreci sonucunda oluşan karşılıklı sevgi bağlarının şiddet, istismar ve ihmal sorunlarını azaltacağı ve bireyin sorunlarla baş etme mekanizmasını güçlendireceği ifade edilebilir.

Bebek ile anne arasındaki ilişkinin ve bebeğin annenin davranışlarına göre anneye attığı değerlerin kişinin hayatı boyunca kişilerarası ilişkilerindeki davranışlarını değişmez bir biçimde etkilediği düşünülmektedir. Konunun önemi göz önünde bulundurulduğunda bireysel, ailesel ve toplumsal düzeyde müdahalede bulunmak için yetkili kuruluşlar tarafından önlemler alınmalıdır.

Alınacak önlemler kapsamında konu ile ilgili uzman kişiler tarafından belirli aralıklarla gerekli bilgilendirmeler yapılması, konuya yükseköğrenim kurumlarının sağlıklı ilgili bölümlerinin müfredatında önemi doğrultusunda yer verilmesi, emzirmenin kolaylaştırılabilmesi için bebek ile annenin maddi kaygı yaşamadan daha fazla vakit geçirebilmesine olanak sağlayıcı yasal düzenlemeler yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akyüz, Y. (2017). *Doğum yapan kadınların maternal bağlanma ve emzirme öz-yeterliliği ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ainsworth, M. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *J Behav Brain Sci*, 1(3): 436-8. doi:10.1017/S0140525X00075828
- Arslan, E & Teze, S. (2016). *Bağlanma kuramı*. N. Sargın, S. Avşaroğlu & A. Ünal (Ed.), *Eğitim ve psikolojiden yansımalar* kitabı içinde (s. 71-90), Konya: Çizgi Kitabevi. ss.78-79.
- Aydemir Karakulak, H ve Alparlan, Ö. (2016). Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *J Contemp Med*, 6: 188-99.
- Berne, E. (1964). *Games people play: the psychology of human relationships*. UK: Penguin Life.: ss.23-47
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* London: Random House.:s.95
- Boccia, ML, Laudenslager, ML & Reite, ML. (1994). Intrinsic and extrinsic factors affect infant responses to maternal separation. *Psychiatry*, 57:43-50.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Int J Psychoanal*, 39: 350-73.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, volume II, separation anxiety and anger*. United States of America: A Member of the Perseus Books Group.s. 393.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*, 52: 664-78.

- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge.ss. 48-54
- Brown, LS & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *J Psychol Psychother: Theory, Research And Practice*, 76: 351-67.
- Burger, JM. (2018). *Personality*. 10th ed. USA: Cencage Learning.ss.126-128.
- Carver, CS & Scheier, MF. (2014). *Perspectives on personality*. 7th ed. Boston: Pearson education.ss.165-167.
- Doğan, T. (2016). Ergenlerde ana-babaya bağlanma: Türkiye profili. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8: 406-19.
- Fairbairn, WRD. (2001). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge. ss.144, 165
- Freud, S. (2015). *Cinsiyet üzerine*. (Çevirmen: Ali Avni Öneş). İstanbul, Say Yayınları. s. 73.
- Gabbard, GO. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.s.367.
- Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve sonrası*. 8. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi. s. 113, 200.
- Goodfriend, MS. (1993). Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 91: 139-42.
- Goulet, C, Bell, L, Tribble, DSC, Paul, D & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent–infant attachment. *J Adv Nurs*, 28: 1071-81.
- Harris, TA. (1969). *I'm ok-you're ok*. England: Harper & Row. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/wiki/I%27m_OK_%E2%80%93_You%27re_OK Erişim tarihi 21.12.2020.
- Hazan, C. ve Shaver, PR. (1998). Bağlanma (yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 31: 1-49.
- Jacobson, E. (2015). *Kendilik ve nesne dünyası*. (S. Yazgan, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.s. 146.
- Kavlak, O. ve Şirin, A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23: 183-94.
- Kavlak, O. ve Şirin, A. (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6: 188-202.
- Klaus, MH ve Kennell, JH. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. Saint Louis: Mosby.s. 24
- Klein, M. (2011). *Haset ve şükran*. (O. Koçak, Y. Erten, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.s. 10, 22
- Klein, M. (2012). *Sevgi, suçluluk ve onarım*. (B. Habib, Çev.). İstanbul: Kanat Kitap. s. 249
- McWilliams, N. (2014). *Psikanalitik tanı-klinik süreçte kişilik yapısını anlamak*. (E. Kalem, Çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. s. 112, 137.
- Sandler, J., Person, ES, & Fonagy, P. (2012). *Freud's "on narcissism:an introduction"*. London: Karnac. s.8, 71,76.
- Soysal, AŞ, Ergenekon, E & Aksoy, E. (1999). Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görmeyen bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 2: 266-70.
- Soysal, AŞ, Öktem, F, Ergenekon, E & Erdoğan, E. (2000). Doğum türü değişkeninin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 3: 75-85.
- Soysal, AŞ, Bodur, Ş, İşeri, E & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8: 88-99.
- Stifter, CA, Coulehan, CM & Fish, M. (1993). Linking employment to attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Dev*, 64: 1451-60.
- Talipoğlu, Y. (2012). *Aile merkezli bakımın maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Thompson, RA. (2013). Attachment theory and research: precis and prospect. In: P. D. Zelazo (Ed.), *The oxford handbook of developmental psychology, vol. 2: self and other*. (pp. 191-216). New York: Oxford University Press.
- Williams, A. (2003). Adolescents' relationships with parents. *J Lang Soc Psychol*, 22: 58-65.
- Winnicott, DW. (1975). *Through paediatrics to psychoanalysis: collected papers*. New York: Basic Book.s. 21.
- Winnicott, DW. (2007). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: Karnac.s.57
- Winnicott, DW. (2009). *Playing and reality*. New York: Routledge.s. 4

Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Yolsuzluk Algılamaları

Corruption in Health Care Delivery: Perceptions of Corruption by Students in Health Care Management Department

Deniz Tugay Arslan¹

¹ Arş. Gör. Dr. - Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|---|---|
| <p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Sağlık hizmetleri, sağlık personeli, sağlık yönetimi, yolsuzluk algılaması, yolsuzluk.</p> <p>Keywords: Health care, health care personnel, healthcare management, perception of corruption, corruption.</p> <p>Sorumlu Yazar Deniz Tugay Arslan</p> <p>Adres: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Meşelik Kampüsü 26040 Odunpazarı / ESKİŞEHİR</p> <p>E-mail: d.tugayarslan@gmail.com</p> | <p>Kamu gücünün özel çıkarlar amacıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanan yolsuzluk tüm sektörlerde önemli bir sorundur. Sağlık hizmetleri ise kendine has özelliklerinden dolayı yolsuzluklara karşı daha hassas bir yapıya sahiptir. Araştırmada Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk konusundaki algılamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunun farklı alanlarındaki yolsuzluk seviyeleri, yolsuzlukla ilgili örnek olaylar ve bu örnek olayların Türkiye’de görülme sıklığı konusundaki algılamalar değerlendirilmiştir. Araştırmanın evreni 2015-2016 öğretim yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğrenim gören 280 öğrenciden oluşmaktadır. Örneklem seçilmeyip evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Analizler tam ve doğru olarak doldurulan 248 anket ile yapılmıştır. Evrenin %88’ine ulaşılmıştır. Araştırmada anket yönetimi kullanılmıştır. Katılımcılara sağlık hizmetlerinde yolsuzluk algılamalarını belirleme amacıyla sorulan soruların ortalamaları ve standart sapmaları belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk örnekleri hakkında görüşleri incelendiğinde kabul edilebilirlik bölümünün genel ortalaması 1,48; standart sapması 0,727’dir. Kabul edilebilirlik bölümünde “Kullanılmamış malzemenin kullanılmış gibi gösterilerek hastaya fatura edilmesi” ifadesi 1,23 ortalama değer ve 0,775 standart sapma ile en az kabul edilebilecek yolsuzluk örneği olarak belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk örnekleri hakkında görülme sıklığı bölümü genel ortalaması ise 4,52; standart sapması 1,171’dir. Görülme sıklığı bölümünde “Siyasi iktidarın, yeniden seçim kazanabilmek için sağlık kaynaklarını (para, insan gücü vb.) oyları kendisine çekecek şekilde tahsis etmesi, önceliklendirmesi” ifadesi 5,49 ortalama değer ve 1,631 standart sapma ile en sık görülen yolsuzluk örneği olarak belirlenmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde algılanan yolsuzluğun en büyük görülme nedeni 5,88 ortalama ile hesap sorulabilirliğin yetersizliği olarak belirlenmiştir. Son olarak yolsuzluğun hayatın değişik alanlarında etkisi incelendiğinde 6,11 ortalama ile en çok siyasi hayat üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.</p> |
| | <p>ABSTRACT</p> <p>Corruption, defined as the abuse of public power for private interests, is an important problem in all sectors. Health services, on the other hand, are more sensitive to corruption due to their distinctive characteristics. In the study, it was aimed to determine the perceptions of the students of Ankara University, Department of Health Care Management about corruption in health care delivery. The corruption levels in different areas of health care delivery, examples of corruption-related incidents and perceptions about the prevalence of this case in Turkey were evaluated. The population of the study consists of 280 students studying at Ankara University, Department of Health Care Management in the 2015-2016 academic year. The sample was not chosen and it was aimed to reach the whole universe. Analyzes were made with 248 questionnaires filled in completely and accurately. 88% of the universe was reached. Questionnaire method was used in the research. The mean and standard deviations of the questions asked to the participants in order to identify their perceptions of corruption in health services were determined. When the opinions of the participants about the examples of corruption in the provision of health services were examined, the average of the acceptability section was found 1.48 and its standard deviation was 0.727. In the acceptability section, the statement “Invoicing the patient by showing the unused material as if they were used” was determined as the least acceptable example of corruption with a mean value of 1.23 and a standard deviation of 0.775. The general average of the participants about the corruption examples in the provision of health services was found 4.52; its standard deviation was 1.171. In the section of prevalence, the statement “the political power’s allocation and prioritization of health resources (money, manpower, etc.) in order to win the re-election” was determined as the most common example of corruption with an average value of 5.49 and a standard deviation of 1.631. The main reason of corruption in health care delivery in Turkey was determined as the lack of accountability the average result of 5.88 sorulabilirlik deficiency. Finally, when the effects of corruption in different areas of life were examined, it was found that it was most effective on political life with an average of 6.11.</p> |

1. GİRİŞ

Dünya üzerinden uzun yıllardır varlığını sürdüren yolsuzluk kavramı, özellikle soğuk savaş sonrası demokratikleşme hareketleri ve serbest ticaretin gelişmesiyle üzerindeki sessizlik örtüsünü atmıştır. Yolsuzluk kavramının görünürlüğünün artmasıyla Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu gibi kuruluşlar ve bilim insanları tarafından onlarca yıldır yolsuzluğun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri olumsuz yönde etkilediğini doğrulamıştır. Temel olarak yolsuzluk özel kazanç elde etme amacıyla kamu görevinin kötüye kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Yolsuzluk, gelir eşitsizliğinin artmasına, eğitim ve sağlık alanları için finansman sorununa neden olarak yoksul olan bireylerin refahını büyük oranda düşürmektedir. Yolsuzluk aynı zamanda suç örgütlerine fayda sağlayacak silah kaçakçılığı, uyuşturucu kaçakçılığı ve kara para aklama gibi eylemleri desteklediği için ülke güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Collier, 2002).

Yolsuzluğun tanımda bulunan kötüye kullanım, genellikle yasal bir standardın uygulanmasını içerir. Bu şekilde tanımlanan yolsuzluk örneğin, devlet mallarının devlet memurları tarafından satılmasını, kamu ihalelerindeki komisyonları, rüşvet ve devlet fonlarının zimmete geçirilmesini kapsamaktadır. Yolsuzluk bir suçtur ve aynı zamanda bir ülkenin yasal, ekonomik, kültürel ve politik kurumlarının bir yansımasıdır. Yolsuzluğun ülke genelinde konulan faydalı veya faydalı olarak görülmesine rağmen zararlı kurallara bir cevap olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Svensson, 2005).

Dünyanın her yerinde yolsuzluk, toplumların tamamını etkileyen önemli bir sorundur. Bu sorunun giderilmesi için gerçekleştirilen çalışmalara rağmen merkezi hükümetlerden yerel yönetimlere, özel sektörden sivil toplum kuruluşlarına kadar birçok alanda yaygın ve kalıcı hale gelmiştir. Yolsuzluğun yaygın olarak görüldüğü ülkelerde ekonomik büyüme ve sosyoekonomik kalkınma zarar görmektedir (Uluslararası Şeffaflık Derneği, 2016).

Literatür incelendiğinde yolsuzluğa sebep olan birçok faktörün bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun oluşmasında yolsuzluğun çok yönlü bir tanıma sahip olması etkili olmaktadır. Temel olarak yolsuzluğa neden olan faktörler şu şekilde sıralanabilir: devletin ekonomi üzerindeki etki alanı, enflasyon, gereksiz bürokratik yapı, regülasyonlar, sivil ve siyasal özgürlükler, yasal düzenlemeler, mülkiyet hakkının ihlali, kamu personelinin düşük ücret düzeyi, ekonomik politikalar, rekabet ortamının oluşturulamaması, gelir eşitsizliği, yoksulluk, eğitim, finans ve muhasebe yapısı, zengin doğal kaynak rezervlerine sahip olmak ve kültürel farklılıklar (Avcı ve Teyyare, 2012; Kaufmann, 1998).

Yolsuzluğun yaşandığı birçok alan ve birçok neden bulunmakla birlikte en fazla etkilediği konuların başında kamu harcamaları ve kamu yatırımları gelmektedir. Kamu bütçesinin önemli bir kısmını oluşturan kamu harcamaları insanların yaşamlarını doğrudan etkilemektedir. Yerel yönetimler ve merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilen yol yapımları, sağlık tesislerinin inşası ve eğitim hizmeti alımı örnek olarak gösterilebilir. Dünya genelinde kamu harcamaları yıllık 2 trilyon doları geçmektedir. Bu kadar büyük ölçekte el değiştiren paranın varlığı yolsuzluk riskini arttırmaktadır. Gerçekleşen yolsuzluklarla da ürün ve hizmetlerin kalitesi düşmektedir (Gedikli, 2011).

Çok boyutlu yapısıyla yolsuzluğu tam anlamıyla ölçmek son derece zordur. Uluslararası Şeffaflık Örgütü (Transparency International) ülkelerin yolsuzluk skorlarını ve sıralamalarını Yolsuzluk Algı Endeksi'ne (Corruption Perception Index-CPI) göre yapmaktadır. Yolsuzluk algısı araştırmalarının metodolojisine göre "0" en yüksek yolsuzluk algısına, "100" en düşük yolsuzluk algısına işaret etmektedir. Örgüt tarafından her yıl Yolsuzluk algı endeksi sonuçları paylaşılmaktadır. 2019 yılı verilerine göre Türkiye 39 puan ile 180 ülke arasında 91. sıraya gerilemiştir. 2018 yılına göre 2 puan daha kaybeden Türkiye sıralamada bir yıl içinde 13 basamak birden geriye düşmüştür. Elde edilen verilere göre 2013-2019 yılları arasında en çok düşüş yaşayan 3 ülkeden birisi Türkiye olmuştur. Söz konusu değerlendirme ile ülkeler yolsuzluk konusunda iyileştirme yapması gereken alanları ve iyileştirmelerin uygulamadaki sonuçlarını göreme imkânı elde edebilmektedir (Uluslararası Şeffaflık Derneği, 2019).

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YOLSUZLUK

Piyasa başarısızlığı olgusunun varlığı nedeniyle sağlık sektöründe devlet müdahalesi söz konusu olmaktadır. Devletin farklı düzeylerde olmakla birlikte yer aldığı sağlık sektöründe kamu yetkisinin kimi zaman istismar edilmesi nedeniyle yolsuzluk durumuyla karşılaşmaktadır. Sağlık sektöründe devletin rolü ülkeden ülkeye farklılaşmakla birlikte yolsuzluk durumu farklı düzeylerde de olsa ortaya çıkmaktadır (Şahin vd., 2009).

Politik ekonomi literatürü incelendiğinde yolsuzluk ve kamu malları arasında dolaylı olarak bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Düzenli olarak gerçekleşen yolsuzluk eylemleri ekonomik büyümeye zarar vermektedir. Bu kapsamda yolsuzluk sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte tamamı kamu tarafından karşılanan veya düşük bir maliyetle ulaşılabilen sağlık hizmeti için sık sık informal ödeme

yapmak gerekebilmektedir. Yolsuzluk, çoğu ülkede sağlık hizmetlerine yönelik fiyatları yükseltirken hizmet kalitesini de düşürmektedir. Dolayısıyla devletlerin nitelikli sağlık hizmeti sunma yeteneği azalmaktadır. Kamu eliyle sunulan sağlık hizmetinin niteliği azaldıkça bireyler özel sağlık hizmetlerine yönelme kararı alabilirler. Özellikle gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu ülkelerde bu durumun toplumun düşük gelirli kesiminin sağlık hizmetine ulaşmasını engellemektedir (Albayrak, 2010).

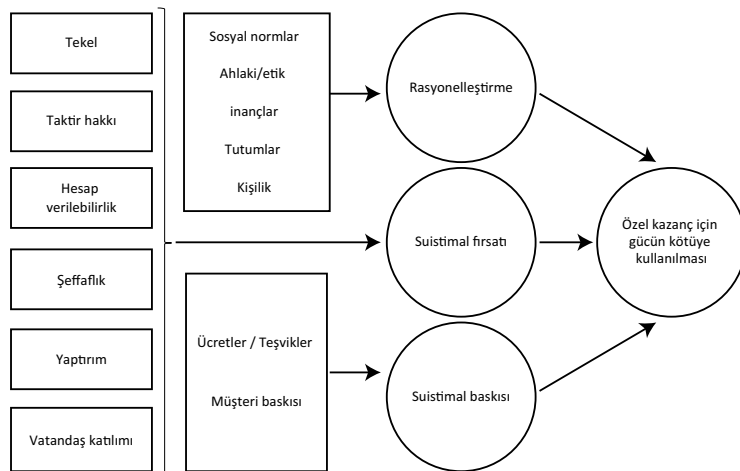
Yolsuzluk bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarını olumsuz etkileyerek onların hizmet için ödeme arzularının azalmasına neden olabilmektedir. Yolsuzluk eylemlerinin sıklıkla yaşandığı ortamlarda, bireyler vergilerinin boşa harcandığını düşünerek vergi vermekten kaçınabilirler. Dolayısıyla devlet gelirlerinde azalma yaşanabilmektedir. Söz konusu olumsuzluklar kamu hizmetlerine ulaşımı olumsuz etkilemekle birlikte hizmet kalitesinde düşüşe ve özel sektöre karşı artan ilgiye sebep olacaktır. Sağlık hizmeti sunumunda özel kuruluşların yeterli sayıda bulunmaması bu tarz ülkeler için de büyük bir ikilem oluşturacaktır. Böyle ülkelerde kamu hizmetlerinde yığılmalarla birlikte fırsat maliyetlerinde artış yaşanacaktır (Top, 2004).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluk karmaşık ve çok yönlü bir sorundur. Yolsuzluk, informal ödeme alan sağlık çalışanlarının küçük ölçekli eylemlerinden bakanlık veya hastane yöneticisi düzeyinde daha büyük ölçekli eylemlere kadar uzanır (The National Academies, 2018; Mackey vd., 2018). Sağlık sektöründe ortaya çıkan yolsuzluğun birçok nedeni bulunmaktadır. Ortaya çıkan yolsuzluk sorunun kaynağı temel olarak; sağlık hizmetlerinin belirsizliği, bilgi asimetrisi, arzın talep yaratması, asil-vekil ilişkisi, farklı amaçları olan birçok paydaşın bulunması, hesap verme ve şeffaflık sorunları, düşük ücret ve çalışma şartlarının zorluğu, zayıf etik değerler, rekabetin oluşturulmaması ve yetersiz denetim ile açıklanmaktadır (Şahin vd., 2009).

Ekonomi teorisine göre yetkililer dürüst davranmanın maliyet ve faydaları ile yolsuzluk davranışlarının maliyet ve faydalarının karşılaştırırlar. Sonuç olarak kişisel çıkarlarını en üst seviyeye çıkaran tercihi seçerler. Kamu hizmetlerindeki yolsuzluğun temel çerçevesi sağlık hizmetleriyle benzerlik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluk eylemlerini azaltmak ve kontrol altına almak için öncelikle sebeplerinin anlaşılması gerekmektedir. Daha önce ifade edilen yolsuzluk nedenlerini daha kapsamlı ve sistematik olarak ele almak gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzlukların teorik çerçevesi şekil 1’de sunulmuştur (Vian, 2007).

Şekil 1’den de anlaşılacağı gibi yolsuzluğun kapsamlı bir yapısı ve birden çok nedeni bulunmaktadır. Tasarlanan sağlık sisteminin tekel özelliğinin bulunması, hesap verilebilirliğinin, şeffaflığın ve yaptırımların olmaması gibi özelliklerinin olması yolsuzluğa zemin hazırlayacak suistimal fırsatı doğurmaktadır. Dolayısıyla sorunlu tasarlanan sağlık sistemi ile yolsuzluk için zemin hazırlanmaktadır. Sistem içerisinde yer alan bireylerin normları, etik değerleri, tutum ve kişilik özellikleri de gerçekleştirilecek yolsuzluk eylemi rasyonelleştirmeye hizmet etmektedir. Sistem içerisinde yer alan aktörlerin ücretlerinin düşük olması ve karşılaştıkları tüketici baskıları da yolsuzluk için suistimal davranışları zorlayan faktörlerdir. Sonuç olarak suistimal için uygun ortamın bulunduğu (suistimal fırsatı), yolsuzluk eylemlerini rasyonelleştirebilecek yapının (rasyonelleştirme) ve yolsuzluk davranışına iten güçlerin (suistimal baskısı) varlığı söz konusu olduğu durumlarda özel kazanç elde edebilmek için yolsuzluk davranışı sergilenebilmektedir (Vian, 2007).

Şekil 1. Sağlık Sektöründe Yolsuzluğun Çerçevesi



Sağlık sistemi ve yapısı:

- Sigorta
- Ödeyen-sunucu ayrımı
- Özel sektörün rolü vb.

Kötüye kullanım türü:

- Hastane inşaatı
- Tedarik
- İnfomal ödemeler

Kaynaklar:

- Yüksek veya düşük gelir
- Finansman akışı

Kaynak: Vian, 2007.

Şekil 1'de belirtilen suistimal fırsatlarına yakından bakıldığında aşağıdaki faktörlerin tamamının veya bir kısmının mevcut olduğu durumlarda yolsuzluk davranışının gerçekleşme olasılığının arttığı bilinmektedir (Hussmann, 2020; Vian, 2007):

- Yetkiye sahip olan kişi tekel yetkisine sahiptir. Yetkiye sahip olan, sağlık hizmetleri, tıbbi tedavi, ilaç ve sarf malzemelerinin tek sağlayıcısı olabilir.
- Yetkililer, karar verme yetkileri üzerinde yeterli kontrol olmaksızın takti yetkisine sahip olabilmektedir. Söz konusu kararlar sağlık sigortası kapsamına giren tedavilerin ve ilaçların belirlenmesi veya belirli ilaçların reçetesi, tetkikleri veya tedavileri ile ilgili olabilir. Bu durum kontrol ve tıbbi özerklik arasında çatışmaya neden olan karmaşık bir konudur.
- Kararlar ve eylemler için yeterli hesap verilebilirlik söz konusu olmayabilir. Hesap verilebilirlik, sonuçların ölçülmesi ve yerine getirmeme durumunda yaptırımlardan temelini alır.
- Şeffaflık eksik olduğunda bilgiye erişimde sorun yaşanmaktadır. Şeffaflık eksik oluşu ilaçların ve tıbbi cihazların pazara girişini, ilaç fiyatlarını ve reçete yazma davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Yaptırımın zayıf veya eksik olduğu sistemlerde yolsuzluk tespit edilemez. Yolsuzluk davranışlarına yönelik idari, mali ve cezai yaptırım uygulanamaz.
- Vatandaş katılımı eksik olduğu durumlarda toplumsal denetim mekanizmaları uygun bir şekilde çalışamaz. Sosyal kontrol için yetersiz ortam oluşur. İlaç tedariki veya hastane inşaatı gibi alanlarda politika belirleyicileri üzerinde yeterli toplumsal baskı oluşmaz.

Sağlık hizmetlerinde yolsuzluk sorunu çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Örneğin; sağlık tesislerinin inşasında, tıbbi cihaz satın almalarında, ilaç ve tıbbi malzeme tedarikinde, faturalandırmada ve sağlık personelinin atanmalarında yolsuzluk söz konusu olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun bir başka yönü de, politika yapıcılar, tedarikçiler ve sağlık personeli gibi bir den çok paydaşın varlığıdır. Paydaşlar arasında yozlaşmış nitelikte sayısız gizli işlem gerçekleştirilmektedir (Chattopadhyay, 2015). Temel olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuz biçimleri ikiye aşağıdaki gibi sıralanabilir (Chattopadhyay, 2015; Vian, 2008; Transparency International, 2006):

- Rüşvet ve komisyonlar
- Hırsızlık ve zimmete para geçirme
- Özel kazanç için kamu mallarına kasıtlı zarar
- İşe gelmeme (devamsızlık)
- İnfomal ödemeler (cepten ödeme)
- Maddi kazanç için insan deneklerin kullanılması
- Kurumsallaşmış potansiyel yolsuzluk (gereksiz yatırımlar ve tahliller)

Sağlık hizmetlerinde gereksiz harcamalar günümüz sağlık sisteminin önemli bir sorunu olarak gündemdedir. Gereksiz sağlık harcamaları temel olarak hizmet sunumu, yönetim ve sistemin düzenlenme aşmasında gerçekleşmektedir. Gereksiz sağlık harcamalarının oluşmasında da yolsuzluk önemli bir pay almaktadır. Sağlık hizmetlerinde yolsuzluk temel olarak yönetim kaynaklıdır. Yönetim kaynaklı yolsuzluklar ise, iki farklı gereksiz harcama türünü içerir: mikro (yönetici), makro (düzenleyici). OECD ülkelerinde yaşayan insanların üçte biri, sağlık sektörünün yozlaşmış veya çok yozlaşmış olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, OECD tarafından hazırlanan Sağlıkta Gereksiz Harcamalarla Mücadele raporuna göre, sağlık sisteminde gerçekleşen gereksiz harcamaların %6'sı yolsuzluk kaynaklıdır. Yönetim kaynaklı gereksiz sağlık harcamaları, sağlık sisteminin yönetimini destekleme amacı taşıdığı için hasta bakımına doğrudan katkıda bulunmayan kaynakların

kullanımıyla ilgilidir. Bu aşamada yaşanan yolsuzluk eylemleri nedeniyle sağlık hizmetleri için belirlenen amaçlardan sapma gerçekleşebilmektedir. Dolayısıyla gereksiz sağlık harcamalarının artışı engellemek için sağlık sisteminin daha şeffaf hale getirilmesi gerekmektedir (OECD, 2017).

Yolsuzluk sağlık hizmet sunumu mekanizmasına birkaç noktada zarar verebilmektedir. Bunlar; doktor-hasta ilişkisi, hastane-geri ödeme kurumu ilişkisi ve hastane-tedarikçi ilişkisi olarak sınıflandırılmaktadır. Doktor ve hasta ilişkisinde, bir doktor özel muayene için kamu tesislerini uygunsuz bir şekilde kullanabilir. Ayrıca özel muayene talebini arttırmak için mesai saatleri içinde işe gelmeyebilir veya dikkatsiz ve özensiz olabilir. Hastane ve geri ödeme kurumu ilişkisinde ise, faturalama işlemlerinde usulsüzlük gerçekleşebilmektedir. Bu durum, özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha sık ortaya çıkan bir sorun olabilmektedir. Hastane ve tedarikçi ilişkilerinde yolsuzluk, ihale usulsüzlükleri ve rüşvet olgularıyla gerçekleşebilmektedir (Azfar ve Gurgur, 2008).

Yukarıda ifade edildiği gibi sağlık hizmetlerinde yolsuzluk eylemleri birçok biçimde gerçekleşebilmektedir. Hangi biçimde olursa olsun sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzlukların hasta bakımı, klinik araştırma ve tıp eğitimi alanları üzerinde geniş kapsamlı etkileri bulunmaktadır. Söz konusu alanlarda yolsuzluğun ortaya çıkardığı etkiler Tablo 1’de özetlenmiştir (Chattopadhyay, 2015).

Tablo 1. Yolsuzluğun Etki Alanları ve Sonuçları

| Öncelikli Alan | Öncelikli Alan İçindeki Spesifik Bölümler | Yolsuzluk Uygulama Örnekleri | Sonuçlar |
|--------------------------|---|---|--|
| Hasta Bakımı | Sağlık tesislerinin inşaatı | Sözleşme prosedürünü hızlandırmak için rüşvet vermek | Yüksek maliyetli olan düşük kaliteli inşaatlar ve ihtiyacı karşılamayan, erişimde eşitsizliğe neden olan tesisler |
| | İlaç, tıbbi malzeme ve hizmet alımı | Tekliflerin seçiminde rüşvetin etkili olması, ilaçların etik dışı pazarlanması ve satışı, geciken teslimatlardan tedarikçilerin sorumlu tutulmaması | Yüksek maliyetli ve standartların altında ilaç ve ekipmanın satın alınması. Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik |
| | İlaçların dağıtımı ve kullanımı | Ücretsiz ilaç ve malzeme satışı Depolama ve dağıtım noktalarında malzeme çalınması | Yoksul bireylerin ilaçlara erişememesi Hastaların tedavisinin kesilmesi veya eksik kalması |
| | Sağlık hizmetlerine erişim, hastaneye kabul | Rüşvet ve informal ödemeler | Yoksul bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişiminde aksaklık Sağlıkta eşitsizlik |
| | Hizmet kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi | İlaçların tescili için rüşvet verilmesi Değerlendirme sonuçlarını etkileyen rüşvet veya siyasi baskı | Sahte ilaçların piyasada dolaşması Bulaşıcı hastalıkların yayılması Hastaların yetersiz tıbbi müdahaleden ölmesi |
| Biyomedikal Araştırmalar | Klinik araştırmalar | Mali teşvikler kullanarak insan deneklerin kullanılması Yaralanma veya ölüm durumunda yeterli tazminat politikasının bulunmaması | Etik olmayan deneylerde insan deneklerin kullanılması Deney esnasında ölenler için tazminat ödenmemesi |
| | Öğrenci araştırmaları | Öğrencilerin araştırma projelerini “denetlemek” için yapılan informal ödemeler | Araştırma ve bilimsel yayınlarda suiistimal |
| Tıp Eğitimi | Kabul | Tıp eğitimine giriş için rüşvet ödenmesi Öğrenci seçiminde kayırmacılık | Yetersiz sağlık profesyonellerinin yetişmesi Örgütsel sinizm ve hayal kırıklığı |
| | Sınav | Yeterlilik sınavını geçmek için rüşvet verilmesi | Alışkanlık haline gelen etik dışı uygulamalarda bulunan sağlık personeli |
| | Öğretim görevlilerinin atanması | Nepotizm, iltimas ce sağlık personelinin seçiminde siyasi etki | |

Kaynak: Chattopadhyay, 2015.

Sağlık hizmetlerinin kedine has özellikleri sebebiyle sağlık için ayrılan kaynaklar ülke ekonomilerinde önemli bir yer kaplamaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluk toplumun sağlık statüsü üzerinde olumsuz etki yaratmakla birlikte ülke ekonomisinin gelişmesine engel olmaktadır. Yolsuzlukla mücadele için öncelikle varlığının ve seviyesinin belirlenmesi sonrasında nedenlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Yolsuzluğun varlığını ve düzeyini tespit edebilmek için yolsuzluk algısı çalışmaları sıklıkla gerçekleştirilmektedir. Yolsuzluk algıları uluslararası kurumlar ve akademisyenler tarafından yolsuzluk faaliyetlerini ölçmek ve değerlendirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Örneğin sıklıkla atıfta bulunulan Uluslararası Şeffaflık Derneği raporlarının temelini yolsuzluk algılamaları ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır. Yolsuzluğun kendisi yerine yolsuzlukla ilgili algıların ölçülmesi, doğrudan yolsuzluğun ölçülmesinde yer alan içsel zorlukları ortadan kaldırmaktadır (Olken, 2009). Bu çalışmada ise, Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk konusundaki algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın amacı doğrultusunda sağlık hizmetleri sunumunun farklı alanlarındaki yolsuzluk seviyeleri, yolsuzlukla ilgili örnek olaylar ve bu örnek olayların Türkiye’de görülme sıklığı konusundaki algılamalar değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın çeşitli birimlerini ve ülke genelindeki çeşitli kurum, kuruluş ve hizmet alanları içinde sağlık hizmetlerini, yolsuzluk seviyesi bakımından nasıl değerlendirdikleri incelenmiştir.

2.1. Evren Örneklem

Araştırmanın evreni 2015-2016 öğretim yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğrenim gören öğrencilerden oluşmaktadır. İlgili bölümde öğrenim gören öğrencilerin toplam sayısı 280’ dir. Araştırma evreni birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. 2015-2016 öğretim yılında ilgili bölümde dördüncü sınıf öğrencisi bulunmamaktadır. Örneklem seçilmeyip evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışmayı kabul eden 257 öğrenciye anket uygulanmıştır. Uygulanan anketlerin 9 adedi eksik ve yanlış doldurma nedeniyle araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Analizler tam ve doğru olarak doldurulan 248 anket ile yapılmıştır. Evrenin %88’ ine ulaşılmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmada anket yönetimi kullanılmıştır. Anketler, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcıların görev yaptıkları hastanelerde yüz yüze uygulanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yolsuzluk algılarını belirlemek için, Özbek (2007) tarafından yapılan “Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Personelinin Yolsuzluk Algılamaları” adlı çalışmasında yer alan anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; anketi cevaplayanların kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik beş soru bulunmaktadır. İkinci bölümde araştırmaya katılanların yolsuzluk algılarını belirlemeye yönelik 24 soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde ilk 17 soru yolsuzlukla ilgili «kabul edilebilirlik» ve görülme sıklığı» olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde “1 = kesinlikle kabul edilemez ve 7 = kesinlikle kabul edilebilir” olmak üzere kabul edilebilirlik derecesi 1’den 7’ye doğru artan yedili eşit aralıklı derecelendirme ölçeği kullanılmıştır.

18. soru katılımcıların Sağlık Bakanlığı teşkilatı içinde farklı birimlerde görülen yolsuzluk seviyesi hakkında algılarını; 19. soru katılımcıların Sağlık Bakanlığı’ndaki farklı görev gruplarının yolsuzluğa karışma konusunda algılarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Seçenekler “1= hiç görülmemektedir ve 7= çok yaygındır” şeklindedir ve yolsuzluğa karışma derecesi 1’den 7’ye doğru artan yedili eşit aralıklı derecelendirme ölçeğine göre düzenlenmiştir.

20. soru katılımcıların sağlık hizmetlerinde yolsuzlukların görülme sebepleri konusundaki algılarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Seçenekler “1= hiç etkili değildir ve 7= çok etkilidir” şeklinde etkililik derecesi 1’den 7’ye doğru artan yedili eşit aralıklı derecelendirme ölçeğine göre düzenlenmiştir.

21. soru yakın geçmişte yolsuzluk seviyesinin nasıl değiştiğini, 22. soru yakın gelecekte yolsuzluk seviyesinin nasıl değişme göstereceğinin beklendiğini sormaktadır. Sorular 5’li eşit aralıklı derecelendirme ölçeğine göre düzenlenmiştir.

23. soru bazı kurum, kuruluş ve hizmet alanlarında ne derece yolsuzluk görüldüğünü değerlendirmektedir. Seçenekler “1= hiç görülmemektedir ve 7= çok yaygındır” şeklindedir ve yolsuzluk seviyesi 1’den 7’ye doğru artmaktadır. 24. soru yolsuzluğun özel hayata ve aile hayatına, iş ortamına ve siyasi hayata etkilerini belirlemeye yöneliktir. Seçenekler “1= hiç etkilemez ve 7= büyük ölçüde etkiler” şeklindedir ve etkileme derecesi 1’den 7’ye doğru artmaktadır.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 17.0 yazılım programında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Anket formundaki her bir ifade için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Tanımlayıcı araştırma türündeki çalışmada her bir ifade için belirlenen ortalama ve standart sapma değerlerini içeren tablolar oluşturulmuştur. Böylelikle her bir ifade için frekans dağılımları tespit edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Bulgularının Dağılımı

| Değişken | Kategori | f | % |
|-------------------------------|---------------------------|------------|------------|
| Sınıf | 1 | 126 | 50,8 |
| | 2 | 54 | 21,8 |
| | 3 | 68 | 27,4 |
| Doğum Tarihi | 1982-1993 | 42 | 16,9 |
| | 1994-1995 | 116 | 46,8 |
| | 1996-1998 | 90 | 36,3 |
| Cinsiyet | Kadın | 172 | 69,4 |
| | Erkek | 76 | 30,6 |
| Memleket | Marmara Bölgesi | 21 | 8,5 |
| | Ege Bölgesi | 30 | 12,1 |
| | İç Anadolu Bölgesi | 67 | 27 |
| | Akdeniz Bölgesi | 43 | 17,3 |
| | Karadeniz Bölgesi | 45 | 18,1 |
| | Doğu Anadolu Bölgesi | 30 | 12,1 |
| | Güneydoğu Anadolu Belgesi | 12 | 4,8 |
| Ailede Sağlık Çalışanı Durumu | Var | 38 | 15,3 |
| | Yok | 210 | 84,7 |
| Toplam | | 248 | 100 |

Sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk algılaması anketine katılan öğrencilerin sınıf, doğum tarihi, cinsiyet, memleket ve ailede sağlık çalışanı durumuna ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya katılanların %50,8’i 1. sınıf öğrencisi; %46,8’i 1994-1995 yılları arasında doğmuş; %69,4’ü kadın, %18,1’i Karadeniz Bölgesi doğumlu ve %84,7’sinin ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır.

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk Örnekleri Konusunda Görüşler

| 1A-17A. Aşağıdaki örnek olaylar sizce ne derece kabul edilebilir bir tutumdur? (Kabul Edilebilirlik 1’den 7’ye doğru artmaktadır) | 1a-17a | | 1b-17b | |
|---|---------------------|-------|-----------------|-------|
| | Kabul Edilebilirlik | | Görülme Sıklığı | |
| | Ort. | SS | Ort | SS |
| 1. Bir sağlık personelinin gerçekte muayene, teşhis, tedavi vb. işlemleri uygulamadığı hastaları bu işlemleri uygulamış gibi göstererek çıkar sağlaması. | 1,26 | 0,965 | 4,66 | 1,524 |
| 2. Bir sağlık personelinin, harcamaların sosyal güvence sistemi tarafından karşılanması için hastaları hakkındaki bilgileri gerçeğe aykırı olarak değiştirmesi. | 1,73 | 1,244 | 4,09 | 1,442 |
| 3. Bir sağlık personelinin hastalarından, muayene, teşhis, tedavi vb. için resmi olarak belirlenen miktardan fazla para talep etmesi. | 1,44 | 0,996 | 4,28 | 1,751 |
| 4. Bir sağlık personelinin faturayı şişirmek veya döner sermayeden daha fazla pay almak amacıyla bir tedaviyi birkaç parçaya bölerek, birden fazla tedavi uyguluyormuş gibi göstermesi. | 1,40 | 1,105 | 4,58 | 1,642 |

| | | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|
| 5. Bir sağlık personelinin faturayı şişirmek veya döner sermayeden daha fazla pay almak amacıyla hiç yapmadığı işlemleri yapmış gibi göstermesi. | 1,29 | 0,933 | 4,63 | 4,223 |
| 6. Bir sağlık personelinin muayene, teşhis, tedavi vb. işlemler için bekleyen hastalardan bu işlemleri hızlandırmak için gayriresmî olarak nakdi (para) ya da aynı (hediye vb.) şeyler istemesi ve/veya alması. | 1,45 | 1,123 | 4,11 | 1,694 |
| 7. Bir sağlık personelinin kendisine veya bir yakınına sağlık kurumlarında sıra beklemeden muayene gibi ayrıcalıklı ve öncelikli işlem yapılmasını istemesi. | 1,91 | 1,435 | 5,28 | 1,742 |
| 8. Kullanılan malzemenin fiyatından daha yüksek bir fiyatla hastaya fatura edilmesi. | 1,28 | 0,816 | 4,23 | 1,623 |
| 9. Kullanılmayan malzemelerin kullanılmış gibi gösterilerek hastaya fatura edilmesi. | 1,23 | 0,775 | 4,04 | 1,584 |
| 10. Bir sağlık personelinin hastaya tıbben gerekli olmadığı halde, daha fazla çıkar elde etmek amacıyla gereksiz işlem uygulaması (Örneğin; gereksiz tetkik veya ameliyat). | 1,27 | 0,812 | 4,42 | 1,676 |
| 11. Bir sağlık personelinin kongre, çeşitli eğitim veya yurtdışı seyahat gibi çıkarlar karşılığında; ilaç, tıbbi malzeme ve sarf maddeleri firmalarının ürünlerinin kullanımını teşvik etmesi ya da daha fazla reçete etmesi. | 1,70 | 1,219 | 4,21 | 1,556 |
| 12. Bir sağlık personelinin gerekli ve yeterli koşulları taşımayan bir kimseye sağlık raporu vermesi. | 1,91 | 1,308 | 5,19 | 1,598 |
| 13. Bir personelin daha fazla gelir elde etmek amacıyla mesai kayıtlarını değiştirerek gerçekte çalışmadığı zamanlarda kendini çalışmış gibi göstermesi. | 1,33 | 0,827 | 4,11 | 1,576 |
| 14. Bir sağlık kuruluşu yöneticisinin tıbbi, idari, mali ve teknik performans göstergelerini daha fazla çıkar elde etmek amacıyla değiştirmesi. | 1,37 | 0,890 | 4,09 | 1,517 |
| 15. Siyasi partilerin, iktidara geldikten sonra sağlık kurumlarındaki yöneticileri görevden almaları ve yerlerine siyasal yandaşlık, sadakat, ideoloji ve akrabalık gibi faktörleri esas alarak yeni kimseler atamaları. | 1,35 | 0,999 | 5,62 | 1,624 |
| 16. Siyasi iktidarın, yeniden seçim kazanabilmek için sağlık kaynaklarını (para, insan gücü vb.) oyları kendisine çekecek şekilde tahsis etmesi, önceliklendirmesi. | 1,63 | 1,222 | 5,49 | 1,631 |
| 17. Bazı kişi ve/veya grupların piyasa sürecinin işleyişi dışında karar alma sürecini etkileyerek; devlet tarafından verilen bazı imtiyazlar, ithal sınırlamaları, teşvikler gibi yapay fırsatlar yaratarak çıkar elde etmesi. | 1,53 | 1,005 | 4,55 | 1,572 |
| 1-17 Sorular Ortalama | 1,48 | 0,727 | 4,52 | 1,171 |

Yolsuzlukla ilgili örnek olaylar arasında kabul edilebilirlik boyutunda en yüksek ortalama puanı 1,91 ile “Bir sağlık personelinin kendisine veya bir yakınına sağlık kurumlarında sıra beklemeden muayene gibi ayrıcalıklı ve öncelikli işlem yapılmasını istemesi” ve “Bir sağlık personelinin gerekli ve yeterli koşulları taşımayan bir kimseye sağlık raporu vermesi” ifadelerinin aldığı belirlenmiştir. Kabul edilebilirlik boyutunda en düşük ortalama puanı ise, 1,23 ile “Kullanılmayan malzemelerin kullanılmış gibi gösterilerek hastaya fatura edilmesi” ifadesinin aldığı belirlenmiştir. Buna göre katılımcılara sunulan yolsuzluk örneklerinin tamamının kabul edilemez olduğu belirlenmiştir. Yolsuzlukla ilgili örnek olaylar arasında görülme sıklığı boyutunda en yüksek ortalama puanı 5,62 ile “Siyasi partilerin, iktidara geldikten sonra sağlık kurumlarındaki yöneticileri görevden almaları ve yerlerine siyasal yandaşlık, sadakat, ideoloji ve akrabalık gibi faktörleri esas alarak yeni kimseler atamaları” ifadesinin aldığı belirlenmiştir. Görülme sıklığı boyutunda en düşük ortalama puanı ise 4,04 ile, “Kullanılmayan malzemelerin kullanılmış gibi gösterilerek hastaya fatura edilmesi” ifadesinin aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Sağlık Bakanlığı'nda Birimlere Göre Yolsuzluk

| 18. Sizce Sağlık Bakanlığı teşkilatı içinde aşağıda belirtilen birimlerde ne derecede yolsuzluk görülmektedir? (Yolsuzluk görülme sıklığı 1'den 7'ye doğru artmaktadır) | Ort. | SS |
|--|------|-------|
| Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı | 4,33 | 1,918 |
| Hastaneler | 4,64 | 1,805 |
| İl Sağlık Müdürlükleri | 4,45 | 1,811 |
| Aile Sağlığı Merkezleri | 3,49 | 1,852 |
| Halk Sağlığı Laboratuvarları | 3,28 | 1,819 |
| Verem Savaş Dispanserleri | 2,77 | 1,722 |
| AÇSAP Merkezleri | 3,01 | 1,721 |
| 112 Acil Sağlık Hizmetleri | 3,06 | 1,866 |
| 18. Soru Ortalaması | 3,64 | 1,430 |

Çalışmaya katılanların Sağlık Bakanlığı birimlerinde görülen yolsuzluk algılamalarına ilişkin ortalama puanları Tablo 4'te verilmiştir. Yolsuzluk algısının en yüksek olduğu birim 4,64 ortalama puan ile hastaneler olarak belirlenmiştir. Hastaneleri 4,45 ortalama puan ile İl Sağlık Müdürlükleri ve 4,33 ortalama puan ile Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı izlemiştir. Yolsuzluk algısının en düşük olduğu birim ise, 2,77 ortalama puan ile verem savaş dispanserleri olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı'nda Görev Gruplarına Göre Yolsuzluk

| 19.Sizce Sağlık Bakanlığı'nda aşağıda belirtilen görev grupların yolsuzluğa ne derecede karışmaktadır? (Yolsuzluğa karışma 1'den 7'ye doğru artmaktadır) | Ort. | SS |
|---|------|-------|
| Uzman Hekimler | 3,89 | 1,895 |
| Pratisyen Hekimler | 3,63 | 1,814 |
| Diğer Sağlık Personeli (Biyolog, Diş Tabibi, Eczacı vb.) | 3,62 | 1,821 |
| Yardımcı Sağlık Personeli (Hemşire, Eve, Sağlık Memuru vb.) | 3,64 | 1,896 |
| Başhekimler ve Başhekim Yardımcıları | 4,42 | 1,877 |
| Hastane Müdürleri ve Müdür Yardımcıları | 4,52 | 1,845 |
| Başhemşire ve Başhemşire Yardımcıları | 4,11 | 1,845 |
| Memurlar (İdari ve Sözleşmeli) | 3,84 | 1,923 |
| Hizmetliler | 3,05 | 1,934 |
| Özel Şirket Personeli | 3,57 | 2,036 |
| 19. Soru Toplam | 3,38 | 1,443 |

Çalışmaya katılanların Sağlık Bakanlığı'nda görev gruplarında görülen yolsuzluk algılamalarına ilişkin ortalama puanları Tablo 5'te verilmiştir. Yolsuzluk algısının en yüksek olduğu görev grubu 4,52 ortalama puan ile hastane müdürleri ve müdür yardımcıları olarak belirlenmiştir. Hastane müdürlerini ve müdür yardımcılarından sonra 4,42 ortalama puan ile başhekim ve başhekim yardımcıları yolsuzluk algısında ikinci sırada yer almıştır. Söz konusu bulgulara yolsuzluk eylemlerinin daha çok yönetim kademesinde gerçekleştirildiği sonucuna varılabilir. Yolsuzluk algısının en düşük olduğu görev grubu ise, 3,05 ortalama puan ile hizmetliler olarak belirlenmiştir.

Tablo 6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların Nedenleri

| 20.Sizce Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yolsuzlukların görülmesinde aşağıdaki sebepler ne derece etkilidir? (Sebeplerin etkililiği 1’den 7’ ye doğru artmaktadır) | Ort. | SS |
|--|------|-------|
| Kaynak Kıtlığı/Yetersizliği | 3,88 | 1,916 |
| Uzun Bekleme Süreleri/Kuyruklar | 4,97 | 1,770 |
| Nüfuz Sahibi, Güçlü ve Etkili İnsanlar | 5,53 | 1,689 |
| Düşük Maaşlar/Ücretler | 5,06 | 1,815 |
| Kötü Yönetim ve Denetim | 5,40 | 1,732 |
| Yasal Boşluklar | 5,44 | 1,722 |
| Hastaların Bilgisizliği | 5,17 | 1,696 |
| Hastaların Seçme Şansının Olmaması | 4,91 | 1,842 |
| Şeffaflığın Yokluğu/Yetersizliği | 5,29 | 1,719 |
| Hesap Sorulabilirliğin Yokluğu/Yetersizliği | 5,88 | 2,374 |
| 20. Soru Toplam | 5,15 | 1,340 |

Çalışmaya katılanların sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluk nedenlerine ilişkin algı düzeyi puan ortalamaları Tablo 6’da sunulmuştur. Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluğun en büyük nedeninin 5,88 ortalama puan ile hesap sorulabilirliğin yokluğu/yetersizliği olduğu belirlenmiştir. Hesap sorulabilirliği 5,53 ortalama puan ile nüfuz sahibi, güçlü ve etkili insanlar takip etmiştir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluğun nedenleri arasında en düşük ortalama puanı ise 3,88 ile “kaynak kıtlığı/yetersizliği” ifadesi almıştır.

Tablo 7. Son 10 Yılda ve Gelecek On Yıllık Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzluk

| Son 10 Yılda Yolsuzluk | Ort. | SS |
|--|------|-------|
| 21. Sizce son on yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yolsuzluk seviyesi nasıl bir gelişme gösterdi? (1= Çok Azaldı, 5= Çok Arttı) | 3,86 | 1,082 |
| Gelecek 10 Yılda Yolsuzluk | Ort. | SS |
| 22. Sizce gelecek on yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yolsuzluk seviyesi nasıl bir gelişme gösterecektir? (1= Çok Azalacak, 5= Çok Artacak) | 3,70 | 1,107 |

Çalışmaya katılanların son 10 yılda ve gelecek 10 yıllık dönemde sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun gelişimine ilişkin algı düzeyleri puan ortalaması Tablo 7’de verilmiştir. Son 10 yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yolsuzluk seviyesi algısı puan ortalaması 3,86 olarak belirlenmiştir. Bu bulguya göre katılımcıların yolsuzluk algıları doğrultusunda geçtiğimiz 10 yılda yolsuzluk seviyesinin az miktarda arttığı söylenebilir. Gelecek 10 yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yolsuzluk seviyesi algısı puan ortalaması 3,70 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bulguya göre katılımcıların yolsuzluk algıları doğrultusunda gelecek 10 yılda yolsuzluk seviyesinin az miktarda artacağı söylenebilir.

Tablo 8. Türkiye’de Çeşitli Kurum, Kuruluş ve Hizmet Alanlarında Yolsuzluk

| 23. Sizde aşağıda belirtilen kurum, kuruluş ve hizmet alanlarında ne derece yolsuzluk görülmektedir? (Yolsuzluk görülme 1’den 7’ye doğru artmaktadır) | Ort. | SS |
|---|------|-------|
| Siyasi Partiler | 5,91 | 1,673 |
| Parlamento | 5,48 | 1,841 |
| Polis | 4,72 | 1,864 |
| Adalet Sistemi | 5,32 | 1,767 |
| Vergi Daireleri | 5,32 | 1,737 |
| İş/Özel Sektör | 5,36 | 1,738 |
| Gümrükler | 5,21 | 1,805 |
| Sağlık Hizmetleri | 5,09 | 1,688 |
| Medya | 5,57 | 1,728 |
| Eğitim Sistemi | 5,14 | 1,822 |
| Ruhsat/İzinler | 5,38 | 1,767 |
| Elektrik, Su, Doğalgaz | 5,08 | 1,855 |
| Ordu | 4,38 | 1,987 |
| Sivil Toplum Örgütleri | 4,39 | 1,885 |
| Dini Kuruluşlar | 4,94 | 1,968 |
| Sendikalar | 4,75 | 1,861 |
| 23. Soru Ortalama | 5,13 | 1,425 |

Çalışmaya katılanların Türkiye’de çeşitli kurum, kuruluş ve hizmet alanlarında görülen yolsuzluk düzeyine ilişkin algı düzeyi puan ortalamaları Tablo 8’de verilmiştir. Türkiye’de yolsuzluk algısının en yüksek olduğu kurum 5,91 puan ile siyasi partiler olarak belirlenmiştir. Siyasi partileri sırasıyla 5,48 puan ortalaması ile parlamento ve 5,38 ortalama puan ile ruhsat/izin işlemleri izlemiştir. Türkiye’de yolsuzluk algısının en düşük olduğu kurum 4,38 ile ordu olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Yolsuzluğun Hayatın Değişik Alanlarına Etkisi

| 24. Sizde yolsuzluk özel ve aile hayatınızı, iş ortamını ve siyasi hayatı nasıl etkiler? (Etkileme derecesi 1’den 7’ye doğru artmaktadır) | Ort. | SS |
|---|------|-------|
| Özel ve Aile Hayatı | 5,27 | 4,962 |
| Okul Ortamı | 5,17 | 1,752 |
| İş Ortamı | 5,86 | 1,496 |
| Siyasi Hayat | 6,11 | 1,461 |
| 24. Soru Ortalama | 5,60 | 1,85 |

Çalışmaya katılanların yolsuzluğun hayatın değişik alanlarına etkisine ilişkin algı düzeyleri Tablo 9’da verilmiştir. Yolsuzluğun, 6,11 ortalama puan ile en çok siyasi hayatı etkilediği algısının olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla 5,86 ortalama puan ile iş ortamı, 5,27 ortalama puan ile özel ve aile hayatı ve 5,17 ortalama puan ile okul ortamının izlediği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda yolsuzluk özel ve aile, iş ortamı ve siyasi hayatını orta düzeyde etkileyebildiği söylenebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere birçok uluslararası belgede sağlık temel insan hakkı olarak ifade edilmiştir. Sağlığın temel bir insan hakkı oluşu ve dışsallığın varlığı devletlerin sağlık hizmetlerinde doğrudan rol almasını zorunlu kılmaktadır. Devletin sağlık hizmeti içerisinde yer alması birçok maliyet unsuru doğurmaktadır. Bu maliyetlerden en önemlisi yolsuzluk olarak karşımıza çıkabilmektedir. Asimetrik bilginin ve birçok aktörün varlığı sağlık hizmetlerini karmaşık bir yapıya büründürmektedir. Söz konusu karmaşık yapı da yolsuzluk eylemlerinin gerçekleşmesine neden olan faktörlerden biridir. Kamu kaynaklarının yoğun olarak kullanıldığı ve özel sektörün de geniş yetkilerle sağlık hizmetlerinde yer alması yolsuzluk eylemlerinin görülmesine neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yolsuzluk sağlık sisteminin performansı üzerinde doğrudan etkili olan; sağlık hizmetlerine erişim, kalite, eşitlik, verimlilik ve sağlık hizmetlerinin etkinliği üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Dolayısıyla uygun kalitede sağlık hizmetini toplumun geneline ulaştırmada sorun yaşanabilmektedir. Bu durum toplumun sağlık statüsü üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Ayrıca son derece pahalı teknolojilerin kullanıldığı sağlık sektöründe kıt olan kaynakların israfıyla karşılaşabilmektedir. Bu olumsuzluklar sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzlukların çok yönlü etkilerinin olduğunu göstermektedir. Kaynakların israfı ve toplumun sağlık statüsünün iyileştirilememesi sürdürülebilir ekonomik kalkınma üzerinde de negatif etki yaratmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetleri çerçevesinde yolsuzluk davranışının mevcudiyeti ve sebepleri üzerine bilimsel araştırmaların yapılması gerekmektedir (Hussmann, 2020).

Araştırma bulgularına göre 17 farklı ifadeden oluşan yolsuzluk örneklerinin tamamı katılımcılar tarafından kabul edilebilir olarak belirlenmemiştir. En çok görülen yolsuzluk olayı ise "Siyasi partilerin, iktidara geldikten sonra sağlık kurumlarındaki yöneticileri görevden almaları ve yerlerine siyasal yandaşlık, sadakat, ideoloji ve akrabalık gibi faktörleri esas alarak yeni kimseler atamaları" olarak belirlenmiştir. Söz konusu bulgular Türkiye'deki çeşitli hizmet alanları için katılımcıların yolsuzluk algılarına ilişkin görüşleriyle paralellik göstermiştir. Buna göre araştırmaya katılanlar Türkiye'de en çok yolsuzluk eyleminin siyasi partiler düzeyinde gerçekleştiğini ifade etmişlerdir. Elde edilen bu sonucun sadece Türkiye'deki siyasi kurumlar için değil diğer ülkeler için de geçerlidir. Uluslararası Şeffaflık Örgütü tarafından 2013 ve 2016 yıllarında hazırlanan Küresel Yolsuzluk Barometresi raporlarında göre 2013 yılında en çok yolsuzluğa karışan kurumun %66 ile siyasi partiler olduğu belirlenmiştir. 2016 yılında hazırlanan raporda ise, en çok yolsuzluk eyleminin %41 ile hükümet görevlileri tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Uluslararası Şeffaflık Derneği, 2016).

Araştırmaya katılanlara göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimler içerisinde en çok yolsuzluğun yaşandığı yer hastaneler olarak belirlenmiştir. Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı görev grupları içerisinde en çok yolsuzluğun yaşandığı görev grubu hastane müdür ve müdür yardımcısı olarak belirlenmiştir. Şahin vd. (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da yolsuzluk algısı bakımından hastane müdürü ve müdür yardımcıları düzeyinde en çok yolsuzluğun yaşandığı belirlenmiştir. Söz konusu bulgulara göre sağlık hizmetlerinde yolsuzluk faaliyetlerinin hastane tepe yönetimlerinden başladığı sonucu varılabilir.

Araştırma bulgularına göre, sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluğun en büyük nedeni hesap sorulabilirliğin yetersizliği olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde sadece sağlık sektörü değil diğer tüm alanlarda hesap verilebilirliğin eksik olması yolsuzluğa sebep olan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Chattopadhyay, 2015; Vian, 2007). Araştırmaya katılanlar gelecek 10 yılda sağlık hizmetlerinin sunumunda az miktarda da olsa yolsuzluğun artacağını belirtmiştir. Geçtiğimiz 10 yılda da bezer şekilde az miktarda yolsuzluğun artış gösterdiği belirlenmiştir. Bir ülkede yolsuzluk düzeyi farklı alanlarda farklı oranlarda değişim gösterse de değişimin yönü genellikle tüm alanlarda ortak olmaktadır. Ülke genelinde yolsuzluğun artışı sağlık alanını da etkileyecektir. Araştırmada gelecek ve geçmiş 10 yıl için elde edilen bulgular Uluslararası Şeffaflık Örgütü'nün Türkiye için açıklamış olduğu yolsuzluk algı sıralamasıyla paralellik göstermektedir. Buna göre Türkiye yolsuzluk algı sıralamasındaki yeri 2001 yılında 56 iken, 2019 yılında 91'e gerilemiştir. Türkiye bu yıllar arasında düzenli olarak sıra kaybetmiş ve yolsuzluk algı endeksi puanı giderek artmıştır. Bu doğrultuda yolsuzlukla mücadele için önemli adımlar atılmadığı takdirde Türkiye'de yolsuzluk faaliyetlerinde artışın yaşanmaya devam edeceği anlaşılmaktadır (Uluslararası Şeffaflık Derneği, 2019).

Araştırmada varılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Yönetmelik yapıda yolsuzluk algısının yüksek olarak belirlenmesi göz önüne alındığında; yöneticilerin taktir yetkisini sınırlandıracak, tekelleşmeyi önleyecek ve yakalanma ihtimalini arttıracak önlemlerin alınması önerilmektedir.

- Gereksiz fatura işlemlerini önlemek için merkezi bilgi sisteminin oluşturulması önerilmektedir. Bu sayede ilaç ve tıbbi malzemelerin hem alım esnasında fiyatı ve kalite gibi değişkenleri takip edilebilecek hem de kullanılmış gibi gösterilip fatura edilen malzeme kalemlerinin önüne geçilecektir.
- Sağlık kurumlarını hem içerden hem de dışardan denetleyebilecek şeffaf bir denetleme mekanizmasının geliştirilmesi yolsuzluğa karşı mücadelede etkili olabilecektir.
- Sağlık insan gücünün toplumun ihtiyacına göre planlanması ile mesleki anlamda tükenmişlik sorununun önüne geçilebilir. Bu sayede sağlık çalışanları suistimale neden olabilecek davranışlardan uzaklaştırılabilir.
- Sağlık hizmeti sunumunda rol alanlar için etik ve ahlaki değerlerle ilgili hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir.
- Etik kodların oluşturulması önerilmektedir.
- Toplumun sağlık okuryazarlık seviyesi artırılarak yolsuzluğa neden olan bilgi asimetrisi kavramının etkisi nispeten azaltılabilir.
- Yönetmel pozisyonundaki sağlık personelinin yolsuzluk potansiyelinin daha yüksek belirlenmesi taktir yetkisi ve tekel gücü ile ilişkilendirilmektedir. Dolayısıyla taktir yetkisini ve tekel gücünü sınırlandıracak düzenlemelerin yolsuzluğu azaltacağı söylenebilir.
- Sağlık hizmeti alanların aldıkları hizmetleri değerlendirmesine imkân tanıyacak bir elektronik ihbar sistemin tasarlanması önerilmektedir. Cepten ödeme gibi yolsuzlukların bu şekilde tespiti sağlanabilir.
- Sağlık hizmetlerinde yaşanan yolsuzluk olaylarıyla ilgili mevcut yaptırım mekanizmasının iyileştirilmesi ve işlenen suçlar nedeniyle kesin bir şekilde yaptırım uygulanması gerekmektedir. Bu sayede yolsuzluk davranışlarına yönelik caydırıcı önlemler alınabilir.
- Sağlık hizmetlerine yönelik belirlenen politikaların siyasi kaygılardan uzak bir şekilde belirlenmesi önerilmektedir.
- Sağlık hizmetlerine yönelik sadece politika belirlemek ve buna bağlı olarak yasa ve yönetmelikler hazırlamak tek başına yeterli olmamaktadır. Söz konusu politikaların uygulama aşamasına nasıl yansıdığı ve sahada gerçekleşen durumun büyük bir özenle tespit edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda belirlenen politikaların uygulamadaki yansımalarını açıkça izlemeye imkân tanıyacak bir sistemin tasarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Albayrak M. (2010). Sağlık sektöründe yolsuzluklar: nedensellik analizi. E-Journal of New World Sciences Academy; 3: 158-175.
- Avcı M & Teyyare E. (2012). Sağlık sektöründe yolsuzluk: teorik bir değerlendirme. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi; 8(2): 199-221.
- Azfar O, Gurgur T. (2008). Does corruption affect health outcomes in the Philippines? Econ Gov; 9:197-244.
- Chattopadhyay S. (2015). Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do? Indian Journal of Medical Ethics; 3: 153-159.
- Collier MW. (2002). Explaining corruption: an institutional choice approach. Crime, Law & Social Change; 38: 1-32.
- Gedikli A. (2011). Kamu hizmetlerinin yönetimi sürecinde yolsuzluğun derinleştirdiği ekonomik büyüme ve yoksulluk sorunu üzerinden bir değerlendirme. Öneri; 9(36): 169-188.
- Hussmann, K. (2020). Health sector corruption. Practical recommendations for donors. U4 Anti-Corruption Resource Centre.
- Kaufmann D. (1998). Revisiting anti-corruption strategies: tilt towards incentive-driven approaches? Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.542.1591&rep=rep1&type=pdf>. Erişim Tarihi: 24.10.2020

- Mackey TK, Vian T & Kohler J. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. *Bull World Health Organ*; 96(9): 634-643.
- Olken BA. (2009). Corruption perceptions vs. corruption reality. *Journal of Public Economics*, 93: 950-964.
- Özbek, MA. (2007). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Personelinin Yolsuzluk Algılamaları. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Svensson J. (2005). Eight questions about corruption. *Journal of Economic Perspectives*; 19(3): 19-42.
- Şahin İ, Özbek MA, Güren C & Tosun U. (2009). Sağlık sektöründe yolsuzluk: sağlık bakanlığı çalışanlarının yolsuzluk algılamaları. *Amme İdaresi Dergisi*; 42(4): 101-136.
- The National Academies (2018). *Crossing the global quality chasm*. Washington: The National Academic Press.
- Top M. (2004). Yolsuzluk ve sağlık hizmetleri. *Amme İdaresi Dergisi*; 37(2): 75-95.
- Transparency International (2016). *Global corruption report 2006*. Erişim: https://images.transparencycdn.org/images/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf. Erişim Tarihi: 23.09.2020.
- Uluslararası Şeffaflık Derneği (2016). Türkiye’de yolsuzluk: yasalar, uygulamalar ve riskli alanlar. Erişim: <https://www.seffalik.org/wp-content/uploads/2017/05/T%C3%BCrkiyede-Yolsuzluk.pdf>. Erişim Tarihi: 23.09.2020.
- OECD (2017). *Tackling wasteful spending on health*. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/321107720_Tackling_Wasteful_Spending_on_HealthOECD_2017 . Erişim Tarihi: 18.12.2020.
- Uluslararası Şeffaflık Derneği (2019). Uluslararası şeffaflık örgütü 2019 yolsuzluk endeksi’ni açıkladı. Erişim: <https://www.seffalik.org/2018-yolsuzluk-almi-endeksi-aciklandi/>. Erişim Tarihi: 18.10.2020.
- Vian T. (2007). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*; 23: 83-94.
- Vian T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy Planning*; 23(2): 83-94.

COVID-19 Öncesi ve Süresince Dünya Sağlık Örgütü: Hazırlıklar, Çabalar ve Eleştiriler

World Health Organization, Before and During COVID-19: Preparations, Efforts and Criticisms

Mustafa Said Yıldız¹¹ Doç.Dr., İç Denetçi, Sağlık Bakanlığı, İç Denetim Başkanlığı

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|--|--|
| <p>Makalenin Türü: Kuramsal</p> <p>Anahtar Sözcükler: Pandemi, sağlık politikaları, COVID-19, Dünya Sağlık Örgütü</p> <p>Keywords: Pandemic, health policy, COVID-19, World Health Organization</p> <p>Sorumlu Yazar Mustafa Said Yıldız</p> <p>Adres: Doç.Dr., İç Denetçi, Sağlık Bakanlığı, İç Denetim Başkanlığı</p> <p>E-mail: msaid@email.com</p> | <p>COVID-19, yeni koronavirüs, Çin'in Wuhan eyaletinde ortaya çıktı ve hızlı şekilde Çin'in diğer kesimlerine ve diğer ülkelere yayıldı. İran'da ve sonrasında Avrupa'da artan sayıda vakanın görülmesiyle Dünya Sağlık Örgütü COVID-19'un bir pandemi olarak karakterize edilebileceği değerlendirmesini yaptı. Örgüt, Ebola salgınından sonra kendi performansını eleştirmiş ve bir sonraki muhtemel salgın için hazırlanmak üzere nelerin yapılabileceğine ilişkin bir bildiri yayınlamıştı. Bu bildiri, dünyanın ve örgütün geniş çaplı bir salgın için hazırlıksız olduğu konusunda Ebola'nın hatırlatıcı olduğu değerlendirmesini yaptı. Bu çalışmanın amacı; Ebola bildirisinde öne çıkan yedi maddede Ebola sonrası COVID-19 öncesi süreçte yapılanların ve aynı maddeler özelinde COVID-19'a DSÖ'nün cevabının değerlendirilmesidir. Öncelikle DSÖ'nün geleneksel fonksiyonları olan danışmanlık, uzmanlık, eğitim, kılavuzluk gibi konularda salgın öncesinde ve süresince önemli katkılarda bulunduğu gösterilmiştir. Özel sektör, düzenleyici kuruluşlar, kamu otoriteleri ve üniversiteler arasında koordinasyon konusunda organizasyon yapısı, rolü ve etkileme gücünün sınırlılığı nedeniyle kısıtlarla karşılaştığı görülmüştür. DSÖ hızlı yanıt verme konusunda önemli güçlükler yaşadığı ve haklı eleştiriler almıştır. Bu durumun organizasyonun müeyyide uygulama gücü olmaması ve ülkelerin etkisine açık yapısı nedeniyle ortaya çıktığı değerlendirilmiştir. Örgütün COVID-19 sonrasında Ebola sonrası gerçekleştirdiği özeleştirdiden daha kapsamlısını katılımcı şekilde gerçekleştirmesi, yeniden yapılanma ve dönüşüm konusunu cesur şekilde tartışması gerekmektedir.</p> |
| | <p>ABSTRACT</p> <p>The novel coronavirus, COVID-19 emerged in Wuhan, China and spread rapidly to other parts of China and other countries. After increasing number of cases were observed in Iran, then in Europe; World Health Organization made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic. The organization had a self-critic and work on lessons learned after the Ebola outbreak and declare a statement on what to do to prepare for a next probable outbreak. This statement assessed that Ebola served as a reminder that the world, including the organization, is "ill-prepared" for a larger outbreak. This study's purpose is to evaluate WHO's actions during the period between Ebola outbreak and beginning of the COVID-19 pandemics and to assess WHO's response to COVID-19 in respect to seven WHO Ebola self-critic statement titles. Firstly, it was demonstrated that WHO contributed the preparation and operation process of COVID-19 effectively in terms of its conventional functions as consultancy, technical expertise, training and stewardship. It was observed that WHO had been confronted with severe constraints in matter of coordination between private sector, regulatory bodies, public authorities and universities because of its organisational structure, role and limited acting power. WHO experienced significant rigors in matter of rapid response and drawn rightful criticism. This was evaluated mostly because of its structure which lacks imposing sanctions and open to effects of countries. WHO needs a broader and more collaborative self-critic than that of it had after Ebola crisis and discuss about a reconstruction and transformation courageously.</p> |

1. GİRİŞ

Çin'in Hubei eyaleti, Wuhan şehrinde tespit edilen yeni tip koronavirüs 2020 yılı Şubat başı itibarıyla önce Çin'in diğer eyaletlerinde ve ardından diğer bazı ülkelerde görüldü (Huang vd., 2020). Salgının Ortadoğu'daki merkezi olarak tanımlanan İran'dan sonra yeni merkez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 13.03.2020'de Avrupa olarak duyuruldu. DSÖ salgının başlangıcındaki tutumunu Avrupa'nın yeni merkez oluşu ile birlikte değiştirdi (CNBC, 2020) ve salgını bir pandemi olarak değerlendirdi (WHO, 2020a).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında Birleşmiş Milletler'in himayesinde uluslararası sağlık politikaları ve özellikle enfeksiyon hastalıklarına karşı mücadeleyi koordine etme amaçlı kurulmuştur. Çiçek hastalığı, çocuk felci ile mücadelesi, kronik hastalıklar ve tütün konusunda çalışmaları nedeniyle övülen organizasyon (Fiona, 1994); fazlaca bürokratik oluşu, hantal yapısı, bir elin parmaklarını geçmeyen para kaynağı ülkelere bağlılığı ve politik etki altında kalması nedeniyle eleştiri de aldı. Bağışçı ülkelerin DSÖ'nün gündemini belirlemeleri ve böylelikle uluslararası kuruluşun giderek politize olması bir diğer eleştiri kaynağı olagelmıştır. Zira DSÖ'nün varlığına ve yardımına gerçekten ihtiyacı bulunan ülkeler DSÖ'nün gündemini belirlemekte en az söz sahibi olanlardı (Rochester, 2020). 2017'de Etiyopyalı (İlk defa Afrika'dan) bir başkan (Tedros Adhanom Ghebreyesus) seçilmesi ile yerel ihtiyaçlara DSÖ'nün daha fazla yöneleceğine ilişkin umutlar arttı (WHO, 2020b).

DSÖ Ebola salgını konusunda özeleştiri yapmış, örgütün ve dünya ülkelerin salgınlara hazırlıklı olmadığını deklare etmiştir. Sonrasında "Acil Sağlık Programı" ve "Global Influenza Stratejisi" gibi girişimlerle bu alandaki kapasitesini güçlendirme çabasını artırdı. COVID-19 sürecine gelindiğinde ise özeleştiriye bulunduğu konularda henüz yeterli seviyeye gelemediği konusunda eleştiriler aldı. Bununla beraber sürece önemli katkılar verdiği konular da bulundu. Ebola salgını sonrasında organizasyon yapısı ve ülke sağlık yönetimlerinin hazırlıksız olduğuna ilişkin özeleştiri ve yapılması gerekenler konusunda oluşturulan çerçeve, COVID-19 pandemisinin başlangıcına kadarki sürede yapılanlar ile COVID-19 sürecinde DSÖ'nün rolü ve özeleştiri sonrası oluşturduğu çerçevede eksik kalan konu başlıklarının açıklıkla değerlendirilmesi ve karşılaştırılması, gelecekte DSÖ'nün yapısına ilişkin yeni eleştirilerin ortaya konulması ve ülkelerin ve Türkiye'nin salgın hazırlık yeterlilikleri için değerlendirme yapılması adına önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı DSÖ'nün salgınlar konusunda rolünü hazırlık düzeyinin kendi özeleştirisini çerçevesinde değerlendirilmesidir. Öncelikle DSÖ'nün Ebola deneyimi, özeleştirisini ile organizasyon ve ülke yönetimleri için yapılması gerekenler konusunda ortaya koydukları çerçeve ve bu çerçeveye uyum için Ebola sonrası COVID-19 öncesi dönemde çabaları üzerinde durulmuştur. Daha sonra yine DSÖ'nün Ebola özeleştirisini sonrası ortaya koyduğu çerçeve esas alınarak COVID-19 süreci katkılarına, organizasyona yöneltilen eleştirilere yer verilmiştir. Son olarak Türkiye'nin DSÖ'nün COVID-19 öncesi tavsiyelerine uyarak influenza stratejisini hazırladığı ve muhtemel bir salgının etkilerini bertaraf etmek için adımlar attığı göz önünde bulundurularak Türkiye'de yapılan hazırlıklar ve aynı çerçeveye göre değerlendirmelere yer verilmiştir.

DSÖ'nün liderlik ve koordinasyon kapasitesi uzun yıllardır yoğun şekilde tartışılan bir konu olagelmıştır. Organizasyon yapısı, önceliklendirmeleri, yöntemleri ve yönetim anlayışı eleştirilerin odağında olmuştur. Çiçek hastalığının eradikasyonu ve az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere ülkelere sağladığı destekler takdir edilmekle beraber standart teknik raporlar yayınlayan, bürokratik ve hantal bir yapıda çalışan, diğer Birleşmiş Milletler yapılarından farksız bir yapı olarak eleştiriler de aldı. Batılı ülkeler, organizasyonu az gelişmişlerin sorunlarına öncelik veren politikaları nedeniyle eleştirirken, az gelişmişler bürokrasi ve israf bedeniyle eleştirdiler. DSÖ; kapsayıcı, küresel ve iddialı sloganları nispetinde etkili olmaktan her zaman uzakta oldu (Godlee, 1994).

1. DSÖ'NÜN EBOLA DENEYİMİ

Ebola salgını deneyimi ve DSÖ'ye yöneltilen eleştirilen organizasyon içinde bir özeleştiri imkânı doğurmuş, bunun sonucunda DSÖ, Acil Sağlık Programı'nı gündeme alabilmiştir. DSÖ'nün COVID-19 öncesinde daha hazırlıklı hale gelebilmesini sağlayan bu süreç, salgınlarla mücadelelerde DSÖ'den beklenen işlevleri anlamak ve DSÖ'nün COVID-19 sürecindeki performansını değerlendirmek bakımından önem taşımaktadır. Ebola sürecindeki özeleştirisiniyle DSÖ adeta salgınlardaki işlevine ilişkin taahhütlerini açıklamıştır.

1.1. DSÖ'nün Ebola başarısızlığı

DSÖ Ebola salgınına verdiği yetersiz reaksiyon nedeniyle pek çok çevreden ciddi eleştiriler almıştır. DSÖ, uluslararası koordine gerektiren, ülkeler arası yayılım ihtimali bulunan olağan dışı halk sağlığı riskleri için "Uluslararası halk sağlığı acil durumu (PHEIC – Public Health Emergency of International Concern)" kararı almakta ve böylelikle gerek ülkeleri ikaz edebilmekte, gerekse organizasyon için farklı bir operasyon düzenine geçebilmektedir.

PHEIC'ler süresince DSÖ üyelerine acil durumlara nasıl cevap verebilecekleri konusunda (seyahat ve ticaret sınırlamalarını da içerecek şekilde tavsiyelerde bulunur. Tavsiyelerinde ekonomik kaygıları da gözeterek ülkelerin salgın bildirimlerinde çekingen davranmalarının önüne geçmeye çalışır. Ayrıca DSÖ'den bu süreçlerde küresel bir koordinatör gibi davranması topladığı veri ve uzmanların bilgisini salgının engellenmesi ve kontrolü için kullanması; uluslararası aksiyonları koordine etme ve iyi uygulamaları yayma ve araştırmaları teşvik etme konusunda kilit rol oynaması beklenir.

DSÖ 2014 yılı Nisan ayına kadar Ebola salgınının görece küçük boyutta olduğunu bildirmiş, söz konusu PHEIC kararını beş ayda alabilmiştir. Batı Afrika'da hastalığın kontrolden çıktığı Ağustos ayında DSÖ tarafından henüz küresel acil durum açıklanmamış olması ciddi eleştiriler almıştır, bu gecikmenin "salgının beklenmedik ölçeğe ulaşmasında şüphesiz katkı sahibi" olduğu belirtilmiştir (Wenham, 2017). DSÖ'nün söz konusu başarısızlığı; karmaşık bürokratik yapısı, başarısız ve düşük bütçeyle çalışan tarama ekibi ve PHEIC açıklamasının sebep olabileceği ekonomik etki nedeniyle Batı Afrika ülkelerinin uyguladıkları baskı ile ilişkilendirilmiştir (CNN, 2020). DSÖ'nün Ebola ve Zika'daki başarısız geçmişinin önümüzdeki dönemde güven vermediği, yetersiz olduğu, özellikle yapısını modernize etmesi gerektiği pek çok kereler tekrar edilmiş (Reuters, 2020); Ebola krizi sırasında yaşananların tekrar etmemesi için DSÖ'ye önemli görevler düştüğü sıklıkla vurgulanmıştır (Foreign Affairs, 2015).

1.2. DSÖ'nün Ebola Özeleştirisini

DSÖ Ebola'da yaşanan gecikme, kök nedenleri ve neler yapılabileceği konusunda bir özeleştiri yapmış ve salgınlara dünyanın ve DSÖ'nün hazırlıksız olduğunu bir bildiri ile kabul etmiştir (WHO, 2020c).

2015 Nisan ayında yayınlanan bu bildiri DSÖ'nün yetersiz kaldığı noktaları gördüğünü ve bir faaliyet planı oluşturmak yolunda niyet beyanında bulunduğunu göstermiştir. Bu bildiride Ebola tecrübesinin dünyaya ve DSÖ'ye geniş kapsamlı ve inatçı bir salgına hazırlıksız (ill-prepared) olduğunu gösterdiği açıkça belirtilmiş; Ebola'dan neler öğrenildiği ve nelerin yapılmasının gerekli olduğuna ilişkin oldukça önemli ifadelere yer verilmiştir.

Söz konusu rapor COVID-19 sürecinde DSÖ'den neleri yapmasını bekleyebileceğimizi ve neleri yapamadığını ifade etmesi açısından da kayda değer bir veri sunmuştur. Bu bildiriden hareket ederek ifade edilenlerin yapılabilemiş olması durumunda COVID-19 sürecinde daha koordine, daha iyi iletişim kuran, dünya kaynaklarını daha doğru şekilde salgına karşı seferber edebilmiş bir uluslararası kamuoyunun oluşabileceği, böylelikle salgının daha iyi yönetilebileceği savını ortaya koymak güç olmayacaktır.

DSÖ bu bildiride Ebola tecrübesinden neler öğrendiklerini açıklamıştır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

- Salgınlara daha hızlı cevap verebilmenin gerekliliği,
- Kırılgan sağlık sistemlerinin büyük risk altında olduğu,
- Büyük çaplı bir salgına (Ebola çapında bir salgından söz ediliyor) mevcut kapasite ve sistemlerin yeterli gelmediği,
- Dayanışma dersinin alınması gerektiği, globalleşen dünyada bu tip salgınlarda tarama, gözlem ve müdahale sisteminin zincirin en zayıf halkası kadar güçlü olduğunu; herhangi bir ülkeye tehdit oluşturan salgının tüm ülkelere tehdit oluşturduğu, ortak sorumluluğun kaynak ve bilginin ortaklaşa kullanımını gerektirdiği,
- Koordinasyon zorluklarının farkına varıldığını,
- Piyasa temelli sistemlerin ihmal edilen hastalıklar ve salgınlar için ürün sunmakta isteksiz davrandıkları; aşı, ilaç ve tanı kitlerinin geliştirilmesi ve üretiminin kısa sürede sağlanması için bilim dünyası, ilaç endüstrisi ve düzenleyicilerin hızlı koordine olabilecekleri rutin prosedürlere, sistemlere ihtiyaç bulunduğunu,
- İletişim risklerinin varlığını,

DSÖ bildiride yer verdiği "Ne yapmalıyız" bölümünde, olası bir salgın halinde daha hazırlıklı, koordine ve organize bir örgüt ve dünya sağlık sistemi için yapılması gerekenleri aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Ulusal otoritelerin salgın önleme, hazırlık ve reaksiyon gösterme konularında yönetim sistemleri kurma çabalarını ulusal gündemlerinin en üstünde tutmaları için bu ülkelerle birlikte çalışma,
- Dünya kaynaklarını yönlendirme ve koordine etme mekanizmaları oluşturarak salgınlara etkin ve hızlı cevap verme kapasitesini DSÖ bünyesinde oluşturma, salgınlara ilgili çalışan kadronun güçlendirilmesi,

- Küresel Sağlık Acil Durum Görev Gücü'nün oluşturulması,
- Halk sağlığı uzmanlarının deneyiminin, hekimlerin klinik becerilerinin, sosyal bilimcilerin bilgisinin, iletişim uzmanlarının ve sosyal hizmet çalışanlarının bu alanda istihdam edilmesi; DSÖ ekiplerinin salgın halinde anında hazır duruma gelebilecek şekilde eğitilmesi ve sertifikalandırılması... Ülkelerde de aynı kapasitenin oluşturulmasına destek verilmesi,
- DSÖ'nün salgınlara daha hızlı reaksiyon verebilmesi için bir ihtiyat fonu (contingency fund) oluşturulması,
- DSÖ merkezleri, bölge ofisleri, ülke ofisleri arasında daha hızlı komuta ve kontrol sağlayabilecek sistemlerin (hızlı personel tahsisi, veri toplama ve raporlama, laboratuvar hizmetlerinin genişletilmesi, lojistik ve koordinasyon için sistemlerin kurumsallaştırılması gibi) oluşturulması,
- Farklı disiplinlerle salgınla mücadele konusunda birlikte çalışma pratiğinin geliştirilmesi,
- Salgın ve risk halinde daha iyi iletişim için altyapı oluşturulması.

DSÖ söz konusu bildiride koordinasyon, organizasyon, veri toplama, iletişim ve daha pek çok konuda bir pandemiye dünyanın ve DSÖ'nün hazır olmadığını böylelikle duyurmuş olmaktadır. Farklı disiplinlerden ekiplerin salgınla mücadele konusunda istihdam edilmeleri, dünya kaynaklarının koordine edilmesi, sistemlerin kurumsallaştırılması gibi pek çok zorlu hedefin kırılğan sağlık sistemleri de dahil edilerek oluşturulmasının oldukça güç bir hedef olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte söz konusu eylemler zaman geçirmeden koyulmanın önemi beş yıl geçmeden anlaşılmıştır. Söz konusu hedefler bize çeşitli bileşenlerde organizasyonun ve ülkelerin gelişmesi gerektiğini göstermektedir;

- 1- **Hızlı cevap:** Salgınlara DSÖ'nün hızlı cevap verebilme kapasitesinin artırılması,
- 2- **Kaynak koordinasyonu:** Salgınlarda dünya kaynaklarının yönlendirilmesi ve koordinesi için DSÖ'nün aktif rol alabilmesi,
- 3- **Salgını ülke gündemlerinde tutma:** Ülkelerin salgınları sağlık sistemi gündemlerinden dışlamamalarının sağlanması,
- 4- **Ülke kapasitelerinin artırılması:** Tarama, gözlem ve müdahale kapasitesinin kırılğan sağlık sistemi yapısı bulunan ülkeler de ihmal edilmeksizin artırılması
- 5- **Salgın uzmanı insan kaynağı:** Salgın hazırlığı için farklı disiplinlerden uzmanların DSÖ bünyesinde ve ülkelerde eğitilmesi ve sertifikalandırılması, birlikte çalışma pratiklerinin geliştirilmesi,
- 6- **Farklı paydaş ve sektörlerin koordine edilmesi:** Salgınlar durumunda DSÖ'nün kâr amaçlı özel sektör kuruluşları, bilim dünyası ve düzenleyicilerle hızlı şekilde koordine olarak işbirliği yapma gereği
- 7- **Salgın fonu:** DSÖ'nün salgınlara daha hızlı reaksiyon verebilmesi için bir ihtiyat fonu oluşturulması,

DSÖ'nün COVID-19 öncesinde hazırlıkları, pandemi sürecinde çabaları ve yöneltilen eleştiriler, yukarıdaki maddeler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

1.3. DSÖ Acil Sağlık Programı

DSÖ Ebola'dan alınan dersler üzerine "Acil Sağlık Programı"nı yürürlüğe koymuştur (WHO, 2020d). Program kapsamının daha çok yukarıdaki çerçevenin dördüncü maddesinde yer verilen "Tarama, gözlem ve müdahale kapasitesinin kırılğan sağlık sistemi yapısı bulunan ülkeler de ihmal edilmeksizin artırılması" ile dördüncü maddesinde yer verilen "Ülkelerin salgınları sağlık sistemi gündemlerinden dışlamamalarının sağlanması" tedbirlerine yönelik olduğu görülmektedir. DSÖ, halk sağlığı risklerini izleme ve tavsiye aksiyonlar ile görevinin altını çizmiş, sağlık risklerinin sürekli gözlemi konusunda ülkeleri desteklemenin önemini vurgulamıştır. Bu programın acil durumlardaki rolüne ilişkin aşağıdaki işlevlere yer verilmiştir.

- Ülkelerin sağlık acil durum hazırlıklı olma düzeyini değerlendirmelerine ve eksiklerini gidermek üzere ulusal planlar geliştirmelerine destek vermek,
- Yüksek seviyede enfeksiyon risklerini kontrol ve önleme kapasitesi ve stratejilerini geliştirmek,
- Halk sağlığı riskleri için değerlendirmeler, iletişim ve tavsiye aksiyonlarını izlemek (WHO, 2020e).

DSÖ 2018 yılı için Acil Sağlık Raporu yayınlamıştır. Söz konusu raporda 32 ülkede 1821 acil sağlık durumu uzmanı yetiştirildiği, 24 değerlendirme, 31 simülasyon, 28 ulusal aksiyon planı, 18 aksiyon değerlendirmesi yapıldığı raporlanmıştır. Söz konusu faaliyetlere ilişkin paylaşılan info-grafik ve haritalarda Türkiye için yapılan herhangi bir çalışmaya yer verilmemiştir. Böylelikle DSÖ'nün Ebola özeleştirisi sonucunda ulaştığı çerçevenin beşinci maddesinde yer verilen “salgın hazırlığı için farklı disiplinlerden uzmanların DSÖ bünyesinde ve ülkelerde eğitilmesi ve sertifikalandırılması, birlikte çalışma pratiklerinin geliştirilmesi” hedefine ulaşmak için çalışmalarına başladığı anlaşılmaktadır.

Bununla birlikte salgının kaynak ülkesi Çin'de de herhangi bir çalışma yürütülmediği, çalışmaların daha çok Afrika ülkelerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu durum; Çin'in görece kapalı yapısı yanında Ebola tecrübesinin Afrika'da yaşanmış olması, Afrika ülkelerinin sağlık sistemlerinin daha kırılgan bir yapıda bulunmaları ile açıklanabilmektedir. Güney Kore'nin salgın hastalıklarla mücadelede sağlık sistemini güçlendirmesine özel yer ayrılan raporda ülkelerin MERS ve SARS deneyimlerine oldukça az yer ayrıldığı, kaynakların bu konuya tahsis edilmediği görülebilmektedir. Türkiye'yle ilgili bir değerlendirme ve faaliyet Gaziantep'te Suriyeli sığınmacılara yapılan tıbbi yardım dışında bulunmamaktadır (WHO, 2020f).

1.4. DSÖ Global İnfluenza Stratejisi ve Türkiye

DSÖ'nün Ebola özeleştirisi sonrasında attığı bir adım da 2018 yılında devam eden zoonotik influenza (MERS, SARS gibi...) ve mevsimsel influenza için 2019-2020 Global İnfluenza Stratejisi'ni yayımlamak olmuştur (WHO, 2020g).

Bu stratejik planın 4 hedefi aşağıdaki gibi açıklanmıştır:

- Halk sağlığı ihtiyaçları için araştırma ve yeniliklerin teşviki,
- Global influenza surveyansı, izlemesi ve veri kullanımını güçlendirme,
- Savunmasızları korumak için mevsimsel grip önleme ve kontrol politika ve programlarının geliştirilmesi,
- Pandemi hazırlıklık düzeyi ve influenzaya karşılık verme gücünü artırarak dünyayı daha güvenli hale getirme.

DSÖ'nün ve ülkelerin yaygın ve güçlü bir pandemiye hazırlıksız olduğuna vurgu yapılan stratejide ülkelerin hazırlıklarının izlenmesi ve desteklenmesi hedeflenmiştir.

DSÖ'nün “Global İnfluenza Stratejisi”nde yaptığı ülkelerin eylem planı hazırlamaları tavsiyesine uyan ülkelere de Türkiye olmuştur.

Türkiye'de pandemi hazırlık ve planlamalarına 2004 yılından itibaren başlanılmıştır. Konunun paydaşları ile çalışmalar ve değerlendirmeler sonrasında “*Pandemi Hazırlık Planı*” tamamlanarak 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu plana göre “*İl Pandemi Planları*” hazırlanmış ve hazırlanan planlar, aynı yıl içinde tüm illerin katıldığı “*Pandemi Plan Tatbikatı*” ile değerlendirilmiştir.

2009 yılında ortaya çıkan A(H1N1) influenza pandemisinden elde edilen tecrübeler ışığında Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC-European Centre for Disease Prevention and Control) ve DSÖ'nün süreç içerisinde yapmış olduğu düzenlemeler ve önerileri dikkate alınarak Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı güncelleme çalışmaları başlatılmıştır. Pandemi Hazırlık Planı Hazırlama Komitesi oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı temsilcileri, akademisyenler, konu ile ilgili alan uzmanları ve ilgili diğer Bakanlık temsilcilerinin katıldığı çalıştaylar gerçekleştirilerek Türkiye ve bazı ülke tecrübeleri de göz önüne alınarak planın son hali verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Böylelikle Türkiye, 2014 yılından itibaren başlattığı çalışmaların da yardımıyla 2019 yılında “Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı”nı yayınlamış, 13.04.2019 tarih ve 2019/5 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle duyurmuştur (Resmi Gazete, 2020).

1.5. DSÖ'nün Ebola Sonrası COVID-19 Öncesi Süreçteki Çabalarının Değerlendirilmesi

DSÖ'nün Ebola özeleştirisi sonrası çabalarının stratejik ve belirli bir sistem içinde gerçekleştiği görülebilmektedir. Söz konusu çabalar DSÖ'nün Ebola sonrası özeleştirisi kapsamında belirlediğimiz yedi başlık özelinde değerlendirilmiştir.

- 1- **Hızlı yanıt:** DSÖ'nün, salgınlara hızlı cevap verebilme kapasitesini artırmak yönünde ne ölçüde çaba sarf ettiğine, organizasyonel değişikliklerine ilişkin bir bulguya rastlanmamıştır. COVID-19 sürecinde organizasyonun bu yönde yoğun şekilde eleştiri almış olması mevcut durumda organizasyonun alması gereken tedbirler bulunduğu şeklinde yorumlanabilecektir.
- 2- **Kaynak koordinasyonu:** Daha bölgesel ve küçük ölçekteki, gelişmiş ülkeleri etkilemeyen veya daha az etkileyen bir salgın durumunda dünya kaynaklarının yönlendirilmesi ve koordinesinde DSÖ'nün rolü yeterli gelebilecekti. Ancak gelişmiş, gelişmekte olan ülke ayrımı olmaksızın neredeyse tüm ülkeleri ciddi şekilde etkileyen ve kaynaklarını kendi ihtiyaçlarına tahsis etmeye yönlendiren COVID-19 ölçeğinde bir pandemi için DSÖ'nün yeterli hazırlık düzeyinde olmadığı görülmüştür.
- 3- **Salgını ülke gündemlerinde tutma:** Öncelikle ülkelerin salgın ihtimalini, bu ihtimalin gerçekleşmesi halinde karşılaşılabilecekleri riskleri değerlendirebilmeleri için altyapıya, salgına cevap verme kapasitelerine kavuşabilmeleri için DSÖ'nün çaba içinde bulunduğu görülmektedir. Salgınlar olağanüstü durumlar olduklarından risk değerlendirmelerinde ülkelerin öncelikli olarak yer verdikleri, yatırım yaptıkları bir alan olamamaktadır. Zorunlu ve gündelik sağlık sistem ihtiyaçlarına dahi karşılık vermekte güçlük çeken kırılğan sağlık sistemlerine sahip ülkeler için ise bu durum bir farkındalık sorunu olmaktan çok ekonomik ve sosyal imkân sorunudur. DSÖ, Global Influenza Stratejisi ile ülkelerin salgını ülke sağlık sistem gündemlerinde önemli bir başlık olarak bulundurmalarını, salgınlara hazırlık düzeyleri bakımından eksikliklerini belirlemelerini, giderme yönünde aksiyon oluşturmalarını teşvik etmiştir.
- 4- **Ülke kapasitelerinin artırılması:** DSÖ, yapısı, kuruluş amacı, rolü ve bütçesinden de kaynaklanan kısıtlardan da kaynaklanan bir eksiklikle *"tarama, gözlem ve müdahale sisteminin zincirin en zayıf halkası kadar güçlü olduğu"* gerçeği nedeniyle destek vermesi gereken kırılğan sağlık sistemlerine gerekli desteği vermekte güçlük yaşamıştır.
- 5- **Salgın uzmanı insan kaynağı:** Salgın hazırlığı için farklı disiplinlerden uzmanların DSÖ bünyesinde ve ülkelerde eğitilmesi ve sertifikalandırılması, birlikte çalışma pratiklerinin geliştirilmesi konusunu Ebola sonrasında ödevlerinden biri olarak açıklayan DSÖ, eğitimler, simülasyonlar, değerlendirmeler ve aksiyon planlarıyla ülkeler organizasyon ve ülkeler düzeyinde disiplinler arası bir salgınla mücadele insan kaynağı kapasitesi oluşturma çabasında olmuştur.
- 6- **Farklı paydaş ve sektörlerin koordine edilmesi:** Salgınlar durumunda DSÖ'nün kâr amaçlı özel sektör kuruluşları, bilim dünyası ve düzenleyicilerle hızlı şekilde koordine olarak işbirliği yapma amacı uzun vadeli bir amaç olarak değerlendirilmelidir. DSÖ'nün, ilaç endüstrisinin, düzenleyici-denetleyici yapıların bu tür bir işbirliği için hazırlık düzeyinin yeterli olmadığı; bu fonksiyonun DSÖ'nün yapı ve rolünde değişiklik, farklı yetki, rol ve fonksiyonlara sahip düzenleyici global otoritelere ihtiyaç gibi daha uzun vadeli çabalar gerektirdiği açıktır.
- 7- **Salgın fonu:** DSÖ'nün salgınlara daha hızlı reaksiyon verebilmesi için bir ihtiyat fonu oluşturulması hedefi gerçekleştirilememiştir.

DSÖ'nün çabalarının tavsiye edici, rehberlik eden ve uzmanlık bilgisi aktaran yapısı ve kuruluş amacıyla sınırlı kaldığı; fon dağıtım fonksiyonu olamaması, zorlayıcı güç ve rolünün bulunmaması nedeniyle yeterliliğinin kısıtlandığı görülebilmektedir.

2. COVID-19 ÖNCESİNDE ve İLK DÖNEMLERİNDE DSÖ

DSÖ, COVID-19 ilk dönemlerinde daha yoğun olmak üzere eleştirilerin odağında olmuş, uluslararası arenada güvenilirliğinin sorgulanmasına sebep olacak çelişkili reaksiyonlar vermiştir. Bu bölümde DSÖ'nün salgın sırasında gelişmelere verdiği karşılıklar ve aldığı eleştirilere yer verilmiştir. Bu kapsamda ilk kısımda COVID-19 sürecinde organizasyonun en yoğun eleştiri aldığı hızlı yanıt verebilme başlığı konusunda DSÖ'nün aldığı eleştirilere kronolojik süreç ışığında yer verilmiş, sonrasında ikinci kısımda Ebola pandemisi özeleştiri bildirisinde yer verilen diğer başlıklarda DSÖ'nün çabaları değerlendirilmiş, üçüncü kısımda söz konusu özeleştiri bildirisini başlıkları haricinde kalan alanlarda DSÖ'nün sürece katkıları derlenmiştir.

2.1. DSÖ'nün salgına hızlı yanıt verebilme kapasitesi ve eleştiriler

Yukarıda Ebola tecrübesi doğrultusunda yer verilen yedi maddeden ilki olan DSÖ'nün ve ülkelerin salgınlara hızlı cevap verebilme kapasitesinin artırılması konusunda COVID-19 öncesi süreçte hangi tedbirleri aldığı, hangi örgütsel değişimleri gerçekleştirebildiği konusunda bulguya ulaşılamadığı bir önceki bölümde dile getirilmiştir. Bununla birlikte salgına hızlı müdahale konusu COVID-19 özelinde DSÖ'nün örgütsel özelliklerinden kaynak ülkenin özellikleri (Çin'in kapalı ve saydam olmayan yapısı) ve Çin – ABD ilişkilerinin yapısıyla şekillenmiştir. DSÖ'nün yönetsel yapısı, finans kaynaklarının dağılımı, sağlık hassasiyetleriyle beraber sosyo-ekonomik kaygıları da gözetilen karar alma mekanizması böylelikle tekrar sorgulanabilir hale gelmiştir.

DSÖ'nün global sağlık liderliği konusunda başarısız olduğu ve Çin politikasının, güç ve propogandasının zaman zaman aleti olduğu konusunda eleştiriler söz konusu oldu. DSÖ'nün salgının kaynağı olan ülkenin salgını yönetme ve duyurma biçimini etkileme ve dünyayı virüse karşı daha iyi hazırlama kapasitesinin bulunduğu, fakat bu kapasitesinden Çin'in özel koşulları nedeniyle yeterince faydalanmadığı suçlaması yapıldı (Think Global Health, 2020).

Bu nedenle DSÖ'ye yöneltilen Çin'e yanlısı tutum sergilediği, salgını geç duyurduğu, acil durum bildirimini geç yaptığı, pandemi tanımlaması ve seyahat kısıtlaması tavsiyesinde geciktiği, Tayvan'a Çin etkisiyle yanlı tutum sergilediği gibi suçlamalar kronolojik olarak ayrıntılandırılarak derlenmiş, nesnel bir yargıya yardımcı olunabilmesi amaçlanmıştır.

Çin – DSÖ ilişkilerini ele almadan önce SARS salgını sırasında Çin'in veri bildiriminde takındığı tutum ve DSÖ'nün tepkisine yer vermek gerekmektedir. 2003 yılında Çin-Hanoi'de ortaya çıkan SARS (Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu) salgını DSÖ'nün sınavlarından bir diğeri idi. SARS krizi sırasında DSÖ, Çin'i hazırlıksız olmak ve yeterince şeffaf olmamakla suçlamış (Irish Times, 2003), Çin ise daha sonraki dönemde SARS vakalarını olduğundan daha az raporladığını kabul etmiştir (Eckholm, 2003). COVID-19 pandemisinde ise süreç çok daha sancılı ve karmaşık ve çok taraflı olarak gerçekleşmiştir.

COVID-19 süreci 31.12.2019'de Çin'in, DSÖ'ye ülkede olağan dışı zatürre vakaları görüldüğünü bildirmesiyle başladı. 07.01.2020'de DSÖ, Coronavirüs ailesine mensup yeni bir virüsün bu hastalıklara yol açtığını açıkladı.

Çin kaynaklı ilk dönem pandemi bilgileri konusunda tereddütler

DSÖ'nün Çin'den sağlıklı veri temini, saha değerlendirmelerinin yapılması ve tarafsız şekilde duyurulması konusunda eksiklikler yaşadığı savunuldu (NYTimes, 2020a). Çin'in hastalıkla ilgili bilgi sızdıranları susturma girişimleri (WSJ, 2020) Çin'e yöneltilen suçlamaları pekiştirdi. Virüsün Çin sınırlarının ötesine yayıldığı Ocak ayının ortasında dahi Çinli yetkililerin henüz insanlar arası geçişe ilişkin kanıt bulunmadığını açıklamaları ve salgını "önlenebilir ve kontrol edilebilir" olarak tanımlamaları, Çin'in güvenilirliğini zayıflatı (NYTimes, 2020b). İnsandan insana bulaşma olmadığı yönündeki Çin açıklamasının DSÖ'nün twitter hesabında 14 Ocak'ta aynen tekrarlanması Çin'e yöneltilen eleştirilerin DSÖ'ye de yönelmesinin başlangıcı oldu (Twitter, 2020). 31.12.2019 tarihinde DSÖ'nün Çin etkisi nedeniyle üyeliğini kabul etmediği Tayvan'ın söz konusu virüsün insandan insan bulaştığı konusunda sunduğu bilimsel kanıtları dikkate almaması ayrıca eleştiriliyor.

Küresel Acil Durum (PHEIC) açıklamasının gecikmesi

20.01.2020'de DSÖ yayınladığı raporda Çin'de 278 Coronavirüs vakası görüldüğünü, Wuhan'da altı kişinin hayatını kaybettiğini duyurdu. 23.01.2020'de Wuhan'dan gelen karantina haberi Coronavirüs salgını riskini açıkça ortaya koydu. Wuhan'dan çıkışlar yasaklandı; şehir dışına yapılacak uçuşlar ve tren seferleri durduruldu. DSÖ Başkanı ise insandan insana geçiş olmadığı gerekçesiyle acil durum açıklaması (PHEIC) yapmayacakları açıklamasını sürdürüyordu. Bu açıklama yapıldığında virüs Japonya, Güney Kore, Singapur, Tayvan ve Tayland'la beraber ABD'ye de ulaşmıştı. DSÖ temsilcisinin Çin ziyareti sonrası virüsün insandan insana bulaşan yapıda olduğu ancak 22.01.2020 tarihinde açıklanacaktı (WHO,2020h). Bu süreçte zaman kaybı yaşandığı konusunda NYTimes (2020c). DSÖ çalışanlarının da içinde bulunduğu pek çok uzman hemfikir oldu (Yücel, 2020). DSÖ'nün küresel acil durum (PHEIC) ilan ettiği 30.01.2020 tarihinde Çin'de 31 bölgeye yayılan virüs 7 bin 700'den fazla kişiye bulaşmış, 170 can almıştı. 31 Ocak'a kadar Hindistan, Filipinler, Rusya, İspanya, İsveç ve İngiltere de virüsün görüldüğü ülkeler arasına katıldı.

Pandemi tanımlaması ve seyahat tedbiri açıklamasında gecikme

DSÖ, pandemi ilanında bulunmak ve seyahat yasaklarını tavsiye etmekten da uzun süre kaçındı. DSÖ başkanı Tedros Adhanom Ghebreyesus, 29 ülkede vakanın görüldüğü 24.02.2020'de "Küresel ölçekte önlenemeyecek şekilde yayılan bir virüse şahit olmuyoruz ayrıca büyük ölçekli şiddetli hastalık ve ölümler de yaşanmadı" ifadeleriyle pandemi ilan edemeyeceklerini belirtti (WHO, 2020i). 26.02.2020'de DSÖ başkanı Tedros Adhanom Ghebreyesus, Çin dışında artan korona virüsü vakalarının 'endişe verici' olduğunu, ancak virüsün hala 'kontrol altına alınabileceğini ve bunun bir salgın anlamına gelmediğini' ifade etti. Tedros, "Pandemi kelimesini dikkatsizce kullanmanın bir yararı yok. Ancak gereksiz korkuya ve sistemlerin aksamasına neden olur" dedi. Tedros, "pandemi" kelimesinin, virüsün kontrol altına alınamayacağına işaret ettiğini ve bunun doğru olmadığını vurguladı (Politico, 2020). DSÖ koronavirüsü pandemi olarak nitelendirdiği 11.03.2020 tarihinde 114 ülkede yaklaşık 118 bin vakanın olduğu ve 4 bin 291 kişinin hayatını kaybetmişti.

DSÖ başkanının pek çok ülkeden eleştiriler alan **Çin'i 30 Ocak'ta salgınla mücadelesinden dolayı tebrik etmesi ve pek çok ülke seyahat kısıtlaması yapmışken seyahat yasağına ihtiyaç olmadığı açıklamasını yapması eleştirilerin şiddetini artırdı** (WHO, 2020j). DSÖ Başkanı bu süreçte seyahat yasaklarının "korku ve damgalamayı küçük bir halk sağlığı faydası için artırma etkisi" olduğunu ifade etmişti (TheHill, 2020). DSÖ'nün bu yöndeki tutumları başta ABD olmak üzere pek çok batılı ülke tarafından Çin'i yalnızlaştırmama çabası olarak değerlendirildi.

DSÖ – Çin - Tayvan ilişkileri ve COVID-19 süreci

DSÖ ile Tayvan arasındaki eleştiri çeken ilişkiler COVID-19 döneminde daha fazla arttı. Çin'in Tayvan'ın Birleşmiş Milletler sisteminde resmen temsili konusunda itirazları nedeniyle, 24 milyon nüfuslu Tayvan kendi salgın verilerini resmi olarak aktarmadı. Bu durum ise DSÖ-Çin eksenli suçlamaları perçinledi (Time, 2020). Tayvan yönetimi DSÖ desteğini almadan ve etkisi altında kalmaksızın erken tarihte Çin'e seyahat yasaklarını başlattı, etkili tedbirler aldı ve salgının hasarını düşük düzeylerde tutmayı başardı. Tayvan yönetimi 31.12.2019'da a DSÖ'ye bildirimde bulunarak koronavirüsün insandan insana geçtiğine dair bilgisini sunmuştu (The Guardian, 2020). DSÖ ise 14.01.2020'de Çin'in virüsün insandan insana bulaşmadığı yönündeki görüşünü benimsedi. Böylelikle Çin etkisi nedeniyle Tayvan'ın üyeliğini ve gözlemci statüsünü reddeden DSÖ; bir taraftan Tayvan'ın iyi uygulamalarını öğrenme ve diğer ülkelere duyurma imkanından mahrum kalırken, diğer taraftan salgının çok erken zamanda duyurulması imkanını kaçırmış oldu.

Çin'in gecikmesi ve gerekçelerine ilişkin suçlamalar

DSÖ önceki bölümlerde belirtildiği gibi salgın hastalıkla mücadele konusunda kendi yetersizliğini ve dünya ülkelerinin hazırlıklı olmadığını tespit etmesine ve bu öz eleştiri doğrultusunda aksiyonlar ortaya koymaya gayret etmiş olmasına rağmen COVID-19 pandemisi sürecinde yoğun eleştirilerin odağı olmuştur. Ebola'da geç kalmakla eleştirilen DSÖ, COVID-19 sürecinde de aynı yönde eleştiriler almıştır. Hantal bürokratik yapısı ile süreci yönetememek ve ABD-Çin arasında denge siyaseti gütmek gibi pek çok konuda DSÖ eleştirilerin odağı olmuştur (CFR, 2020). Nitekim PHEIC ilanında gecikildiği, pandemi tanımlamasının ve seyahat kısıtlaması tavsiyesinin gecikmeyle yapıldığı değerlendirilmeleri sıklıkla yapıldı.

Özellikle DSÖ'nün en büyük finans kaynaklarından biri olan ve 2019 yılında ABD organizasyona 400 milyon dolar kaynak ayırmış bulunan ABD yönetimi DSÖ'yü yoğun şekilde suçladı ve DSÖ finansmanını askıya alacaklarını ifade ederek üyelikten ayrılma sürecini başlattılar (Washington Post, 2020a). ABD'nin DSÖ'ye yönelttiği eleştiri salgının ilk ortaya çıktığı dönemde Çin'de yeterli değerlendirmeyi yapmamak yönünde idi. ABD, Çin'i şeffaf olmamakla, DSÖ'yü ise Çin'in salgın bilgisini zamanında duyurmamakla suçladı (BBC, 2020).

DSÖ'nün aldığı geciken kararlar ve yönlendirmeleri ile ülkelerin salgınını gecikmeli olarak ve salgının boyutlarını olduğundan daha düşük düzeyde değerlendirmesine ve Dünya'nın (özellikle Avrupa'nın) tedbirlerde gecikmesine sebep olduğu iddia edildi (Euro News, 2020). Yukarıda kronolojileriyle birlikte yer verilen gelişmeler sonucunda DSÖ'nün COVID-19 salgına verdiği tepkinin, aldığı eleştiri ve yer yer suçlamaların soruşturulması önerildi. Söz konusu öneri DSÖ başkanı tarafından da desteklenerek kabul edildi. Çin Devlet Başkanı da bu soruşturmayı destekledi (Washington Post, 2020b).

Geciken müdahale konusunda DSÖ lehinde görüşler

DSÖ'nün tasarımının gereğini yaptığı; veri toplamak ve buna ilişkin uzmanlık bilgisi ve tavsiye vermekle yetindiği, ülkeleri herhangi bir konuda zorlama imkanının bulunmadığı değerlendirilmesini yapan uzmanlar da bulunmaktadır. ABD yönetiminin organizasyonun finansmanını askıya alabileceği ve üyelikten çekilebileceği duyurusunu yapması ise zamanlaması bakımından oldukça olumsuz olarak değerlendirilmektedir (CGTN, 2020).

DSÖ'nün ABD yönetiminin suçlamalarına bu ölçüde yoğun olmasını gerektirecek bir durumun söz konusu olmadığını savunanlar da bulunmaktadır. ABD'nin seçim sürecinden geçerken salgını kontrol etmekte güçlük çekmesi nedeniyle başarısızlığının faturasını DSÖ'ye çıkarttığı değerlendirilmektedir. Bunun için ABD-Güney Kore karşılaştırması yapan analistler ABD ve G.Kore'nin COVID-19 vaka bildirimlerini aynı gün, DSÖ duyurusundan iki hafta sonra yapmış olduklarını; G.Kore'nin, salgının ilk ayında ABD'nin üç katı kişi başı aşılama yapmış ve salgını kontrol altına almışken ABD'nin salgının kontrolünde güçlük çektiğini bu duruma kanıt olarak sunmaktadırlar (Washington Post, 2020c).

DSÖ'nün salgınları izlemek ve zamanında duyurmak için verilerini kullandığı ülke yönetimlerinin çoğu zaman ekonomik gerekçelerle salgınları raporlamakta isteksiz davrandıkları bilinmektedir. Çin, 2003'de de uzunca bir süre SARS konusunda inkâr eden bir tutum izlemeyi tercih etmekle suçlanıyor. DSÖ başkanı Tedros Ghebreyesus da Etiyopya sağlık bakanlığı döneminde kolera salgınına gizlemekle suçlanmıştı (CFR, 2020). Kurumun kriz sırasında sergilediği performansı mazur görenlere göre DSÖ'nün şeffaflığı üyelerinin şeffaflığına bağlı. Çin'in yönetim tarzı ve diğer ülkelerle ilişkileri bakımından şeffaflık düzeyinin sınırlı olması bu bakımdan belirleyici oldu.

DSÖ'nün kendini halk sağlığına ilişkin görevlerini yürütürken sosyo-ekonomik dengeleri de gözetmekle sorumlu görmesi ve dengeli yaklaşım sergileme çabası gecikmelerin bir diğer nedeni olarak görülebilir. Yukarıdaki kronolojide de görülebileceği gibi gerek PHEIC ilanı ve gerekse pandemi açıklamasını geciktirdiği süreç boyunca DSÖ başkanı halk sağlığı konusunda kaygılar ile sosyo-ekonomik dengeler arasındaki seçimlerinden söz ettiği görülmüştür. Salgının kaynağının dünya ekonomisinde önemli pay sahibi olan Çin olması söz konusu hassasiyetin yer yer abartılı düzeylere ulaşmasına sebep olabilmektedir.

Yöneltilen eleştirilere karşı DSÖ savunucularının bir diğer vurgusu DSÖ'nün uluslararası örgüt niteliğinde bir kurum olarak görev yaptığı ve karar alma kapasitesinin sınırlı olduğu konusunda yoğunlaşmaktadır. DSÖ, Avrupa Birliği gibi uluslar üstü bir kuruluş olamaması ve attığı adımlar ve aldığı kararların ülkelerin çizdiği sınırlar içerisinde gerçekleşiyor olması bu duruma gerekçe olarak gösterilmektedir (Yücel, 2020).

DSÖ'nün eleştiri alan yaklaşımının Türkiye'nin ilk dönem kararlarına etkisi

Türkiye salgının önlenmesine ilişkin tedbirleri DSÖ'den bağımsız olarak ve daha erken tarihlerde almıştır. DSÖ'nün henüz acil durum açıklamasına gerek duyulmadığını açıkladığı 23.01.2020 tarihinde havalimanlarında termal kameralarla kontrollere başlanmış, 31.01.2020 tarihinden itibaren DSÖ'den seyahat kısıtlaması yönünde tavsiye gelmemesine rağmen Çin'den uçuşlar durdurulmuştur (AA, 2020). Böylelikle Türkiye DSÖ'nün geciken uyarılarından olumsuz etkilenmediği değerlendirilmesi yapılabilecektir.

2.2. DSÖ'nün Ebola özeleştirisini sonrasında belirlediği diğer başlıklarda çabaları

Ebola krizi sonrası DSÖ'nün özeleştiri maddelerinden ilki hızlı yanıt verme kapasitesini artırmaya ilişkin olmuştur. COVID-19'a hızlı yanıt konusunda yaşananlara önceki bölümde kronolojik olay anlatımı ile yer verilmiştir. Özeleştiri raporunda yer alan diğer maddeler ve DSÖ'nün bu maddelere ilişkin COVID-19 sürecindeki katkılarına organizasyonu hazırlayarak yayımladığı "Stratejik Hazırlık ve Yanıt Planı"ndan yararlanılarak bu başlıkta yer verilmiştir (WHO, 2020k).

| |
|---|
| Kaynak koordinasyonu |
| Laboratuvar ve test kapasitesinin artırılması ve yaygınlaştırılması, daha güvenilir testlerin desteklenmesi ve duyurulması konusunda da işlev üstlenen DSÖ, arz zinciri koordinasyonu konusunda bilgilerin toplanması, pandemi sarf malzemesi ve cihazlarının tedariği konusunda darlık çeken ülkelerin belirlenmesi ve desteklenmesi konusunda işbirliklerinin kurulması konusunda da çaba harcadı. DSÖ'nün bir diğer sık karşılaşılan katkısı ülkelerin tanı kiti ve sağlık çalışanlarına kişisel koruyucu ekipman ihtiyacına destek vermek oldu. Lojistik, tedarik ve arz zinciri planlamaları konusunda ülkelere uzmanlık desteği sağladı. |
| Salgını ülke gündemlerinde tutma |
| Salgını ülke gündemlerine dahil etmek için DSÖ'nün salgın öncesinde yayımladığı Global Influenza Stratejisi'nden önceki bölümde söz edilmişti. DSÖ, COVID-19 sürecinde ise " Stratejik Hazırlık ve Yanıt Planı " ile bir yandan gerçekleştirdiği hazırlıkları özetledi ve duyurdu, diğer yandan daha sonraki dönemde yapılacaklarla ilgili planları paylaştı. Bu dokümanda öncelikle pandeminin ilk döneminde uluslararası koordinasyon ve operasyonel destek için bir çerçeve oluşturulduğu belirtildi. |
| Ülke kapasitelerinin artırılması |
| DSÖ, özellikle hazırlık düzeyi yetersiz ülkelere danışmanlık fonksiyonu da yürüttü. DSÖ aşağıdaki konularda ülkelere destek verdi. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ülke düzeyi koordinasyon kapasitesinin artırılması, • Toplumun salgın önleme politikalarına desteğinin artırılması ve surveyans, • Ülkeye giriş kontrollerinin sağlanması, • Ulusal test laboratuvarı sistemlerinin oluşturulması, • Vaka yönetimi ve zorunlu hizmetlerin devamlılığını sağlamak, • Lojistik-tedarik-arz zinciri planlamaları |
| Salgın uzmanı insan kaynağı |
| Salgın durumunda multi disiplinler ekiplere gereksinim duyulacağı gerekçesiyle COVID-19 öncesi eğitim, simülasyon ve uygulamalar gerçekleştirilmişti. COVID-19 sürecinde teknik ajanslar, sivil toplum kuruluşları ve Kızılay - Kızılaç örgütlerini de içerecek şekilde " <i>Global Salgın Alarm ve Cevap Ağı</i> " kurulmuştur. Bu ağın virüsün yayılımını sınırlamak, tanımlamak ve yönetmek için surveyans, epidemiyoloji, modelleme, tanılama, klinik bakım ve müdahale konularında çabaları koordine etmeyi hedeflediği açıklanmıştır. Bölgesel düzeyde oluşturulan ekipler ülke uzmanlarından edindikleri bilgileri sınıflandırdıktan sonra merkezde sınıflandırma ve raporlama yapılmıştır. |
| Farklı paydaş ve sektörlerin koordine edilmesi |
| DSÖ gerekli araştırmaların ve inovasyon girişimlerinin hızlandırılması konusunda da sorumluluk aldı. Aşağıdaki konu başlıkları söz konusu hızlandırma çabalarının yöneldiği başlıklardan bazıları idi; |
| <ul style="list-style-type: none"> • İlişkili paydaşların (ar-ge şirketleri, akademi, ülke yönetimleri...) global koordinasyonunu geliştirme, • Şeffaf bir global araştırma önceliklendirme sürecinin desteklenmesi, • Veri ve bilgi paylaşımı ile standartlaştırılmış süreçler, protokoller ve araçlar için ortak platformlar oluşturulması |
| DSÖ COVID-19 aşısına hakkaniyetli küresel erişimin sağlanması yönünde de çaba içinde bulundu (WHO, 2020). ACT hızlandırıcı programının bir parçası olarak oluşturulan COVAX (COVID-19 Aşılı Küresel Erişim Programı) "Herkes kazanmadıkça kimse kazanamaz" sloganıyla duyuruldu, 2021 sonuna kadar 2 milyar doz aşının adil dağıtımını sağlamak amaçlandı. Aşıya global ve adil erişimin sağlanmasının salgının küresel etkilerini bertaraf etmek için tek yol olduğu vurgulandı. Ülke nüfuslarının en az yüzde yirmisi oranında aşı dozu tedarik edilmesi, aşı portföyünün çok taraflı yönetimi, aşılardan hazır olmaz ülkelere taşınması gibi hedefler açıklandı. COVAX'a kaydolun 172 ülke içinde Türkiye bulunmuyor (WHO, 2020m). |

Salgın fonu

Ebola pandemisi sonrası süreçte hedeflenmekle beraber bir salgın fonu oluşturulması mümkün olamamıştı. DSÖ, acil durum açıkladığında bağışçılardan ilave 675 milyon dolar fon desteği çağırısı yapmıştır. Böylelikle gelecekte karşılaşılabilecek salgınlarda kullanılmak üzere bir salgın ihtiyat fonunun oluşturulması gereği daha net olarak ortaya çıkmış oldu. Birleşmiş Milletlerin UNDP gibi daha yoğun fon dağıtma ağırlıklı programları bulunmakla beraber DSÖ'nün bu yöndeki fonksiyonu daha düşük yoğunluktadır.

2.3. DSÖ'nün pandemi sürecinde diğer çabaları

DSÖ, Ebola özeleştirisi sonrasında oluşturduğu stratejiler gereği üstlendiği roller dışında geleneksel olarak sürdürdüğü uzmanlık desteği, rehberlik ve danışmanlık fonksiyonları ile sağlık iletişimi konusunda da önemli işlev görmüştür.

DSÖ durum raporları paylaşarak salgının son durumuna ilişkin bilgilendirme yapmakla beraber "infodemic (hatalı ve abartılı bilginin yayılması) ile mücadele ve salgın iletişiminin doğru şekilde sağlanması için de çaba içinde bulunmuştur. Özellikle sosyal medya kaynakları ile yürüttüğü etkin işbirliği ile takdir toplayan DSÖ, sansasyonel ve uydurma haberlerin yayılması ve ülke insanlarını olumsuz etkilemesine engel olmak üzere çalışmıştır.

DSÖ klinik yönetimi, enfeksiyon önleme, matematiksel modelleme, risk iletişimi gibi konularda teknik uzmanlık ve rehberlik fonksiyonu da süreç boyunca aktif olarak ifa etti. Solunum yetmezliği çekenlerle ilgili klinik yönetim, evde bakım sağlanan hastalarla ilgili tedbirler, risk iletişimi rehberi bunlardan birkaçı idi.

Ayrıca DSÖ, ülke deneyimlerinin gözlenmesi ve paylaşılması ile ülkelere birbirinden öğrenme ve iyi uygulamaları görme imkânı sundu (WHO, 2020n).

Ülkeler arası analizler; Ülkelerin COVID-19'a müdahalede çeşitli konularda karşılaştıkları güçlükler ve bunları nasıl aştıkları konusunda DSÖ analizlerde bulundu. Analizlerden bazıları aşağıdaki gibiydi (WHO, 2020o).

- Ülkeler sağlık çalışanlarını nasıl destekliyorlar,
- Sağlık insan kaynağı kapasitesinin aşıldığında ülkeler hangi tedbirlere başvurdular?
- Başarılı bul-test et-izole et-destekle sistemleri,
- Okul ve eğitim politikaları
- Federal ülkelerin COVID-19 müdahalelerini nasıl koordine ettikleri,
- Toplumla iletişim stratejileri ve yolları
- İzlemede ülkelerin kullandığı teknolojiler
- Ülkelerin hastane ödeme sistemlerini pandemiye nasıl uyarladıkları
- Ülkeye girişleri ülkelerin nasıl kontrol ettiği,
- Maske politikalarının ülkeler arası nasıl değişkenlik gösterdiği,

Ayrıca ülkelerin pandemiyi başından itibaren aldıkları tedbirler ve ülkeler bazında pandemiyi seyrini paylaşan DSÖ, önemli referansları ve gereçleri ülkelerin kullanımına sundu. Övgü alan bir diğer konu ise DSÖ'nün tıp ve halk sağlığı altyapısı konusunda uzmanlığını özellikle az gelişmişler olmak üzere ülkelerle etkin şekilde paylaşmasıydı (Think Global Health, 2020).

COVID-19 salgınının ilerleyen dönemlerinde DSÖ'nün daha aktif şekilde sürece dahil olduğu ve böylelikle salgının koordinasyonunda önemli pay sahibi olduğu görülebilmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

DSÖ 2014 yılında, Ebola salgını sırasında geç gelen acil durum çağırısı ve başarısız müdahalesi ile eleştirilmiş, dünyanın ve DSÖ'nün yaygın bir pandemiye hazır olmadığı özeleştirisini bir bildiri ile gerçekleştirmişti. Bu çalışmada COVID-19 öncesi dönemde yapılan hazırlıklar ve COVID-19 sürecindeki çabalar söz konusu bildirinin öne çıkardığı ana maddeler değerlendirilerek derlenmiş, böylelikle DSÖ'nün COVID-19 yanıtının nesnel olarak değerlendirilmesi için gerekli bilgiler bir araya getirilerek değerlendirilmeler yapılmıştır.

DSÖ'nün Ebola krizi özeleştiri bildirisinden COVID-19 pandemisi başlangıcına kadar sürede özellikle bazı maddelerde kayda değer çabalar içinde bulunmuştur. İlk iki başlık olan **hızlı yanıt verme** ve **kaynak koordinasyonu** konularında DSÖ'nün söz konusu dönemde organizasyon yapısında ne türlü geliştirmeler yaptığı veya ülke sağlık sistemlerine hangi desteklerde bulunduğu konusunda herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. **Salgını ülke gündemlerinde tutma** maddesi gereğince hazırladığı Global Influenza Stratejisi'yle ülkelere pandemi stratejik planları oluşturmaları tavsiye edilmiştir. Türkiye'de böylelikle "Pandemi Hazırlık Planı" oluşturulmuştur. Ülke kapasitelerine destek verme başlığında (özellikle kırılgan sağlık sistemleri nedeniyle Afrika ülkelerine) altyapı ve danışmanlık desteği verilmiştir. **Salgın uzmanı insan kaynağı** başlığı altında ülkelerde multidisipliner salgınla mücadele destek ekiplerinin kurulması, simülasyonların gerçekleştirilmesi ve uygulamaların yapılması sağlanmıştır. **Farklı paydaş ve sektörlerin koordine edilmesi** ise uzun vadeli bir hedef olarak değerlendirilmiştir. Son madde olan **salgın fonu** konusunda da mesafe alınamamış, salgın hazırlığına özel bir ihtiyat fonu oluşturulamamıştır.

Ebola krizi sonrası DSÖ'nün özeleştiri bildirisinde yer alan maddelerin COVID-19 süreci için değerlendirilmesi ve DSÖ'nün katkılarının araştırılması da önem taşımaktadır. Özeleştiri bildirisinin ilk maddesi olan "**hızlı yanıt verebilme**" konusu COVID-19 sürecinde en çok tartışma konusu olan, organizasyona suçlamalara varan eleştiriler yöneltmesine, DSÖ'nün en büyük bağışçısı ABD'nin fon desteğini kesme kararına sebep olan bir başlıktı. DSÖ'nün bu sosyo-ekonomik dengeleri de gözetmek, virüsün kaynak ülkesine yönelik bir damgalama ve yalnızlaştırmaya sebep olmamak adına hassasiyetle davranmayı seçtiği, bununla birlikte kaynak ülkenin Çin gibi dünya ekonomisinde büyük pay sahibi bulunan, dünya politik dengelerinde önemli taraf konumunda olan bir ülke olmasının kararlarını etkilediği değerlendirilmiştir. DSÖ'nün ülkeler üstü bir konumda değil ülkelerin üyelikleri ile oluşan ve kararlarından etkilenen bir konumda olması Çin'in domine edici özelliğini gücünün gecikmeli kararlara yol açabilmesine sebep olmuştur. DSÖ'nün kuruluş amacı ve fonksiyonel olarak ülkeler üzerinde zorlayıcı, müeyyide uygulayıcı gücünün bulunmaması DSÖ kararlarının ülke bildirimlerinden doğrudan etkilenmesine sebep olmaktadır. DSÖ kararları ancak ülkelerin şeffaf ve doğru veri aktarabildiği ölçüde zamanında ve tutarlı kararlar alabilmektedir. Kaynak ülkenin şeffaflık ve uluslararası iletişim konusunda olgunluk seviyesi daha yüksek bir ülke olmaması da sürecin başarısını etkilemiştir.

DSÖ hızlı yanıt verebilme konusunda aldığı eleştirilere karşılık kuruluş amacı ve geleneksel fonksiyonuyla daha uyumlu diğer işlevlerini ise süreç boyunca daha aktif ve başarılı şekilde yürüttüğü görülmektedir. Kaynak koordinasyonu konusunda sürekli bir çaba içinde bulunduğu ve özellikle az gelişmiş ülkeler için destek sağladığı, **Salgını ülke gündemlerinde tutma** konusunda "**Stratejik Hazırlık ve Yanıt Planı**" oluşturduğu ve ülkelere müdahalelerinde önderlik ettiği, ülke kapasitelerinin artırılması konusunda kırılgan sağlık sistemlerine sahip, az gelişmiş ekonomiler başta olmak üzere ülkelere pek çok yönden uzmanlık, danışmanlık desteği sağladığı, **salgın uzmanı insan kaynağı** başlığında pek çok paydaş kurum ve kuruluşu koordine ederek oluşturduğu "**Global Salgın Alarm ve Cevap Ağı**" ile salgının yönetimi konusunda insan kaynağının birlikte çalışmasına destek olduğu görülmüştür. **Farklı paydaş ve sektörlerin koordine edilmesi** başlığında da çaba içinde bulunduğu, ancak bu çabaların kuruluş şekli, rolleri, yetki sınırları ile kısıtlı kaldığı, buna karşılık ACT hızlandırıcı programı ve COVAX adil aşı erişim mecralarıyla sürece destek sağlama çabasında olduğu görülmüştür. **Salgın fonu** gereksiniminin böylelikle daha ciddi şekilde ortaya çıktığı görülmüştür. Ayrıca ülkelere danışmanlık ve rehberlik yapma, iyi uygulama örneklerini paylaşma konularında önemli katkılarda bulunmuş, sosyal mecralarla işbirliği içinde gerçekleştirdiği sağlık iletişimi ve dezenformasyon karşıtı çalışmaları takdirle karşılanmıştır.

DSÖ'nün Ebola özeleştirisini, sonrasında gerçekleştirdiği hazırlıklar ve COVID-19 döneminde verdiği zorlu sınav kapsamında öncelikle Ebola özeleştirisinin kapsamının başarısına değinilmelidir. DSÖ salgın hazırlığı konusunda önceliklerini doğru şekilde tanımlayabilmiş, ortaya koyabilmiştir. Söz konusu özeleştiri gereği oluşturulan yol haritası doğrultusunda gerçekleştirilen eylemler de faydalı olmuş ve COVID-19 sürecine katkı sağlamıştır. Bu başlıklardan organizasyonun geleneksel fonksiyonları olan uzmanlık bilgisi üretme, danışmanlıklar sağlama ve az gelişmiş ülkeleri destekleme gibi operasyonel seviyesi daha düşük, uzmanlık içeriği yüksek konularda DSÖ'nün oldukça başarılı olduğu söylenebilecektir.

DSÖ'nün daha etkin bir salgın engelleme ve yayılma koordinasyon ve organizasyonunu sağlayacak bir yapıya evrilmesi, ülkelerle daha etkin iletişim ve yardımlaşma için işlevini sürdürmesi için Ebola sürecinden sonra yürüttüğü yapıcı özeleştiri sürecini daha kapsamlı şekilde tekrarlaması gerekmektedir. Danışmanlık, uzmanlık, az gelişmiş ülkelere destek gibi konularda işlevini etkin şekilde sürdürebilmesi tüm ülkeler için faydalı olacaktır. Bununla birlikte DSÖ'nün yaptırım uygulama gücü olmayan, zorlayıcı yetki ve rolleri bulunmayan, bütçesi üyelerinin katkılarına dayanan ve kararlarını üyelik oyları doğrultusunda alan yapısı ülke menfaatlerini ilgilendiren konularda karar almasını güçleştirmektedir. Organizasyon kuruluş şekli ve yapısının daha bağımsız ve dengeler yerine kamu sağlığı kaygısı taşıyan bir yapıya evrilmesi gerekmektedir.

Düzenleyici kuruluşlar, ilaç endüstrisi, ülke yönetimleri ve üniversitelerin birlikte çalışmalarının koordinasyonu olarak kısaca tanımlanabilecek başlıkta DSÖ'nün başarılı olabilmesi için pek çok engelinin olduğu da görülmelidir. Bu amaç için yapısı, fonksiyonu, yaptırım gücü ve daha birçok özelliği ile farklı şekilde kurgulanmış bir yapıya ihtiyaç bulunmaktadır.

DSÖ'nün yapısı, rolleri ve işleyişine ilişkin derinlemesine değerlendirmelerin gerçekleştirilmesi, daha fazla katkı sağlayacak bir küresel koordinatör yapının oluşumu için yapılması için gerekenlerin belirlenmesi gerekmektedir. DSÖ, Ebola sonrası gerçekleştirdiği özeleştirinin benzerini COVID-19 sonrasında daha geniş katımlı ve derinlemesine analizlerle gerçekleştirmeli, yeni bir yol haritasını bu değerlendirmeler doğrultusunda belirlemelidir.

KAYNAKLAR

- AA (2020). THY Koronavirüs Nedeniyle Çin Seferlerini 9 Şubat'a Kadar Durdurdu, <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/thy-koronavirus-nedeniyle-cin-seferlerini-9-subata-kadar-durdurdu/1719680>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- BBC (2020). Coronavirus: US to halt funding to WHO, says Trump. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52289056>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- CFR (2020). What does WHO do. <https://www.cfr.org/background/what-does-world-health-organization-do>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- CGTN (2020). Evaluating criticism of WHO - wrongdoer or scapegoat? <https://news.cgtn.com/news/2020-06-29/Evaluating-criticism-of-WHO-wrongdoer-or-scapegoat--RIVxYQC1sA/index.html>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- CNBC (2020). Europe is now the epicenter of the coronavirus pandemic, WHO says, <https://www.cnbc.com/2020/03/13/europe-is-now-the-epicenter-of-the-coronavirus-pandemic-who-says.html> adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- CNN (2020). The coronavirus crisis is raising questions over China's relationship with the World Health Organization <https://edition.cnn.com/2020/02/14/asia/coronavirus-who-china-intl-hnk/index.html>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- Eckholm E (2003). The Sars Epidemic: Epidemic; China Admits Underreporting Its SARS Cases, The New York Times, 21.04.2003. <https://www.nytimes.com/2003/04/21/world/the-sars-epidemic-epidemic-china-admits-underreporting-its-sars-cases.html>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Euro News (2020). Coronavirus: Did Europe lock down too late amid the COVID-19 outbreak? <https://www.euronews.com/2020/03/20/coronavirus-did-europe-lockdown-too-late-amid-the-covid-19-outbreak-culture-clash>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Fiona G. (1994). The World Health Organisation: WHO in crisis, British Medical Journal; 309 :1424
- Foreign Affairs (2015). Eboles Lessons, <https://www.foreignaffairs.com/articles/west-africa/2015-08-18/ebolas-lessons>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Godlee F. (1994). The World Health Organisation: WHO in crisis, BMJ 1994; 309:1424 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6966.1424>
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China (2020). Lancet; 395: 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- Irish Times (2003). WHO Criticises Chinese Reporting of SARS Virus, 10 Mayıs 2003. <https://www.irishtimes.com/news/who-criticises-chinese-reporting-of-sars-virus-1.476263>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- NYTimes (2020a). Trump Slammed the W.H.O. Over Coronavirus. He's Not Alone, <https://www.nytimes.com/2020/04/08/world/asia/trump-who-coronavirus-china.html>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- NYTimes (2020b). Deadly Mystery Virus Reported in 2 New Chinese Cities and South Korea, <https://www.nytimes.com/2020/01/18/world/asia/china-virus-wuhan-coronavirus.html?auth=login-google>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.

- NYTimes (2020c). Coronavirus Is Spreading, but W.H.O. Says It's Not a Global Emergency, <https://www.nytimes.com/2020/01/23/health/china-virus-who-emergency.html>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Politico (2020). <https://www.politico.eu/article/who-coronavirus-is-now-a-pandemic/>
- Resmi Gazete (2020), Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190413-7.pdf>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- Reuters (2020). Who future, <https://www.reuters.com/investigates/special-report/health-who-future/>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- Rochester (2020). Has the WHO measured up, <https://www.rochester.edu/newscenter/has-the-world-health-organization-measured-up-381282/>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- Sağlık Bakanlığı (2020), Ulusal Pandemi Planı, https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- The Guardian (2020). Research finds huge impact of interventions on spread of Covid-19, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/11/research-finds-huge-impact-of-interventions-on-spread-of-covid-19>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- TheHill (2020). China and the WHO's chief: Hold them both accountable for pandemic, <https://thehill.com/opinion/international/487851-china-and-the-whos-chief-hold-them-both-accountable-for-pandemic>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Think Global Health (2020). World Health Organisation and Pandemic, <https://www.thinkglobalhealth.org/article/world-health-organization-and-pandemic-politics>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Time (2020). Why We Need the World Health Organization, Despite Its Flaws, <https://time.com/5836602/world-health-organization-coronavirus/>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Twitter (2020). World Health Organization, Twitter, 14 Ocak 2020, <https://twitter.com/who/status/1217043229427761152?lang=en>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Washington Post (2020a). Trump administration sends letter withdrawing U.S. from World Health Organization over coronavirus response, https://www.washingtonpost.com/world/trump-united-states-withdrawal-world-health-organization-coronavirus/2020/07/07/ae0a25e4-b550-11ea-9a1d-d3db1cbe07ce_story.html, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Washington Post (2020b). China agreed to a global WHO review. Where was Trump? https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/china-agreed-to-a-global-who-review-where-was-trump/2020/05/18/f909e248-9929-11ea-a282-386f56d579e6_story.html, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Washington Post (2020c). It's not WHO's fault that Trump prepare fort he Coronavirus <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/04/14/trump-who-coronavirus-response/>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Wenham C. (2017). What we have learnt about the World Health Organization from the Ebola outbreak. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*;372(1721):20160307. doi:10.1098/rstb.2016.0307
- WHO (2020a). COVID-19 Timeline, <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020b). Biography, <https://www.who.int/dg/biography>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020c). Joint statement Ebola, <https://www.who.int/csr/disease/ebola/joint-statement-ebola/en/>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020d), Emergencies, <https://www.who.int/emergencies/en/>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020e), Who's role in emergencies, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/who-s-role-in-emergencies>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.

- WHO (2020f), WHO work in emergencies, <https://www.who.int/emergencies/who-work-in-emergencies/en/>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020g), iris, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184>, adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020h) Mission Summary: WHO Field Visit to Wuhan, China 20-21 January 2020, DSÖ, 22.01.2020, <https://www.who.int/china/news/detail/22-01-2020-field-visit-wuhan-china-jan-2020>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- WHO (2020k), Strategies and plans, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-and-plans> adresinden 19 Mayıs 2020'de erişildi.
- WHO (2020i). WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19 - 24.02.2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19---24-february-2020>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- WHO (2020j). WHO Emergencies Coronavirus Emergency Committee Second Meeting, https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/transcripts/ihr-emergency-committee-for-pneumonia-due-to-the-novel-coronavirus-2019-ncov-press-briefing-transcript-30012020.pdf?sfvrsn=c9463ac1_2, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- WHO (2020l). WHO ACT Accelerator, <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- WHO (2020m), 172 Countries Engaged in Covid-19, <https://www.who.int/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- WHO (2020n), covid19healthsystem, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> adresinden 04 Kasım 2020'de erişildi.
- WHO (2020o), covid19healthsystem, analysis, <https://analysis.covid19healthsystem.org/> adresinden 04 Kasım 2020'de erişildi.
- WSJ (2020). In China, Anger Simmers Over Coronavirus Doctor's Death, <https://www.wsj.com/articles/in-china-anger-simmers-over-coronavirus-doctors-death-11581061065>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.
- Yücel H. (2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün Koronavirüs Yönetimi, Seta Analiz, 2020: 324, s.11 <https://setav.org/assets/uploads/2020/07/A324.pdf>, adresinden 03 Ocak 2021'de erişildi.

Toplumun Koruyucu Aile Hizmetine Bakışı: Konya İli Örneği Community's View on Foster Family Service: The Case of Konya Province

Hasan Hüseyin TEKİN¹ * Merve TEKİN²

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

² Uzm. Sosyal Çalışmacı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Konya Meram Gençlik Merkezi

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|---|--|
| <p>Makalenin Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Aile, Koruyucu Aile, Toplum</p> <p>Keywords: Family, Foster Family, Community</p> <p>Sorumlu Yazarlar Hasan Hüseyin TEKİN¹, Merve TEKİN²</p> <p>Adres: ¹Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü ²Uzm. Sosyal Çalışmacı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Konya Meram Gençlik Merkezi</p> <p>E-mail: ¹drhhatekin@gmail.com ²shumervetekin@gmail.com</p> | <p>Dünyadaki bütün çocukların ailesiyle birlikte olma ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı vardır. Fakat günümüzde boşanma, yoksulluk, suçta sürüklenme gibi birçok nedenden dolayı çocuklar ailelerinden uzak kalabilmektedirler. Ailesinden uzak kalan çocukların kurum bakımına alternatif psiko-sosyal gelişimlerini destekleyecek bir bakım modeline ihtiyaçları vardır, bu ihtiyaca cevap verebilecek en uygun bakım modeli koruyucu aile hizmetidir. Koruyucu aile hizmeti en kısa tanımıyla korunmaya muhtaç çocuklara başka ailelerin ücretli veya ücretsiz geçici veya kalıcı olarak bakmasıdır. Ülkemizde çok bilinmeyen koruyucu aile modelinin bilinirliğini sağlamak kurum bakımı tedbiri olan çocukların aile sıcaklığını yaşayarak sağlıklı bir şekilde gelişebilmeleri açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma koruyucu aile hizmetinin toplum tarafından bilinirliğini ve toplumun bu hizmete bakışını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Konya ilinde yapılan gönüllülük esasına dayalı bu nicel çalışmaya 300 kişi katılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler frekans ve yüzdelik yöntemleri ile analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlarda, toplumun koruyucu aile hizmeti hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda topluma yönelik koruyucu aile hizmetlerine ilişkin bilgilendirme çalışmalarının yapılmasına ihtiyacın olduğu belirlenmiştir.</p> |
| | <p>ABSTRACT</p> <p>All children in the world have the right to be with their families and to live in a healthy environment. However, today, children may stay away from their families due to many reasons such as divorce, poverty, and involvement in crime. Children who are away from their families need a care model that will support their psycho-social development as an alternative to institutional care, and the most appropriate care model that can meet this need is foster family service. Foster family service, in its shortest definition, is the temporary or permanent care of children in need of protection by other families, paid or unpaid. Ensuring awareness of the foster family model, which is not well known in our country, is very important for children who are institutional care measures to develop in a healthy way by experiencing the warmth of the family. This study aims to reveal the community awareness of foster family service and the community 's attitude towards this service. 300 people participated in this voluntary quantitative study conducted in Konya Province. The data were collected using the data collection form developed by the researcher. The data obtained from the study were analyzed by frequency and percentage methods. As a result, the society does not have enough information about foster family services and more informative studies are needed on foster family services.</p> |

1. GİRİŞ

İnsan gelişiminde özel bir evre olan çocukluk dönemi, akademisyenler, toplum bilimciler, düşünürler, politikacılar, eğitimciler başta olmak üzere çocukla ilgilenen bütün profesyonellerin kendi penceresinden tanımlaya çalıştığı bir dönemdir (Sağlam ve Aral, 2016). İnsanoğlunun tarihsel yolculuğu boyunca çocukluk imgesi değişen toplumsal koşulların etkisinde kalarak değişmiş ve gelişmiştir. Orta Çağ'da sadece insanın yavrusu olarak görülen çocuk aydınlanma dönemiyle birlikte ilgi görmeye başlamış ve çocuklara yönelik sosyal politikalar ortaya çıkmıştır (Işıkcı ve Kartepe, 2006).

Endüstrileşmeyle birlikte toplumu ilgilendiren en önemli sorunların başında korunmaya muhtaç çocukların bakımındır. Bu soruna çözüm olarak 19. yy'ın sonlarına kadar çocuklar genellikle kurum bakımı altına alınarak bakılmıştır. 1950'lere geldiğinde ise modern psikoloji, psiko-analiz verileri ile kurum bakımının çocukların ruhsal sağlığına olan olumsuz etkileri anlaşılmış ve çocukların ailelerinin yanında yaşamlarını sürdürmelerinin daha uygun olduğu kabul edilmiştir (Üstüner ve ark. 2005). Osmanlı döneminde başlayan korunmaya muhtaç çocukların bakımının kurumsal temelde sağlanması Türkiye Cumhuriyeti döneminde aile yanında bakıma doğru evrilmiş ve kurum bakımının yerini tanıdık, akraba bakımı almıştır. Koruyucu aile modelinin doğmasında da bu kültür ve anlayış etkili olmuştur.

Türkiye'de evlatlık, besleme, süt çocukluk gibi geleneksel uygulamaları dışında çocuğun başka bir aile yanında bakımı ile ilgili ilk yasal düzenleme 1926 tarihli Türk Medeni Kanunu ile yapılmış ve böylece koruyucu aile fikri resmiyet kazanmıştır (Koşar, 2008). Türkiye'de 1949'dan günümüze kadar var olan koruyucu aile hizmetinin gelişmesi için sürekli çaba sarf edilmiş fakat hizmet modelleri içinde ağırlığı çok düşük oranda kalmıştır (İlik, 2008).

Türkiye'de korunmaya muhtaç çocuklara yönelik başat bakım modeli hala büyük oranda kurum bakımındır. Ancak koruyucu ailenin çocukların gelişimi ve bakımı için daha sağlıklı bir model olduğu da kabul edilmekte ve koruyucu aile sisteminin yaygınlaştırılması için çeşitli çabalar sarf edilmektedir. Bu çerçevede de 1960'lardan bu yana sistemin yaygınlaşması için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır; ancak koruyucu aile uygulamasının hala çok yetersiz bir düzeyde olduğu bilinmektedir (Karataş, 2017). Bu bağlamda bu çalışmada ilk olarak koruyucu aile hizmeti ile ilişkili olan unsurlar literatür düzeyinde ele alınmış ikinci bölümünde ise elde edilen bulgular ışığında koruyucu aile hizmetinin toplum tarafından bilinirliği ve toplumun bu hizmete bakışı ortaya konmaya çalışılmıştır.

2. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUK

Çocuk Hakları Kanununun 3. maddesine göre korunma ihtiyacı olan çocuk, bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu ifade etmektedir. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanuna göre, Korunma ihtiyacı olan çocuk kavramı; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuktur. Aynı kanuna göre korunmaya ihtiyacı olan çocuklara için alınacak tedbirlerden biri de bakım tedbiridir. Bu tedbir çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi halinde, çocuğun resmi veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesini kapsamaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Her ne kadar kanun ile koruyucu aile hizmeti yasal bir zeminde dayandırılarak zorunlu hale getirilse de çocukların korunmasına yönelik güncel kabul çocuğun mümkün olduğunca kendi ailesi içinde kalmasıdır (Çifçi, 2009).

2.1. ÇOCUK REFAHI

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi istatistiklerine göre 2019 yıl itibarıyla, Türkiye nüfusu 82 milyon 3 bin 882 iken bunun 22 milyon 920 bin 422'sini çocuk nüfus oluşturmaktadır. 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı Çocuk Komisyonu Raporu'na göre, çocuklarının içinde bulunduğu başlıca riskler "yoksulluk, sağlık, köyden kente göç, eğitim ve diğer kamu hizmetlerinin dağılımı ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği" olarak sıralanmaktadır (TÜİK, 2009; DPT, 2006, Akt. Tekin, 2020).

Küresel düzeyde olduğu gibi ülkemizde de çocukları tehdit eden sorunlara yönelik politikalar geliştirilmekte ve bu politikalar çocuk refah sisteminin iskeletini oluşturmaktadır. Türkiye'nin benimsediği çocuk refah modeli, "Güney Avrupa Modeli" olarak bilinen, ailelere büyük sorumlulukların düştüğü bir modeldir. Bu modelde ailelerin işlevleri ve aile içi rolleri oldukça önemlidir. Bu modeli benimseyen diğer Akdeniz kültürü ülkeleri de (İspanya, İtalya, Yunanistan) ailenin sosyal ve toplumsal refahın artırılmasındaki önemine inanmaktadırlar. Güney Avrupa Modelini benimseyen bu ülkeler çocuk refahının artırılmasında ailenin desteklenmesini savunurken mevcut hizmetleri de bu anlayış doğrultusunda şekillendirmişlerdir (Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Projesi Sonuç Raporu, 2014).

Türkiye'nin 2001 yılında imzaladığı "Çocukların Korunması ve Ülkelerarası Evlat Edinme Konusunda İşbirliğine Dair Sözleşme" ile ilgili taraflar "kişiliğinin uyumlu gelişmesi için, çocuğun bir aile ortamında mutluluk, sevgi ve anlayışla yetişmesi gerektiğini, her devletin, çocuğun ailesinde kalmasını sağlayacak uygun tedbirleri öncelikle alması gerektiğini" resmi olarak kabul etmişlerdir. Bu kabulle birlikte Türkiye'nin aile bütünlüğünü sağlayacak tedbirler ve hizmetlere önem vermeye başladığı ve korunmaya muhtaç çocuklara yönelik aile odaklı hizmetlere yöneldiği görülmektedir.

2.2. KORUYUCU AİLE HİZMETİ

Koruyucu aile hizmeti çeşitli nedenlerle öz ailelerinin yanında kalmaları mümkün olmayan ve evlat edindirilemeyen çocukların gönüllü ya da ücretli yetişkin kişiler tarafından, devlet gözetiminde, bakılmalarını amaçlayan bir modeldir. Koruyucu aile hizmetinin amacı korunma ve bakım altında bulunan çocuğun, karmaşık ve sorunlu olan dönemini örselenmeden geçirmesini ve normal hayatını devam ettirmesini sağlamaktır. Koruyucu aile, kurumla iş birliği içinde çocuğa, öz ailesi, okulu ve çevresiyle ilişkilerini devam ettirmelerini sağlayarak yardımcı olur.

Ülkemizde T.C. vatandaşı olup sürekli olarak Türkiye'de ikamet eden, 25-65 yaş aralığında bulunan, en az ilkokul mezunu, düzenli geliri bulunan, evli/bekar veya çocuklu/çocuksuz herkes (çocuğun biyolojik anne-babası ya da vasisi dışındaki kişiler) koruyucu aile olabilir. Koruyucu aile olmak isteyen bireyler ikamet ettikleri ildeki Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne dilekçe ile başvurabilecekleri gibi, e-devlet ve ebasvuru.aile.gov.tr adresinden de müracaat edebilirler. Koruyucu aile hizmetinin yakın çevre veya koruyucu akraba, geçici koruyucu, süreli koruyucu, uzmanlaşmış koruyucu olmak üzere dört modeli vardır. Koruyucu aile sisteminin sürdürülebilirliği için çocukların ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla koruyucu ailelere ekonomik destek verilmektedir. Ailelere çocuk başına 1.426 TL ödenmektedir. Çocuğun engelli olması durumunda bu rakam 1.5 katına çıkmaktadır (ACSŞB - Koruyucu Aile (ailevecalisma.gov.tr)). Çocuklara gönüllü ya da ücretli bakmayı kabul eden kişi ya da ailelere "Koruyucu Aile" denilmektedir. 2020 yılı sonu itibarıyla 7.741 çocuk, 6.380 koruyucu aile yanında bakılmış, 1149 çocuk ise koruyucu aile yanına kalıcı olarak yerleştirilmiştir (ÇHGM, 2020).

Koruyucu aile hizmetine ihtiyaç duyan korunmaya muhtaç çocuk sayısı giderek artmaktadır (ÇHGM, 2020). Bu artış ve talebi karşılayacak oranda koruyucu aileye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle toplumun geleceği olan çocukların korunmaya muhtaç çocuklar özelinde sağlıklı bir şekilde gelişebilmeleri için toplumun koruyucu aile hizmetine ilgi duyması ve bu hizmet hakkında bilgili olması gerekmektedir. Bu çalışma bu gerekliliğe yönelik somut bir durum analizi niteliği taşıdığından dolayı önem arz etmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Kesitsel ve tanımlayıcı türde nicel araştırma yöntemi ile tasarlanan çalışmanın amacı; toplumu oluşturan bireylerin koruyucu aile hizmetine ilişkin bilgi ve yaklaşımlarını Konya İli örneği üzerinden değerlendirilmesidir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, Konya ilinde ikamet eden kolayda örneklem yöntemi ile ulaşılan 300 katılımcı oluşturmuştur. Kolayda örnekleme, evreni temsil eden örnek kitlenin araştırmacı tarafından belirlendiği tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir. Bu yöntem evrenden en kolay ve hızlı şekilde veri toplanmasını sağlar (Haşiloğlu ve ark., 2015). Koruyucu aile olma kriterlerinde 25-65 yaş arası sınırlamasının olması nedeniyle bu çalışmada katılımcılar 25-65 arası ile sınırlı tutulmuştur.

3.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Çalışmada veri toplamak için literatür incelemesi sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır. Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; katılımcıların demografik bilgileriyle ilgili sorular, ikinci bölümde koruyucu aile hizmeti ile ilgili sorular yer almaktadır. Veriler katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmanın verileri 01.09.2019-01.10.2019 tarihleri arasında Konya İl merkezinde yer alan Kültür Park alanında toplanmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın niceliksel sonuçları ortalama ve standart sapma ile kategorik sonuçları ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistik frekans ve yüzdeler analizleri üzerinden SPSS 21.0 istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Tanımlayıcı bulguların verildiği Tablo 1’de görüldüğü gibi çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalamasının 41,72 ±1,21, minimum 25, maksimum 78 yaş olduğu görülmektedir. %53,3’ü kadın, %46,7’si erkek olan katılımcıların %54 ile en çok il merkezinde sonra sırası ile %28,4 ile ilçe merkezinde ve %17,6 ile köyde doğup büyüdüğü görülmektedir. Aynı tabloda katılımcıların %36,3’ünün yüksekokul-üniversite düzeyinde, %31,3’ünün lise düzeyinde, %10,7’sinin ortaokul, %17,7’sinin ilkokul düzeyinde eğitime sahipken %4’ünün okuryazar olduğu görülmektedir. Çalışmaya dahil olan bireylerin %67,7’sinin evli iken %32,3’ünün bekar olduğu; %59,3’ünün çocuk sahibi iken %40,6’sının çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| Yaş | Min:25, Ort:41,72 ±1,21, Maks:78 | N | % |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|------------|
| 25-30 | | 79 | 26,4 |
| 30-41 | | 91 | 30,3 |
| 41-50 | | 44 | 14,6 |
| 51-60 | | 58 | 19,4 |
| 60 ve yukarı | | 28 | 9,3 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | | 160 | 53,3 |
| Erkek | | 140 | 46,7 |
| Doğup-Büyüdüğünüz Yeri | | | |
| İl | | 162 | 54,0 |
| İlçe | | 85 | 28,4 |
| Köy | | 53 | 17,6 |
| Eğitim Durumu | | | |
| Okuryazar | | 12 | 4,0 |
| İlkokul | | 53 | 17,7 |
| Ortaokul | | 32 | 10,7 |
| Lise | | 94 | 31,3 |
| Yüksekokul-Üniversite | | 109 | 36,3 |
| Medeni Durumu | | | |
| Bekar | | 97 | 32,3 |
| Evli | | 203 | 67,7 |
| Çocuk Durumu | | | |
| Var | | 178 | 59,3 |
| Yok | | 122 | 40,6 |
| Toplam | | 300 | 100 |

4.2. Koruyucu Aile Hizmetine İlişkin Bulgular

Anket formunun ikinci bölümünde katılımcıların koruyucu aile hizmetine ilişkin bilgi ve bu hizmete yönelik bakış açılarını ortaya koyacak sorulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Tablo 2’ye bakıldığında çalışmaya dahil olan katılımcıların %83’ünün koruyucu aile hizmetinin ne olduğunu bilmedikleri, %17’sinin ise bu hizmetin ne olduğunu bildikleri görülmektedir. Koruyucu aile hizmetinin ne olduğunu bilen katılımcıların çoğunun (%49,4) bu hizmet internet, sosyal medya vb. kanallardan öğrendiği, ardından televizyon, gazete,

dergi vb. (%23,1) kaynakların geldiği, bunu %15,9'luk oranla akraba, arkadaş, komşu gibi yakın çevreye dayalı bilgi kaylarından öğrendiği saptanmıştır. Çalışmaya dahil olan katılımcıların %44'ünün koruyucu aile hizmetini "Korunmaya muhtaç çocuklara başka ailelerin ücretli veya ücretsiz geçici veya kalıcı olarak başka ailelerin bakmasıdır." olarak bilirken, %34,3'ünün "Korunmaya muhtaç çocukların evlatlık olarak verilmesidir." olarak bildikleri, %21,7'sinin ise "Korunmaya muhtaç çocuklara başka ailelerin para ve giysi yardımı yapmasıdır." olarak bildiği görülmüştür. Katılımcıların %60,6'sı koruyucu aile hizmetinin Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından verildiğini, %20,4'ü yerel yönetimler (valilik, kaymakamlık vb.), %10,7'sinin Millî Eğitim Bakanlığı tarafından verildiğini düşünürken, %8,3'ünün ise hizmetin hangi kurum ve kuruluş tarafından verildiğini bilmedikleri saptanmıştır. Son olarak, çalışmaya dahil olan bireylerin %82,4'ünün koruyucu aile hizmetinin toplum tarafından yeterince bilinmediğini düşünürken, %17,6'sının bu hizmetin toplum tarafından yeterince bilindiğini düşündükleri görülmüştür.

Tablo 2. Koruyucu Aile Hizmetine İlişkin Bilgi Durumu (N:300)

| Koruyucu aile hizmetini biliyor musunuz? | N | % |
|--|--------------|----------|
| Evet | 164 | 17,0 |
| Hayır | 136 | 83,0 |
| Koruyucu aile hizmeti ile ilgili bilgilerinizi nereden edindiniz? | n:164 | % |
| Televizyon, gazete, dergi vb. | 38 | 23,1 |
| İnternet, sosyal medya vb. | 81 | 49,4 |
| Akraba, arkadaş, komşu vb. | 26 | 15,9 |
| Kendi araştırmalarım sonucu | 19 | 11,6 |
| Sizce koruyucu aile hizmeti nedir? | N | % |
| Korunmaya muhtaç çocuklara başka ailelerin ücretli veya ücretsiz geçici veya kalıcı olarak başka ailelerin bakmasıdır. | 132 | 44,0 |
| Korunmaya muhtaç çocukların evlatlık olarak verilmesidir. | 103 | 34,3 |
| Korunmaya muhtaç çocuklara başka ailelerin para ve giysi yardımı yapmasıdır. | 65 | 21,7 |
| Koruyucu aile hizmeti hangi kurum/kuruluş tarafından verilir? | N | % |
| Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | 182 | 60,6 |
| Yerel Yönetimler (Valilik, Kaymakamlık, Belediye) | 61 | 20,4 |
| Millî Eğitim Bakanlığı | 32 | 10,7 |
| Bilmiyorum | 25 | 8,3 |
| Sizce koruyucu aile hizmeti toplum tarafından yeterince biliniyor mu? | N | % |
| Evet | 53 | 17,6 |
| Hayır | 247 | 82,4 |

Tablo 3'e bakıldığında katılımcıların %49,6'sı herhangi bir nedenle öz ailesi tarafından bakılamayan bir çocuğa bir başka ailenin bakmasının uygun olduğunu düşünürken, %35'inin bunun uygun olmadığını düşündüğü, kalan %15,4'ünün ise bu konu hakkında herhangi bir fikrinin olmadığı görülmektedir. Çalışmaya dahil olan katılımcıların %62'sinin koruyucu aile olmayı istemediği, %32,6'sının ise koruyucu aile olma noktasında istekli oldukları görülmüştür. Koruyucu aile olmak isteyen katılımcıların %33,7'sinin "Kimsesiz yardıma muhtaç bir çocuğa destek olmak için", %30,6'sının "Ekonomik gelir sağlamak için", %24,4'ünün "Çocuk sahibi olmadığım için", %11,3'ünün ise "Manevi nedenlerle (Sevap, vicdanı sorumluluk vb.)" gerekçelerden dolayı çocuk sahibi olmak istedikleri görülmüştür. Koruyucu aile olmak istemeyen katılımcıların %41,6'sının "Başkasına ait bir çocuğa bakmak istemem", %31,2'sinin "Çocuğun sonunda geri dönmesi beni üzer", %20,8'i "Yakın çevrem tepkisinden çekinirim", %6,4'ünün ise "Dinen doğru olmadığını düşünüyorum" gerekçelerinden dolayı koruyucu aile olmayı düşünmedikleri saptanmıştır. Katılımcıların %56'sının koruyucu aile olmaları durumunda 0-6 yaş arası, %8,3'ünün 7 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan çocukları isteyecekleri, %35,7'sinin ise herhangi bir yaş ayrımı yapmayacakları saptanmıştır. Çalışmaya dahil olan katılımcıların koruyucu aile olmaları durumunda %31,7'sinin kız, %27,3'ünün erkek çocuk isteyeceği, %41'inin ise herhangi bir cinsiyet ayrımı yapmayacağı görülmüştür.

Katılımcıların %66,3'ünün koruyucu aile olması durumunda bu hizmeti ücretli olarak yapmayı tercih edeceği, %33,7'sinin ise bu hizmeti ücretsiz gönüllü olarak yapmayı tercih edeceği saptanmıştır. Son olarak, katılımcıların %78,3'ünün bu çalışma sürecinde koruyucu aile hizmeti konusunda farkındalık kazandığı, %21,7'sinin ise herhangi bir farkındalık kazanmadığı görülmüştür.

Tablo 3. Koruyucu Aile Hizmetine Yaklaşım (N:300)

| Herhangi bir nedenle öz ailesi tarafından bakılmayan bir çocuğa başka bir aile bakmalı mı? | N | % |
|---|--------------|----------|
| Evet | 149 | 49,6 |
| Hayır | 105 | 35,0 |
| Fikrim Yok | 46 | 15,4 |
| Koruyucu aile olmak ister misiniz? | N | % |
| Evet | 98 | 32,6 |
| Hayır | 202 | 67,4 |
| Neden koruyucu aile olmak istersiniz? | n:98 | % |
| Çocuk sahibi olmadığım için | 24 | 24,4 |
| Kimsesiz yardıma muhtaç bir çocuğa destek olmak için | 33 | 33,7 |
| Ekonomik gelir sağlamak için | 30 | 30,6 |
| Manevi nedenlerle (Sevap, vicdanı sorumluluk vb.) | 11 | 11,3 |
| Neden koruyucu aile olmak istemezsiniz? | n:202 | % |
| Başkasına ait bir çocuğa bakmak istemem | 84 | 41,6 |
| Çocuğun sonunda geri dönmesi beni üzer | 63 | 31,2 |
| Yakın çevrem tepkisinden çekinirim | 42 | 20,8 |
| Dinen doğru olmadığını düşünüyorum | 13 | 6,4 |
| Koruyucu aile olsanız kaç yaş aralığında çocuk istersiniz? | N | % |
| 0-6 yaş | 168 | 56,0 |
| 7 yaş ve üzeri | 25 | 8,3 |
| Herhangi bir ayırım yapmam | 107 | 35,7 |
| Koruyucu aile olsanız hangi cinsiyetten çocuk istersiniz? | N | % |
| Kız | 95 | 31,7 |
| Erkek | 82 | 27,3 |
| Herhangi bir ayırım yapmam | 123 | 41,0 |
| Koruyucu aile olsanız bu hizmeti nasıl yürütürsünüz? | N | % |
| Ücretli | 199 | 66,3 |
| Ücretsiz | 101 | 33,7 |
| Bu çalışma sizde koruyucu aile hizmeti konusunda bir farkındalık yarattı mı? | N | % |
| Evet | 235 | 78,3 |
| Hayır | 65 | 21,7 |

5. TARTIŞMA

Korunmaya ihtiyacı olan çocukların kurum bakımına alternatif bir model olan koruyucu aile hizmet modeli çatısı altında bakılmaları çocukların sağlıklı gelişimleri için önemlidir. Bu hizmet modelinin işlevsel olabilmesi için toplum tarafından bilinirliğinin artırılması ve talep görmesi gerekmektedir. Koruyucu aile hizmetine toplumun bakışının ortaya koymayı amaçlayan çalışmada elde edilen bulgulardan ilki;

Çalışmaya dahil olan katılımcıların çoğunluğunun herhangi bir nedenle öz ailesi tarafından bakılmayan bir çocuğun bir başka aile yanında bakılmasının uygun olduğunu düşündüklerinin belirlenmesidir. Kuş (2014) çalışmasına dahil olan

katılımcıların %81'i öz ailesi tarafından bakılamayan bir çocuğa bir başka ailenin bakabileceğini, %18'i ise bakamayacağını belirtirken, %1'i se konu hakkında herhangi bir fikri olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürde yer alan bilgiler ile örtüşmektedir. Toplumun büyük bir kesimi herhangi bir nedenle öz ailesi tarafından bakılamayan bir çocuğa bir başka ailenin bakabileceğini düşünmektedir.

Katılımcıların büyük bir kesiminin koruyucu aile hizmeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve çalışma sürecinde bilgi sahibi oldukları sonucuna varılmıştır. Ayrıca katılımcıların çok büyük bir kısmının koruyucu aile hizmetinin toplum tarafından bilinmediğini düşündükleri görülmüştür. Kuş (2014) çalışmasına dahil olan katılımcıların %21 koruyucu aile hizmet modelini ilk kez çalışma anında anket aracılığıyla duyduklarını, %58'i biraz bilgilerinin olduğunu, %21'inin ise yeterince bilgili olduklarını ortaya koymuştur. Yıldırımalp ve Hız (2020) çalışmalarında koruyucu aile hizmetinin ülkemizde yeterince bilinmediğini vurgulamışlardır.

Koruyucu aile hizmeti hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların bu bilgiyi çoğunlukla internet, sosyal medya vb. kaynaklardan, ikincil olarak ise televizyon dergi gibi kaynaklardan edindikleri görülmüştür. Baysal'ın (2017) çalışmasına dahil olan katılımcıların ilk sırada %24 ile tanıdıklar aracılığıyla ardından %16,4 oranı ile internet aracılığı ile koruyucu aile hizmetini öğrendiklerini saptamıştır. Şahin (2019) çalışmasına dahil olan katılımcıların koruyucu aile hizmetini internet, tanıtım programları, başka bir koruyucu aile gibi kaynaklardan öğrendiklerini ortaya koymuştur.

İnsanların çocuk sahibi olamama, kimsesiz yardıma muhtaç bir çocuğa destek olma, ekonomik gelir elde etme ve manevi nedenlerden dolayı koruyucu aile olmak istedikleri görülmüştür. Tezel ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarına dahil olan katılımcıların çocuk sahibi olamama, muhtaçlık durumuna düşen yakın akraba çocuğuna sahip çıkma, ekonomik destek alma, toplumsal bir sorumluluğu getirmek gibi nedenlerle koruyucu aile olduklarını ortaya koymuştur. Koruyucu aile olma noktasında insanları motive eden önemli kaynaklardan biri de toplumsal sorumluluk olarak bir çocuğun yaşamında değişiklik yaratma arzudur (Certel, 2019). Çocuk sahibi olamayan bireylerin çocuk sahibi olmalarının tek yolunun evlat edinme olmadığı, öksüz ve yetim çocuklara yardım etmenin önemli bir yolunun da koruyucu aile hizmet modeli olduğu ve ekonomik olarak aile bütçelerine katkı sağlayan bir hizmet modeli olduğu toplumsal bilgilendirmelerde vurgulanmalıdır.

Toplumdaki bireylerin başkasına ait olan bir çocuğa bakmak istememe, kendi çevresinden çekinme, çocuğun bir gün gidecek olması ve dini kaygılar gibi nedenlerden ötürü koruyucu aile olmak istemedikleri görülmüştür. Yıldırımalp ve Hız (2020)'in çalışmasına katılan koruyucu aileler toplumsal ön yargılar ve ön yargılı davranış, tutumlardan dolayı mağdur olduklarını belirtmişlerdir. Yıldırımalp ve Hız (2020), çalışmalarında koruyucu ailelerin karşılaştıkları önemli sorunlardan birinin de koruyucu aile hizmetinin toplumun genel dini inanış ve tutumları ile örtüşmemesinden kaynaklı sorunlar olduğuna vurgu yapmışlardır. Korunma ihtiyacı olan çocuğun öz ailesiyle görüşmesi ve duygusal bağının sürdürülmesi şartıyla geçici süre koruyucu aile tarafından sevgi ve merhametle himaye edilmesinin İslam hukuku açısından da desteklenebilecek bir uygulama olduğu düşünülmektedir (Görgülü, 2014). Toplumsal ön yargı ile yanlış dini inanışların değiştirilmesi için sosyal hizmet uzmanları, sosyologlar ve din adamlarına sorumluluk düşmektedir.

2016 yılı Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de koruyucu aile olmak isteyen bireylerin oranı %30,4 iken koruyucu aile olmayı istemeyenlerin oranının %53,5 olduğu dikkat çekmektedir. %16,1'lik kesim ise koruyucu aile olmaya ilişkin bilgisinin bulunmadığını ifade etmektedir. Aile Yapısı Araştırmasında, doğal yöntemlerle çocuğu olmayan çiftlerin çözüme ilişkin algı sonuçlarına bakıldığında ise Türkiye genelinde %81'lik bir kesim koruyucu aile olmaya olumlu yaklaşmaktadır.

Katılımcıların büyük bir kısmının koruyucu aile olmaları durumunda 0-6 yaş aralığındaki çocukları tercih edecekleri görülmüştür. Erdal (2014) çalışmasında koruyucu aile yanına yerleştirilen çocukların yaş dağılımlarının ağırlıklı olarak 0-4 yaş aralığında yer aldığını, ergenlik dönemi olarak bilinen ve kimlik bulma krizi sorunlarının yanında farklı uyum problemlerinin de sıkça görüldüğü 15-19 yaş arası çocukların çok az tercih edildiklerini ortaya koymuştur. Barış (2019) çalışmasına dahil olan katılımcıların en çok (%71,6) 0-6 yaş arası çocukları tercih ettiklerini saptamıştır. Yetişkinler için küçük çocukların daha sevecen geldiği ve bu nedenle vicdanı olarak daha çok etkileyici olduğu bundan dolayı küçük çocukların daha çok tercih edildikleri düşünülebilir.

Çalışmaya dahil olan bireylerin koruyucu aile olmaları durumunda çoğunlukla kız çocukları tercih ettikleri görülmüştür. Türk toplumunda geleneksel ataerkil aile yapısında çocuk sahibi olmak isteyen ailelerin öncelikli olarak erkek çocuk istedikleri bilinmektedir. Bu kültür tarım toplumu kültürünün kuşaklar arası aktarımının sonucu etkinliğini halen korumaktadır. Koruyucu aile modelinde ise bu tutumun tersine bir yönelim söz konusudur. Koruyucu aile yanına

yerleştirilen çocukların cinsiyet dağılımına bakıldığında ağırlıklı olarak kız çocukların varlığı dikkat çekmektedir (Erdal, 2014). Baysal (2017) çalışmasına dahil olan katılımcıların %72 gibi büyük bir oranla kız çocuk, %18,2 gibi bir oranla erkek çocuk tercih ettiklerini ve %9,8'unun ise cinsiyet tercihi belirtmediğini saptamıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürde yer alan bilgilerle örtüşmektedir.

Katılımcıların çoğu koruyucu aile olmayı bir ücret karşılığında yapabileceklerini belirtmişlerdir. Yıldırımalp ve Hız'ın (2020) çalışmasına dahil olan katılımcılar koruyucu aile olmanın karşılığında verilen ücretin önemine ve ücretin yetersiz olduğuna vurgu yapmışlardır. Baysal'ın (2017) çalışmasında dahil olan koruyucu ailelerin %98,2'sinin koruyucu aile olma karşılığında ücret aldıkları yalnızca %1,3'ünün bu ücreti istemediği görülmüştür. Şahin-Gökdoğan (2019) çalışmasına dahil olan koruyucu ailelerin %86'4'ünün koruyucu aile olma karşılığında ücret aldıklarını ortaya koymuştur. Koruyucu aile karşılığında verilen ücretin koruyucu aile hizmetine olan ilgi ve talebi etkilediği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Değişen toplumsal dinamikler ve sosyal yapıdaki bozulmalarla birlikte bireyler yaşamsal krizlerle daha sık karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu kriz dönemlerinden en çok zarar gören incinebilir grupların başında gelen çocukların asgari zararları süreci atlatabilmeleri sağlıklı nesillerin ve toplumların inşası için oldukça önemlidir. Bu başarı yalnızca bireysel ve toplumsal çabalarla elde edilebilecek bir başarı değildir. Bu nedenle devletin de gelecek toplumun inşası sürecinde elini taşın altına koyması ve insan odaklı sosyal politikalar bağlamında koruyucu ve önleyici hizmetleri geliştirmesi gerekmektedir.

Özellikle çocukluk döneminde yaşanan travmaların ileriki dönemlerde olumsuz çıktılarının olacağı ve bireyin psiko-sosyal sağlığını olumsuz etkileyeceği bilinmektedir. Çeşitli nedenlerle aileden ayrı kalmak ve büyümek zorunda olmak da travmaya sebep olabilecek bir durumdur. Bu nedenle devletin sosyal politika planlama sürecinde bu özel gruba yönelik planlamalar yapması da kaçınılmazdır. Çocuğun psiko-sosyal gelişiminde eksikliklere neden olabilecek kurum bakımı modeline alternatif olarak geliştirilen koruyucu aile hizmeti günümüzde korunmaya ihtiyacı olan çocuklara yönelik geliştirilmiş olan en yararlı bakım modelidir.

Koruyucu aile modelinin başarısı şüphesiz ki toplumun bu hizmete yönelmesiyle doğrudan ilişkilidir. Fakat çalışmadan elde edilen sonuçlarda da görüldüğü üzere koruyucu aile hizmetinin bilinirliği ve hizmete yönelik talep arzulanan düzeyde değildir. Koruyucu ailelere ücret ödenmesi her ne kadar bu hizmeti cazip hale getirirse de mevcut durum halen korunmaya ihtiyacı olan çocukların ihtiyaçlarını tamamiyle karşılamaya oldukça uzaktır.

Koruyucu aile hizmeti her ne kadar yararlı bir hizmet olsa da unutmamak gerekir ki bir çocuk için en iyi gelişim gösterebileceği yer ailesinin yanındır ve bu nedenle koruyucu aile hizmeti öz ailenin yerine geçecek alternatif bir model değil, öz ailenin eksikliğini hafifletecek yardımcı bir destek modelidir. Sonuç olarak koruyucu aile hizmetini destekleyen politikaların en önemli ayağını ailelerin parçalanması ve dağılmasına neden olan yoksulluk, aile içi şiddet, boşanma, suça bulaşma, alkol ve madde bağımlılığı gibi sosyal sorunları önleyecek politikaların geliştirilmesidir.

Bilgilendirme

Birinci yazar çalışmanın tasarlanması, verilerin analiz edilmesi ve literatürün hazırlanmasına katkı sağlamış ve yayın sürecini yürütmüştür. Sorumlu yazardır.

İkinci yazar literatürün hazırlanması ve verilerin toplanarak düzenlenmesi süreçlerine katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Baysal, A.E. (2017). Koruyucu Aile Uygulamaları ve Sonuçları: İstanbul Örneği. Yüksel Lisans Tezi. Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Certel, N. (2019). Koruyucu aile derneklerine üye olan koruyucu ailelerin bu modele ilişkin deneyim ve değerlendirmeleri. Toplum ve Sosyal Hizmet, 30(1), 147-165.
- Çifçi, EG. (2009). Türkiye'de ve dünyada korunmaya ihtiyacı olan çocuklara yönelik hizmetlerin tarihsel gelişimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 19(19), 53-66.
- Dirican, R. (2018). Tarihi süreçte çocukluk ve çocuk hakları. Çocuk ve Gelişim Dergisi, 2(2), 51-62.
- Erdal, L. (2014). Türkiye'de sosyal politika ve koruyucu aile hizmet modeli. Sosyoekonomi, 22(2), 70-192.

- Görgülü, Ü. (2014). Koruyucu aile uygulamasının İslam hukuku açısından değerlendirilmesi. *Journal*
- Haşiloğlu, S. B., Baran, T., & Aydın, O. (2015). Pazarlama araştırmalarındaki potansiyel problemlere yönelik bir araştırma: Kolayda örnekleme ve sıklık ifadeli ölçek maddeleri. *Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, (1), 19-28.
- Işıkcı, YM, & Karatepe, S. (2016). Türkiye’de Çocuğa Yönelik Sosyal Politika Uygulamaları ve Tarihsel Analizi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 7(1), 69-100.
- İlik, B. (2008). Koruyucu Aile Tanıtım ve Yaygınlaştırılması Kampanyası. Erol, N. (Ed.), *Koruyucu Aile, Evlat Edinme Hizmetleri ve Ruh Sağlığı içinde*, (17-24). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayını, Yayın No:6. Ankara
- Karatay, A. (2017). Türkiye’de Koruyucu Aile: Kökenleri, Gelişimi ve Bugünü. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 389-427.
- Koşar, N.G. (2008). Türkiye’de Koruyucu Aile ve Evlat Edinme Sistemlerinin Dünü, Bugünü, Yarını. Erol, N. (Ed.), *Koruyucu Aile, Evlat Edinme Hizmetleri ve Ruh Sağlığı içinde*, (7-17). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayını, Yayın No:6. Ankara
- Kuş, S. (2014). Koruyucu Aile Hizmeti ve Toplumsal Farkındalık: Çanakkale Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlam, M., & Aral, N. (2016). Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. *Çocuk ve Medeniyet*, 1(2), 43-56.
- Şahin-Gökdoğan, E. (2019). Koruyucu Ailelerin Koruyucu Aile Hizmetine İlişkin Değerlendirmeleri: Zonguldak İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Taşdemir-Yiğitoğlu, G., Kiray-Vural, B. ve Körükçü, Ö. (2020). Koruyucu ailelerin kişilik özelliklerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1417-1436.
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2014). Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Projesi Sonuç Raporu, Özel Ofset, Ankara.
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). Nasıl Başvuru Yapılır? ACSHB - Koruyucu Aile (ailevecalisma.gov.tr) 01.10.2020
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü İllere Göre Koruyucu Aile İstatistikleri. <https://ailevecalisma.gov.tr/koruyucu-aile-illere-gore-koruyucu-aile-istatistikleri/> 01.10.2020
- Tekin, H.H. (2020). Çocuk Refahı ve Sosyal Politika. İçinde: Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet. Editör: Doğa Başer. Nobel, Ankara.
- Tezel, Z., Demirel, B., & Şahin Kaya, Z. (2018). Ailelerin koruyucu aile olmaya karar vermelerinde etkili olan etmenler ile koruyucu aile olmanın anlam ve önemi. *Mugla Sitki Kocman University Journal of Social Sciences*, 43.
- Üstüner, S., Erol, N. & Şimşek, Z. (2005). Koruyucu aile bakımı altındaki çocukların davranış ve duygusal sorunları. *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*, 12 (3), 2005.
- Yıldırım, S., & Hız, Ö. (2020). Koruyucu ailelerin sorunları Denizli ili örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 185-202.

SAĞLIK KURUMLARINDA VERİMLİLİK YÖNETİMİ: ECZANE ÖRNEĞİ

PRODUCTIVITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS: EXAMPLE OF PHARMACY

Serkan PARILDAR¹ * Dr. Orhan PARILDAR² * Dr. Burak AYDOĞDU³¹ Yönetim Bilimi Uzmanı – Millî Emlak Uzmanı, T.C Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Millî Emlak Dairesi Başkanlığı² Endüstri Yüksek Mühendisi-Sağlık Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı³ İş Müfettişi, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

| ARTICLE INFO | ÖZET |
|--|---|
| <p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Verimlilik, Etkinlik, Veri Zarflama Analizi. CCR</p> <p>Keywords: Productivity, Efficiency, Data Envelopment Analysis, CCR</p> <p>Sorumlu Yazarlar Serkan PARILDAR¹ Dr. Orhan PARILDAR² Dr. Burak AYDOĞDU³</p> <p>Adres: ¹Yönetim Bilimi Uzmanı – Millî Emlak Uzmanı, T.C Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Millî Emlak Dairesi Başkanlığı ²Endüstri Yüksek Mühendisi-Sağlık Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı ³İş Müfettişi, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>E-mail: ¹serkanparildar@ gmail.com ²orhan.parildar@ saglik.gov.tr ³burakaaydogdu@ gmail.com</p> | <p>Verimliliğin ulusal refahı arttırmadaki rolü, bugün herkes tarafından kabul edilmektedir. Buna karşın, bazı sağlık kurumları hem insan hem de sermaye kaynaklarını etkili ve verimli kullanamamaktadır. Verimliliği arttırmak için, hızla değişen iç ve dış faktörler dikkate alınmalı ve sağlık örgütünün kapasitesi değişimlere ayak uyduracak biçimde planlanmalıdır. Performansın verimliliğinin ya da herhangi bir boyutunun ölçülmesi, herhangi bir verimlilik iyileştirme çabasının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bunun nedeni, “sadece ölçülebilen şeylerin yönetilebileceği” gerçeğidir.</p> <p>Bu çalışmada, Sağlık hizmeti sunucularından biri olan eczacıların yasal boyutu irdelenmiş olup, üç eczane şubesinin Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemi ile verimlilik ölçümü yapılmıştır. Verimlilik ölçümü için girdi değişkenleri olarak personel sayısı, alan ve yıllık kira masrafı, çıktı değişkenleri olarak ise müşteri sayısı ve ciro belirlenmiştir. Daha sonra etkin olmayan karar verme birimin verimli hale getirecek girdi ve çıktı miktarları belirlenmiştir.</p> |
| | ABSTRACT |
| | <p>The role of productivity in enhancing national prosperity is recognized by all today. However, some health institutions cannot use both human and capital resources effectively and efficiently. In order to increase efficiency, rapidly changing internal and external factors should be taken into account and the capacity of the health organization should be planned to keep up with changes. Measurement of the productivity or the performance of any size, is an indispensable part of any efficiency improvement efforts.</p> <p>The reason for this, “the only thing that can be measured can be managed” is the truth. In this study, the legal dimension of pharmacists, who are one of the healthcare service providers, was examined, and productivity measurements were made using Data Envelopment Analysis (DEA) method of three pharmacy branches. Productivity measurement for input variables as the number of personnel, space and annual rental costs, output is determined as the number of customers and incremental revenue. Then, the input and output amounts that will make the ineffective decision-making unit efficient are determined.</p> |

1. GİRİŞ

Türkiye’de 2002 yılında 19.021, 2019 yılı itibarıyla de 26.558 olan serbest eczane sayısı ilaç sektöründe perakende satışların çoğunlukla gerçekleştirildiği birinci basamak sağlık kuruluşudur (Türk Eczacılar Birliği, 2020). Sağlık hizmeti sunucularından biri olarak kabul edilen eczacıların, mesleki uzmanlıkları ile sağlık hizmeti sunabilecek yetiye sahip olmakla birlikte halkla iç içe ve kolay erişim sağlanabilen bir konumda olmaları neticesinde topluma en yakın sağlık danışmanlarıdır (Demir ve Eke, 2018).

Eczacı, sağlık sisteminin paydaşı olan bir “sağlık profesyoneli”dir. Eczacıya dair doğrudan bir tanımın ayrıntıları ulusal mevzuat veya düzenlemelerde çok nadir olarak verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre serbest eczacılar, halk için kolay ulaşılabilir sağlık mesleği mensuplarıdır. Reçeteye göre ve/veya kanuni olarak izin verildiği takdirde reçetesiz olarak ilaç satarlar. İlaçlar konusunda; hastalara danışmanlık yapma, sağlık mesleği kapsamında bulunanlara ve hastalara bilgi verme hususunda ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine katkıda bulunurlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde diğer sağlık mesleği kapsamında ki kişilerle ilişkilerini sürdürmektedirler (WHO, 2019; Aktaran: TEB 2020).

Ulusal mevzuatta; 6197 sayılı Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Kanununun 1. Maddesinde Eczacılığın bir sağlık hizmeti olduğu belirtilmekle birlikte eczacının tanımı yer almamaktadır. Ancak ilgili kanunun düzenleyici işlemi olan Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmeliğin 4-1(c) bendinde Eczacı, eczacılık faaliyetlerini yürütmeye yetkili sağlık mensubu olarak düzenlenmiştir. Yine, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlamalarına Dair Yönetmeliğin 4/1(b) maddesinde Eczacının bu meslek grubu dâhilinde yer aldığı belirtilerek, Ek1 maddesinde ise Eczacının görev tanımlaması yapılmıştır.

Görüldüğü üzere Dünya Sağlık Örgütü tarafından ve ulusal mevzuatta yapılan tanımlamalarda eczacının bir “sağlık mensubu” olarak belirtildiği görülmektedir. Ancak, sağlık mensubu da sağlık personeli şeklinde değerlendirilebilir mi? Konu ile ilgili olarak, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanununun 2. Maddesinde, sağlık personelinin tanımı şöyle yapılmıştır: “Sağlık hizmetlerinde” maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlardır. Böylece, kanun koyucu tarafından sağlık alanında yetişmiş kişilerin ister kamu ister özel sektörde çalışan olsun sağlık personeli olarak değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. 224 sayılı Kanunun ilgili maddesinde ki lafzından Eczacılık alanını düzenleyen 6197 sayılı Yasaya göre eczacılığın da bir sağlık hizmeti olarak tanımlandığı ve eczacının da sağlık hizmeti alanında çalışan bir sağlık mensubu olduğu göz önüne alındığı vakit sağlık mensubu olan eczacının aslında bir sağlık personeli olduğu değerlendirilmesi yapılabileceği kanaatine ulaşılmaktadır. “Sağlık hizmeti alanında faaliyette bulunma konusunda kanun koyucu tarafından yetkilendirilmiş kişiler tarafından yerine getirilen tüm işlem ya da eylemler tıbbi faaliyet olarak nitelendirilebildiği için” (Çakır, 2015) eczacının da sağlık hizmeti kapsamında gerçekleştirdiği hizmetler tıbbi faaliyet olarak belirtilebilir.

Hastaya ve/veya hasta yakınına eczacı tarafından verilen hizmet, daha önce belirtildiği üzere, sağlık hizmeti niteliğinde olup; bu hizmet tabii olduğu mevzuat doğrultusunda yerine getirilmektedir. Eczacıların ve eczanelerin tabii oldukları yasal mevzuatın uygulanması Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yerine getirilirken, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan Türk Eczacıları Birliği’nin de sorumluluğu bulunmaktadır.

Sağlık sisteminin önemli paydaşlarından biri olarak kabul edilen eczaneler, kamusal niteliği olan sağlık hizmetlerini Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun 27.10.2015 tarihinde yayımladığı kılavuzda yer alan İyi Eczacılık Uygulamalarına en uygun şekilde yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Ancak, eczanelerin kamusal niteliklerinin yanı sıra (İyi Eczacılık Uygulaması md.4-m) birer ticari işletme oldukları (Demir ve Eke, 2018) da unutulmamalıdır. Dolayısıyla, rekabetçi bir piyasada ticari işletmelerin kâr amacı gütmelerinin kaçınılmaz olması nedeniyle verimlilik, etkililik ve ekonomiklik unsurlarının yanı sıra performanslarının ölçümü de önem arz etmektedir.

Tabii oldukları mevzuat gereği reklam yapamayan eczacılar, hasta memnuniyetini sağlayarak pazarlama faaliyetini gerçekleştirebilirler. Böylece müşteri sadakatini oluşturabilir ve memnun olan hastaların çevrelerine memnuniyetlerini aktarması ile adlarını duyurabilirler. Eczacılık hizmetlerinden duyulan memnuniyet bireylerin eczanede geçirdikleri zaman diliminde gördükleri muamele, eczanenin fiziki şartları, reçetenin hazırlanma hızı, güler yüzlü hizmet, eczacının veya diğer çalışanların ilgisi, eczacının hastayı ilaçlar ile kullanımı konusunda bilgilendirmesi ve hastanın ilaçları hakkındaki tüm endişelerini giderme çabası gibi birçok faktörü içinde barındıran beklentilerinin karşılanma düzeyi olarak tanımlanabilir (Demir ve Eke, 2018).

Kanun ve yönetmeliğe göre eczane açma yeterliliğine sahip bir kişinin herhangi bir kısıtlamaya tabii olmadan istediği konumda istediği bina standartlarında eczane açabilmesi, ilgili yasa ve yönetmeliğe göre mümkün değildir.

6197 sayılı Kanununun 5. Maddesinde, eczacılık yapma hakkına sahip gerçek kişi yönetmelikte belirlenen belgelerle birlikte, bulunduğu ilin sağlık müdürlüğüne başvuracağı, ardından il sağlık müdürlüğüne düzenlenmiş ve valilikçe onaylanmış bir ruhsatname ile eczane açılacağı şeklinde temel usul ile düzenlenmiştir. Düzenlenen ruhsatnameler Sağlık Bakanlığına, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumuna ve Türk Eczacıları Birliği'ne bildirilir. Ruhsatname konusunda meydana gelecek sorunların çözüm yeri Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumudur. Eczane açma kriterlerinden; konum ve hizmet sunulan bina ve bina içi standartları olarak 6197 sayılı Kanuna dayalı çıkarılan yönetmeliğin 8 ve 20-26. Maddeleri arasında düzenlenmiş olduğu belirtilerek ayrıntıya girilmeyecektir.

Sayıları yıldan yıla artan eczacıların ve eczanelerin topluma yakın olması ve rekabetçi bir piyasa içerisinde bulunmaları birtakım zorunlulukları da beraberinde getirmektedir. Şöyle ki; sağlık hizmeti sunucusu olarak hizmet sunulan hasta ve/veya hasta yakınlarının memnuniyetinin sağlanması elzem bir konu haline gelmesi nedeniyle performans yönetimini oluşturan etkililik verimlilik ve ekonomiklik gibi unsurlar ile toplam verimlilik değerlerinin hesaplanmasında eleman sayısı, girdiler, çıktılar, müşteri sayısı gibi değerlendirmeler önem kazanmaya başlamıştır.

Eczanelerin kaynaklarını etkili ve verimli kullanılması eczane yöneticisinin temel sorumluluğu olarak kabul edilebilir. Yöneticilerin, yönettikleri sistemin performansını yani verimlilik ve etkinliğini artırmak için, var olan kaynaklarını en fazla üretimi yani çıktıyı sağlayacak biçimde düzenlemek için, girdi-çıkıtı bileşimlerini iyi analiz etmesi gerekmektedir. Bu görevi başarmak için yöneticilerin verimlilik ölçülmesi için kullanılacak kriterlerin saptanmasında ve analiz yöntemi seçimine ağırlık vermesi beklenmektedir.

Uygun kaynaklarla elde edilen azami çıktı potansiyelini sağlayan en iyi kullanım olarak tanımlanan etkinliği artırmanın yolu, çıktıları sabit tutarken girdiyi asgari düzeye indirmek veya aynı girdi miktarı ile üretilecek çıktı düzeyini artırmaktır. Etkinliğin ölçümü için oran analizi, parametrik yöntemler ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Oran analizinde tek girdi ve tek çıktı ile etkinlik ölçümü yapılmaktadır. Parametrik yöntemler oran analizinden farklı olarak tek bir çıktı kullanılmasına rağmen birden fazla girdinin kullanılmasını sağlamaktadır. Parametrik olmayan yöntemlerde en sık ve en yaygın kullanılan Veri Zarflama Analizi (VZA), diğer iki yöntemden farklı olarak çok sayıda girdi ve çıktı değişkeni ile etkinlik değerlendirmesi yapmaya olanak tanımaktadır (Atan ve Altan, 2020).

Araştırmada, sağlık hizmeti veren üç adet eczanenin etkinlik düzeylerinin Veri Zarflama Analizi yöntemiyle ölçülmesi amaçlanmıştır. Verimli olmayan eczanelerin etkin hale gelmeleri için referans almaları gereken etkin eczaneyi belirleyerek, etkin olmayanların tam etkin olabilmesi için azaltmaları veya artırmaları gereken kaynakların belirlenmesi ve böylece kaynak dağıtımının daha uygun bir şekilde yapması hedeflenmiştir. Üç eczane şubesi, girdiler (eleman sayısı, kira, alan) ve çıktılarda (ciro, hizmet verilen müşteri sayısı) olarak belirlenmiştir. Eczanelerden elde edilen bilgiler ışığında "CCR Girdi Temelli Veri Zarflama" yöntemi uygulanacaktır. Kurulan matematiksel modellerinin sonuçlarından hareketle göreceli etkinlik oranlarına göre karşılaştırılmıştır.

2. YÖNTEM

Sağlık hizmetlerinde girdi kontrolünün daha kolay olması nedeniyle "Girdi Temelli Veri Zarflama" modeli sağlık kurumlarının verimlilik analizi yapılmasında daha uygun olacaktır. Amaç minimum girdi ile maksimum çıktı elde etmektir. Ancak girdileri azaltırken sağlık hizmeti kalitesinin düşmemesi gerekir. Veri Zarflama Analizi, benzer yapıdaki karar verme birimlerinin etkinliklerini ölçmeyi amaçlayan doğrusal programlama tabanlı parametrik olmayan bir etkinlik ölçme yöntemi olmasından dolayı tercih edilmiştir.

Ölçeğe göre sabit getiri kabul eden orijinal model CCR veya ölçeğe göre değişken getiri kabul eden BCC modeliyle yapılabilir. Ölçeğe göre sabit getiri girdilerde ne oranda artış yapılırsa çıktılarda da aynı oranda artış görülecek demektir. Ölçeğe göre değişken getiri ise girdilerdeki artış miktarına karşılık çıktılarda daha az ya da daha çok artış görülebilmesi durumudur. Çalışmada eczanelerin etkinlik ölçümü, girdiye yönelik olduğundan girdi miktarında ne ölçüde azaltma yapılması gerektiği araştırılmış, çıktı bileşiminde herhangi bir artış öngörülmemiştir. Ölçeğe göre sabit getiri varsayımı doğrultusunda "CCR Girdi Temelli Veri Zarflama" yöntemi esas alınmıştır.

2.1. Veri Zarflama Analizi

VZA'nın teorik alt yapısını anlayabilmek için bazı temel kavramlara değinilmiştir. Bunlar sırasıyla Karar Verme Birimi, Üretim Sınırı, Performans Verimlilik, Ölçeğe Göre Getiri ve Etkinlik kavramıdır (Yıldırım ve Önder, 2018; Ayçin, 2020; Atan ve Altan, 2020).

Karar Verme Birimi: VZA analizinin ilk aşaması, yapılacak analize aynı girdi ve çıktı değişkenlerini kullanan KVB'lerin homojen yapıda olması gerekmektedir. Örneğin performansı karşılaştırılmak için iki sağlık işletmesi ele alınacaksa, bu işletmelerin sağladıkları hizmetlerin birbirine benzer olması gereklidir.

Aşağıdaki tabloda “n” KVB sayısı, “m” Girdi Sayısı ve “s” çıktı sayısını temsil edecek şekilde analize dahil edilmesi gereken KVB sayısının literatürde yer alan hesaplamaları gösterilmiştir.

Tablo 1. Analize Dahil Edilmesi Gereken Karar Verme Birimi Sayısı

| Yazar(lar) | Alınması Gerekli KVB Sayısı |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Golony ve Roll (1989) | $n \geq 2(m+s)$ |
| Dyson ve ark. (2001) | $n \geq 2m*s$ |
| Cooper ve ark. (2002, 2006) | $n \geq$ |

Üretim Sınırı: Belirli bir periyotta belirli bir ürünün üretimi için gerekli olan üretim faktörleri ile (girdiler) üretim süreci sonunda elde edilen ürünler (çıktılar) arasındaki matematiksel ilişkiye denir. Performans ölçümünün en doğru şekilde yapılabilmesi için etkin üretim fonksiyonunun doğru şekilde belirlenmesi önemlidir. Bir üretim sürecindeki girdiler ve çıktılar arasındaki ilişki, üretim sınırı ile belirlenebilir. Etkin üretim sınırı, verilen girdi bileşiminden elde edilebilecek optimal çıktı düzeyini göstermektedir.

Performans: İşletmelerin amaç ve hedeflerine yönelik olarak planlanmış faaliyetlerin sonucunda elde edilen nitel ve nicel göstergelerle ifade edilebilen çıktıları performans olarak tanımlanmaktadır. Kurulacak olan performans ölçüm sisteminin işletmeyi başarıya götüreceği farklı göstergeleri de içermesi gerekmektedir.

Kamu ve özel sektörde yer alan organizasyonlar için elzem bir kavram olan performans; “görevin gereği olarak önceden belirlenen kriterleri karşılayacak biçimde görevin yerine getirilmesi ve amacın gerçekleşmesi derecesidir” (Ateş, 2007). Amaçlanan iş miktarına ulaşma derecesi, ortalama iş miktarının üstü (Bilgin, 2013; Aktaran: Bozkurt, 2018) olarak da farklı tanımlamalara yer verilebilir.

Performans anlayışı dönemselsel olarak farklı değerlendirmeler olarak temel alınmıştır. Şöyle ki; bir dönem en düşük maliyet, en yüksek üretim ile kar olarak ele alınmışken, günümüzde müşteri tatmini, kalite, yenilik ve saire değişik ölçümlere yer verilmiştir (Kebeli, 2012; Aktaran: Bozkurt, 2018). Örneğin, Yönetim Bilimi alanının geleneksel yaklaşımı içinde yer alan Frederick W. Taylor 20. yüzyılın temel sosyal sorununu verimsizlik olarak tanımlamış, “Bilimsel Yönetim” adlı çalışmasında hareket-zaman etüdü kavramını ve teşvik edici ücret sistemleri ile performansın artırılmasına yönelik önerilerde bulunmuştur. 21. yüzyılda ise yönetimde yaşanan paradigma değişikliği sebebiyle verimliliğe odaklanan geleneksel performans yönetimi yerine günümüz Performans Yönetimi uygulamalarında demokratik değerler, katılımcı yönetim, Yeni Taylorizm etkileri, performans bilgisini kullanma, araştırma alanları olarak belirlenmiştir (Fry ve Raadschelders, 2017)

Aslında performans yönetiminin konusunu “Örgütsel amaçların gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesini” oluşturmaktadır (Aktan, 2009). Performans yönetimi ise bir kurumun önceden belirlediği amaç ve hedeflere ulaşırken izlediği yol ile bu yol sonunda elde ettiği sonuçların birlikte değerlendirildiği bir süreçtir” (Ateş ve Çetin, 2004).

Performans yönetimi üç ana unsur; etkinlik, verimlilik ve ekonomikliği barındırmakla birlikte bu üç ana unsuru destekleyen dört anahtar kavram olan stratejik planlama, performans ölçümü, performans değerlendirme ve performans bütçedir (Ateş ve Çetin, 2004).

Ateş ve Çetin’e (2004) göre; performans yönetim süreci üç aşamada şu şekilde ifade edilebilir:

- Birinci aşama, hedeflerin belirlendiği, işlerin buna göre düzenlendiği aşama olup, etkin unsuru yöneticilerdir. Yöneticiler, yapılacak işi tüm yönleriyle ele alır ve örgüt hedefleriyle ilişkilendirirler. Bu aşamada üzerinde önemle durulması gereken nokta, hedef belirlerken hizmet sunulacak kişilere hizmet kullanıcı (özel sektördeki müşterinin karşılığı olarak) gözüyle bakmaktadır. Bir diğer önemle nokta da yöneticilerin hedef belirlerken sadece üst ve orta kademe yöneticilerin değil, diğer çalışanların da düşüncelerine başvurmaları gerektiğidir. Çalışanların da performans yönetim sürecine dahil edilmesi hedeflerin kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik düzeyini arttıracaktır.
- İkinci aşama, birinci aşamada belirlenen hedeflerin standartlara bağlandığı, kimin neyi ve ne ölçüde yapacağını ortaya konduğu aşamadır. Ölçme faaliyetinin devreye girmesi ve ölçülen unsurun insan faaliyeti olması bu aşamanın ilk aşamaya oranla objektifliğini azaltmaktadır.

- Üçüncü aşama, çalışanların performanslarının değerlendirildiği aşamadır. Burada değerlendiricinin izleyeceği yöntem aşamanın başarısını ortaya koyacaktır. Eğer yönetici çalışanın hataları üzerinde durup onu başarısız olmakla suçlarsa değerlendirme amacından uzaklaşır. Bu nedenle, amaç çalışana olumsuz davranışlarını söylemek ve bunları nasıl düzelteceğini göstermek olmalıdır. Değerlendirici (yönetici) katı biçimde eleştirmek yerine yol gösterici ve yapıcı bir tol üstlenirse sisteme olumlu geri bildirim sağlayarak kendisinin ve örgütün başarısı düzeyini yükseltir.

Verimlilik: Genel bir tanımlama yapılırsa, verimlilik bir üretim ya da hizmet sisteminin ürettiği çıktıyı yaratmak için kullanılan girdi arasındaki ilişkidir. Bu nedenle verimlilik, çeşitli mal ve hizmetlerin üretimindeki kaynaklanan emek, sermaye, arazi, malzeme, enerji, bilgi vb. etken kullanımınıdır. Yüksek verimlilik, aynı miktar kaynakla daha çok üretmek ya da aynı girdiyle daha çok çıktı elde etmektir. Bu ilişki, genellikle aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Prokopenko, 2005):

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Çıktı}}{\text{Girdi}}$$

$$\text{Toplam Verimlilik} = \frac{\text{Toplam Çıktı}}{\text{Emek + Sermaye + Hammadde + Diğer Çeşitli Mal ve Hizmetler}}$$

Aslında, sağlık örgütlerinde verimlilik, işletmenin belirlediği ölçütlere ne kadar yaklaşabildiğinin ölçüsüdür. Bu ölçütler; amaçlar, etkenlik, etkililik ve performanstır. Diğer bir ifadeyle örgütün stratejik amaçlarına uygun, doğru girdi ve çıktı bileşenlerini belirlemektir.

Ayçin, 2020’de bütün girdi ve çıktıların dikkate alınmasıyla, aslında “Toplam Faktör Verimliliği” hesaplanmış olur. Toplam Faktör Verimliliği endekslerle ölçülür. Endeks sayıları, fiyat ve miktarın zaman içerisindeki değişimini ortaya koymaktadır. Verimlilik literatürü incelendiğinde, verimlilik artışının aşağıdaki verilen şekillerde oluşabildiği görülmektedir:

- Daha az kaynak (girdi) kullanarak aynı düzeyde çıktı üretildiğinde,
- Kullanılan kaynakların miktarı değişmeden daha çok sayıda çıktı üretildiğinde,
- Daha az girdi ile daha çok çıktı üretildiğinde,
- Girdilerde herhangi bir artış olduğunda çıktı miktarında daha büyük bir artış gerçekleştiğinde,
- Kullanılan girdi miktarındaki bir azalma sonucunda, çıktı miktarının daha küçük miktarda azalma gösterildiği durumlarda.

Ölçeğe Göre Getiri: Üretim sürecinde yer alan tüm girdilerin miktarındaki sabit oranlı bir değişimin, çıktı miktarında yarattığı değişimi ifade etmektedir. Ölçeğe göre getiri kavramını “Ölçeğe Göre Sabit Getiri” ve “Ölçeğe Göre Değişken Getiri” olarak iki başlıkta incelenmektedir. Üretim sürecinde yer alan girdi miktarlarındaki artışla aynı oranda çıktı miktarının artması olarak “Ölçeğe Göre Sabit Getiri” tanımlanmaktadır. Girdi miktarlarındaki artış oranından farklı bir oranda çıktı miktarlarının artması “Ölçeğe Göre Değişken Getiri” anlamına gelmektedir.

Etkinlik: Belirli amaçlara ulaşmasında gösterdiği başarı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir girdiyi arttırmadan veya diğer çıktıları azaltmadan bir çıktıyı arttırmak mümkün olamıyorsa ve benzer şekilde diğer çıktıları azaltmadan veya diğer girdiyi arttırmadan bir girdiyi azaltmak mümkün olmuyorsa o birim %100 etkin sayılmaktadır.

Etkinlik, önceden belirlenmiş bir amaca ya da optimum bir çıktıya erişme derecesini göstermektedir. Ölçümünde matematiksel model yaklaşımı ilk olarak Farrell tarafından 1957 yılında ortaya konulmuştur. Ardından 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından, Farrell’in üretim sınırı fonksiyonları kavramına dayanılarak, kamu programlarına katkıda bulunan kâr amacı gütmeyen kuruluşların, teknik etkinliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. VZA, homojen karar verme birimleri için çıktıların girdilere oranını ölçer ve karar verme birimlerini kendi içinde kıyaslayarak göreceli etkinlik değerini bulmaktadır. VZA ’da etkinlik değerleri 0 ile 1 arasında değer alır. Değerlerinin 1 olması, tam etkinlik anlamını taşımaktadır. Tam etkin bir karar verme birimi (KVB) etkin sınırı üzerinde yer almaktadır. Eğer herhangi bir karar verme birimi bu sınırın dışında bir değer alıyorsa, o KVB etkin olmayan bir KVB olarak tanımlanmaktadır (Ayçin, 2020).

Verimlilik hesaplamaları girdi odaklı veya çıktı odaklı olarak yapılmaktadır. “Girdiye Dayalı VZA Modeller” belirli bir çıktı seviyesini değiştirmeden girdi miktarındaki değişimleri incelerken; “Çıktıya Dayalı VZA Modeller” belirli bir girdi seviyesini değiştirmeden çıktı miktarındaki değişimleri incelemektedir.

2.2. Veri Zarflama Analizinin Güçlü ve Zayıf Yönleri

VZA ’nın temel yapısı ve modelleri göz önüne alındığında, yöntemin güçlü yönleri aşağıda gibi sıralanmıştır (Yıldırım ve Önder, 2018; Ayçin, 2020; Atan ve Altan, 2020).

- VZA diğer etkinlik ölçümlerinin aksine çok girdi ve çıktılı etkinlik yapmaktadır.
- VZA girdi ve çıktıların ölçüm birimlerinin farklılığından etkilenmektedir.
- VZA ’inde KVB sayısında da araştırmacıyı kısıtlamamaktadır.
- VZA ’da referans kümeler oluşturularak etkin olmayandan etkinliğe geçiş çözümü sunmaktadır.
- Üretim fonksiyonu bilinmeksizin birimlere ilişkin girdi ve çıktı verileri kullanarak göreceli etkinlik ölçümü yapabilmektedir.

VZA ’nın temel yapısı ve modelleri göz önüne alındığında, yöntemin zayıf yönleri aşağıda gibi sıralanmıştır (Yıldırım ve Önder, 2018; Ayçin, 2020; Atan ve Altan, 2020).

- VZA, veri hatalarına karşı oldukça hassastır. Bu sebeple, etkinlik ölçümünde yer alan girdi ve çıktı verilerinin olası hatalardan arındırılması gerekmektedir.
- VZA ’da tüm karar verme birimleri için ayrı ayrı doğrusal programlama modelinin çözümünün gerekli olması, büyük boyutlu problemlerde zaman kaybına neden olmaktadır.
- VZA statik ve tek bir zaman kesitinde değerlendirme yapabilmektedir.
- Parametrik olmayan bir yöntem olmasından dolayı sonuçların istatistiksel olarak test edilmesini zorlaştırmaktadır.
- VZA gözlem kümesinde bulunan aşırı derecede büyük ya da küçük girdi ve çıktı değerlerine sahip olan bazı KVB ’leri, etkinlik sınırının belirlenmesinde problem oluşturmaktadır.

2.3. Veri Zarflama Analizi Modelleri

VZA modelinin uygulama aşamaları aşağıdaki Şekil 1’de gösterildiği gibi özetlemek mümkündür.

Şekil 1. VZA Aşamaları



KVB seçimindeki en önemli nokta, seçilen KVB ’lerin homojen yapıda olmasıdır. Çalışmanın amacına uygun ve sağlık hizmetine doğrudan etkisi olan girdi ve çıktı değişkenlerin analize dâhil edilmesi önem taşımaktadır. Aynı zamanda girdi ve çıktıların hangi faktör ya da değişkenler olacağı uzman görüşü yardımıyla belirlenebildiği gibi, Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinden yararlanılarak da belirlenebilir. Modelin seçiminde girdi ve çıktı yönelimli model seçiminde ise değişken üzerindeki kontrolün azlığı ya da çokluğu önemlidir. VZA ’da her bir KVB ’nin verimlilik değerleri genel olarak 0 ile 1 arasındaki değerleri almaktadır. Verimli olan KVB ’leri etkinlik sınırı oluştururlar ve 1 etkinlik değerini alırlar. Yöntemde referans kümesinde yer alan KVB için hedef değerler,

potansiyel iyileştirmeler belirlenmektedir. Göreli olarak verimli olan ve olmayan KVB 'ler hakkında genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

VZA ile ilgili literatürde birçok model yer almaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılan Kesir Programlama Modeli, CCR Modeli, BBC Modeli ve Toplamsal Model'dir (Yıldırım ve Önder, 2018; Ayçin, 2020; Atan ve Altan, 2020).

2.3.1. CCR (CHARNES-COOPER-RHODES) Modeli

CCR modeli Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında çoklu girdi ve çıktıdan oluşan karar verme birimlerinin göreceli etkinliğin hesaplanması için geliştirilen bir kesikli programlama modelidir. "Girdi Odaklı Modellerde" belirli bir çıktı seviyesini değiştirmeden girdi miktarı azaltılarak; "Çıktı Odaklı Modellerde" ise belirli bir girdi seviyesini değiştirmeden çıktı miktarı arttırılmaya çalışılarak etkinlik sağlanmaya çalışılmaktadır. CCR modelin matematiksel olarak gösteriminde yer alan indislerin açıklaması aşağıda yer almaktadır.

x_{i0} = Etkinliği ölçülen 0. karar verme birimine ait i. girdi miktarı

y_{r0} = Etkinliği ölçülen 0. karar verme birimine ait r. çıktı miktarı

x_{ij} = Etkinliği ölçülen j. karar verme birimine ait i. girdi miktarı

y_{rj} = Etkinliği ölçülen j. karar verme birimine ait r. çıktı miktarı

u_r = 0. karar verme birimi tarafından r. çıktıya verilen ağırlık

v_i = 0. karar verme birimi tarafından i. girdiye verilen ağırlık

m = Girdi sayısı

s = Çıktı sayısı

n = KVB sayısı

ϵ = Çok küçük bir sayı

θ_0 = KVB göreceli teknik etkinliği

γ_j = Model Değişkenleri

s_i^- = Girdi kısıtları için değişken

s_i^+ = Çıktı kısıtları için değişken

"Girdi Odaklı CCR Modeli" matematiksel gösterimi eşitlik (4) ve eşitlik (5)'te gösterilmiştir (Charnes ve ark., 1978; Cooper ve ark., 2001; Cooper ve ark., 2011) .

$$\text{Max } O_0 = \sum_{r=1}^s u_r y_{r0} \quad (4)$$

Kısıtlar

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \leq 0 \quad j=1,2,\dots,n$$

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{i0} = 1$$

$$u_r, v_i \geq 0 \quad \forall r,i$$

(4)'de gösterilen modelde bir karar verme birimine ait optimal amaç değeri ve bu çözüme ait ağırlıklar olsun. Eğer karar verme birimi =1 iken kümesinin tüm elamanları 0'dan büyük olacak şekilde en az bir optimal çözüm varsa, o karar birimi etkindir. Eğer 1'den küçük ya da 1 değeri aldığı halde tüm optimal çözümlerde kümesinin elamanları en az bir KVB 0 değeri alırsa o karar verme birimi verimli değildir.

Doğrusal programlama modellerinde olduğu gibi, VZA'daki CCR modellerini dual modeller zarflama modelleri olarak da adlandırılmaktadır. Dualite teorimi gereği primal model maksimizasyon olduğunda, bu modelin duali minimizasyondur. Çözüm yapıldığında primal modelin en iyi çözüm değeri ile dual modelin en iyi değeri birbirine eşit çıkacaktır. Dual modellerde etkin referans kümesi belirlenmesinde yardımcı olmaktadır. "Girdi Odaklı CCR Zarflama Modeli" matematiksel gösterimi eşitlik (5)'te gösterilmiştir.

$$\text{Min } P_0 = \theta_0 - \varepsilon (\sum_{i=1}^m s_i^- + \sum_{r=1}^s s_r^+) \quad (5)$$

Kısıtlar

$$\theta_0 x_{i0} - \sum_{j=1}^n x_{ij} \gamma_j - s_i^-$$

$$\sum_{j=1}^n y_{rj} \gamma_j - s_r^+ = y_{r0}$$

$$\gamma_j, s_i^-, s_r^+ \geq 0 \quad \forall r, i, j$$

Karar verme biriminin göreceli olarak verimli olması için $\theta_0 = 1$ olmalı hem de tüm aylak değişkenler

$s_i^- = s_r^+ = 0$ olmalıdır. s_i^- girdi fazlalıklarını ve s_r^+ çıktı eksiklerini göstermektedir.

“Çıktı Odaklı CCR Modeli” matematiksel gösterimi eşitlik (6) ve eşitlik (7)’de gösterilmiştir (Charnes ve ark., 1978; Cooper ve ark., 2001; Cooper ve ark., 2011).

$$\text{Min } O_0 = \sum_{i=1}^m v_i x_{i0} \quad (6)$$

Kısıtlar

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{ij} - \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} \geq 0 \quad j=1,2,\dots,n$$

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{r0} = 1$$

$$u_r, v_i \geq 0 \quad \forall r, i$$

$$\text{Max } P_0 = \theta_0 + \varepsilon (\sum_{i=1}^m s_i^- + \sum_{r=1}^s s_r^+) \quad (7)$$

Kısıtlar

$$\theta_0 y_{r0} - \sum_{j=1}^n y_{rj} \gamma_j - s_r^+$$

$$\sum_{j=1}^n x_{ij} \gamma_j + s_i^- = x_{i0}$$

$$\gamma_j, s_i^-, s_r^+ \geq 0 \quad \forall r, i, j$$

3. UYGULAMA

Eczanelerin etkinliğinin ölçülmesinde Veri Zarflama Analizi yönteminden yararlanılmıştır. Yöntem gereği mevcut eczane ile farklı iki eczane karşılaştırılmıştır. Çalışmanın Eczanelerin karşılaştırılmasında kullanılan girdi ve çıktı değerleri ile bunların kullanım nedenleri aşağıda verilmiştir.

Girdiler:

- **Eleman Sayısı:** Eczane maliyetlerinin önemli bir kısmını da çalışan maaşları oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışan sayısının girdi olarak alınmasına karar verilmiştir.
- **Alan (Metrekare):** Eczanenin oturduğu alanın büyüklüğü hizmet kalitesiyle doğru orantılıdır.
- **Eczanenin Yıllık Kira Masrafı:** Eczanenin kira masrafının hem eczanenin oturduğu alanın büyüklüğünü hem de bulunduğu mevkiin iş hacminin bir göstergesi olduğu düşünülmüştür. Zira merkezi bir konumda bulunan bir eczanenin hem kirası hem de işlem hacmi daha yüksek olacaktır.

Çıktılar:

- **Hizmet Verilen Toplam Müşteri Sayısı:** Eczanenin ne kadar iş yaptığının bir göstergesi olarak toplam müşteri sayısı çıktı olarak kabul edilmiştir.
- **Ciro:** Eczanenin diğer önemli bir çıktısı da bu hizmetten sağladığı maddi büyüklüktür.

Aşağıdaki tabloda her bir eczanenin girdi ve çıktıları varsayım olarak verilmiştir:

Tablo 2. Eczaneler İçin Veri Tablosu

| ECZANE | ÇIKTILAR | | | GİRDİLER | |
|--------|--------------|----------------|---------------|-------------------|------------|
| | CİRO | MÜŞTERİ SAYISI | ELEMAN SAYISI | ALAN | KİRA |
| 1 | 324.000 TL | 18.000 | 2 | 40 m ² | 30.000 TL |
| 2 | 1.584.000 TL | 72.000 | 4 | 50 m ² | 120.000 TL |
| 3 | 900.000 TL | 45.000 | 2 | 40 m ² | 60.000 TL |

Problemin LP modeli LINDO ortamında kurulmuş ve çözülmüştür. Öncelikle bizim baz aldığımız Eczane 1'in etkinliği ölçülmüştür. Daha sonra ise sonuçları teyit etmek açısından farklı şubelerinden olan Eczane 2 ve Eczane 3'ün verimliliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Verimli olmayan eczanelerin etkin olabilmesi için ne yapması gerektiği belirtilmiştir. Uygulamada yer alan 3 tane şubenin verimliliklerinin ölçülmesinde kullanılacak "Girdi Odaklı CCR-Dual Modeli" doğrusal programlama ile çözülmüştür. Her bir Eczane için ayrı ayrı doğrusal programlama ile modellenmiştir.

Aşağıda Eşitlik (5) kullanılarak her bir eczane şubesinin LINDO modelleri ve çözümleri verilmiştir. Kullanılan notasyonların bilinen karşılıkları bölüm 2.3.1'de belirtilmiştir.

Eczane 1 Girdi Odaklı CCR Dual Model

Min Q - 0.0000001S1 - 0.0000001S2 - 0.0000001S3 - 0.0000001S4 - 0.0000001S5

SUBJECT TO

$$2Q - 2X1 - 4X2 - 2X3 - S1 = 0$$

$$40Q - 40X1 - 50X2 - 40X3 - S2 = 0$$

$$30Q - 30X1 - 120X2 - 60X3 - S3 = 0$$

$$18X1 + 72X2 + 45X3 - S4 = 18$$

$$324X1 + 1584X2 + 900X3 - S5 = 324$$

END

Ek-1'e göre sonuçları değerlendirdiğimizde Eczane 1 tam olarak verimli olmadığı görülmektedir. Bunun sebebi ise girdi maliyetlerinin yüksek olmasıdır. Eczane 1 tam olarak etkin olabilmesi için (0.80) maliyetlerini azaltması gerekmektedir.

$$X1 = X1 * \theta - s1 = 2 * 0,80 - 0,80 = 0,80 = 1 \text{ (Çalışan Sayısı).}$$

$$X2 = X2 * \theta - s2 = 40 * 0,80 - 16 = 16 \text{ m}^2$$

$$X3 = X3 * \theta - s3 = 30.000 * 0,80 - 0 = 24.000 \text{ TL (Kira)}$$

Eczanenin girdi değerleri yukarıda bulunan değerlere indirgenebilirse eczane verimli olacaktır. Fakat yukarıdaki durumlar mümkün olmadığından sadece kira değişimiyle eczanenin verimliliği artırılabilir. Örneğin kira giderlerinin 20.000 TL olması durumunda eczanenin verimliliği şu şekilde hesaplanmıştır

Eczane 1 Girdi Odaklı CCR Dual Model (Kira =20.000 TL)

Min Q - 0.0000001S1 - 0.0000001S2 - 0.0000001S3 - 0.0000001S4 - 0.0000001S5

SUBJECT TO

$$2Q - 2X1 - 4X2 - 2X3 - S1 = 0$$

$$40Q - 40X1 - 50X2 - 40X3 - S2 = 0$$

$$20Q - 20X1 - 120X2 - 60X3 - S3 = 0$$

$$18X1 + 72X2 + 45X3 - S4 = 18$$

$$324X1 + 1584X2 + 900X3 - S5 = 324$$

END

Ek-2'deki LINDO sonuçlardan da anlaşılacağı üzere Eczane 1'in kirasının 20.000 TL olması durumunda tam etkin olmaktadır (Q = 1.00). Böylece eczanenin girdi ve çıktıları dengelenmiş olur.

Eczane 2 Girdi Odaklı CCR Dual Model

Min Q - 0.0000001S1 - 0.0000001S2 - 0.0000001S3 - 0.0000001S4 - 0.0000001S5

SUBJECT TO

$$4Q - 2X1 - 4X2 - 2X3 - S1 = 0$$

$$50Q - 40X1 - 50X2 - 40X3 - S2 = 0$$

$$120Q - 20X1 - 120X2 - 60X3 - S3 = 0$$

$$18X1 + 72X2 + 45X3 - S4 = 72$$

$$324X1 + 1584X2 + 900X3 - S5 = 1584$$

END

Ek-3 LINDO sonuçlardan da anlaşılacağı üzere Eczane 2 tam etkin olmaktadır. (Q = 1.00) Bunun anlamı eczanenin girdileri ile çıktıları dengelidir. Bu sebeple eczanenin göreceli etkinlik açısından herhangi bir faaliyete ihtiyacı yoktur.

Eczane 3 Girdi Odaklı CCR Dual Model

Min Q - 0.0000001S1 - 0.0000001S2 - 0.0000001S3 - 0.0000001S4 - 0.0000001S5

SUBJECT TO

$$2Q - 2X1 - 4X2 - 2X3 - S1 = 0$$

$$40Q - 40X1 - 50X2 - 40X3 - S2 = 0$$

$$60Q - 20X1 - 120X2 - 60X3 - S3 = 0$$

$$18X1 + 72X2 + 45X3 - S4 = 45$$

$$324X1 + 1584X2 + 900X3 - S5 = 900$$

END

Ek-4 LINDO sonuçlardan da anlaşılacağı üzere Eczane 2 tam etkin olmaktadır. (Q = 1.00) Bunun anlamı eczanenin girdileri ile çıktıları dengelidir. Bu sebeple eczanenin göreceli etkinlik açısından herhangi bir faaliyete ihtiyacı yoktur.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında etkinlik analizine yardımcı olmak amacıyla Veri Zarflama Yöntemi kullanılmaktadır. Bu analiz sağlık kurumlarında örgüt geliştirme sürecinde, performanstaki engel ve darboğazları göstererek tanı (teşhis) etkinlikleri için gerçekçi hedefler konulması ve kontrol çizgilerin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumlarında mevcut durumu yani etkinliğini ortaya koyarak geleceğe yönelik atılacak adımlara yön vermesi noktasında karar vericilere yardımcı olacak olan bu çalışma, etkinliğin artırılmasına yönelik öncelik verilecek sağlık kurumlarını ortaya koyarak karar vericilere önemli bilgiler sunmaktadır.

Çalışmada çıktı değişkenlerini sabit tutarak girdi değişkenlerinde meydana gelecek değişiklikler tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle girdilerini minimize ederek verimli olan ve verimli olmayan eczane belirlenmiş ve girdilerde azaltılması gereken miktarlar tespit edilmiştir. Veri zarflama analizi modellerinden olan girdiye yönelik CCR modeli LINDO programı aracılığıyla etkinlikler belirlenmiştir. Modellerin sonuçları yorumlanırken dikkate alınması gereken nokta, sonuçların göreceli etkinlik değerlerini gösterdiğidir. Burada bir eczanenin %100 etkin olması, sadece belirlenen girdi ve çıktılar çerçevesinde diğer eczanelere göre %100 etkin olduğunu ifade etmektedir.

Eczane 1'in etkinliği Veri Zarflama Yöntemine göre bulundu. Bu yöntemi uygulamak için farklı semtlerdeki iki eczane daha değerlendirildi. Bu değerlendirme eleman sayısı, kira, alan (girdiler) ve müşteri sayısı, ciro (çıktılar) ya göre yapılmıştır. Bu veriler ışığında kurulan LP modelin sonuçlarına göre Eczane 1'in etkinliği 0,80 olarak bulunmuştur. Eczane 1'in tam olarak etkin olabilmesi için maliyetlerin azaltılması gerekmektedir. Örneğin dükkân kirası 20.000 TL olduğunda eczane etkin olmaktadır. Diğer eczaneler için LP model kurulup çözdürüldüğünde diğer iki eczanenin etkin (1.00) olduğu sonucuna

varılmıştır. Böylelikle, her bir karar verme birimi için etkin olup olmadığını analiz etmenin yanında, etkin olmayan karar verme birimi için oluşturduğu referans kümeler sayesinde etkin olmayan durumdan etkinliğe geçiş yolları aranmıştır. Aslında, etkin olmayan karar verme birimi için hedef değerler ve potansiyel iyileştirmeler saptanmıştır.

Gelecek çalışmalarda yeni girdi ve çıktılar belirlenerek farklı değerlendirmelerde bulunulabilir. Aynı girdi ve çıktılar kullanılarak Girdi Odaklı BCC modeliyle hesaplama yapıldığında ise saf teknik etkinlik değerlerine ulaşılabilir. Ardından, Girdi odaklı CCR ve BCC modellerinin etkinlik sonuçlarından yola çıkılarak ölçek etkinliğini tespit edebilir. Girdi ve çıktı değişkenlerin tespitinde Çok Kriterli Karar Verme yöntemleri kullanılabilir. Etkin olmayan eczanenin hizmet kalite ölçümü yapılabilir. Bu ölçüm için SERVQUAL yöntemi uygulanabilir.

EKLER

Ek-1 Eczane 1 LINDO Çıktısı

LP OPTIMUM FOUND AT STEP 5

OBJECTIVE FUNCTION VALUE

1) 0.7999947

| VARIABLE | VALUE | REDUCED COST |
|----------|-----------|--------------|
| Q | 0.800000 | 0.000000 |
| S1 | 0.800000 | 0.000000 |
| S2 | 16.000000 | 0.000000 |
| S3 | 0.000000 | 0.033333 |
| S4 | 0.000000 | 0.044442 |
| S5 | 36.000000 | 0.000000 |
| X1 | 0.000000 | 0.200005 |
| X2 | 0.000000 | 0.799981 |
| X3 | 0.400000 | 0.000000 |

ROW SLACK OR SURPLUS DUAL PRICES

| | | |
|----|----------|-----------|
| 2) | 0.000000 | 0.000000 |
| 3) | 0.000000 | 0.000000 |
| 4) | 0.000000 | -0.033333 |
| 5) | 0.000000 | -0.044442 |
| 6) | 0.000000 | 0.000000 |

NO. ITERATIONS= 5

RANGES IN WHICH THE BASIS IS UNCHANGED:

OBJ COEFFICIENT RANGES

| VARIABLE | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|----------|----------|-----------|-----------|
| | COEF | INCREASE | DECREASE |
| Q | 1.000000 | INFINITY | 0.999951 |
| S1 | 0.000000 | 0.250007 | 0.499996 |
| S2 | 0.000000 | 0.012500 | 0.017391 |
| S3 | 0.000000 | INFINITY | 0.033333 |
| S4 | 0.000000 | INFINITY | 0.044442 |
| S5 | 0.000000 | 0.005556 | 0.002222 |
| X1 | 0.000000 | INFINITY | 0.200005 |
| X2 | 0.000000 | INFINITY | 0.799981 |
| X3 | 0.000000 | 0.499988 | 1.999901 |

Ek-2 Eczane 1 LINDO Çıktısı (Kira =20.000 TL)

LP OPTIMUM FOUND AT STEP 0

OBJECTIVE FUNCTION VALUE

1) 1.000000

| VARIABLE | VALUE | REDUCED COST |
|----------|----------|--------------|
| Q | 1.000000 | 0.000000 |
| S1 | 0.000000 | 0.000000 |
| S2 | 0.000000 | 0.002778 |
| S3 | 0.000000 | 0.044444 |
| S4 | 0.000000 | 0.000000 |
| S5 | 0.000000 | 0.003086 |
| X1 | 1.000000 | 0.000000 |
| X2 | 0.000000 | 0.583334 |
| X3 | 0.000000 | 0.000000 |

ROW SLACK OR SURPLUS DUAL PRICES

| | | |
|----|----------|-----------|
| 2) | 0.000000 | 0.000000 |
| 3) | 0.000000 | -0.002778 |
| 4) | 0.000000 | -0.044444 |
| 5) | 0.000000 | 0.000000 |
| 6) | 0.000000 | -0.003086 |

NO. ITERATIONS= 0

RANGES IN WHICH THE BASIS IS UNCHANGED:

OBJ COEFFICIENT RANGES

| VARIABLE | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|----------|----------|-----------|-----------|
| | COEF | INCREASE | DECREASE |
| Q | 1.000000 | INFINITY | 0.999964 |
| S1 | 0.000000 | 0.388889 | 0.055554 |
| S2 | 0.000000 | INFINITY | 0.002778 |
| S3 | 0.000000 | INFINITY | 0.044444 |
| S4 | 0.000000 | 0.044443 | 0.055554 |
| S5 | 0.000000 | INFINITY | 0.003086 |
| X1 | 0.000000 | 0.079997 | 0.341464 |
| X2 | 0.000000 | INFINITY | 0.583334 |
| X3 | 0.000000 | 0.245614 | 0.222214 |

RIGHTHAND SIDE RANGES

| ROW | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|-----|------------|-----------|-----------|
| | RHS | INCREASE | DECREASE |
| 2 | 0.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 3 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 4 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 5 | 18.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 6 | 324.000000 | INFINITY | 0.000000 |

Ek-3 Eczane 2 LINDO Çıktısı

LP OPTIMUM FOUND AT STEP 1

OBJECTIVE FUNCTION VALUE

1) 1.000000

| VARIABLE | VALUE | REDUCED COST |
|----------|----------|--------------|
| Q | 1.000000 | 0.000000 |
| S1 | 0.000000 | 0.000000 |
| S2 | 0.000000 | 0.004545 |
| S3 | 0.000000 | 0.006439 |
| S4 | 0.000000 | 0.000000 |
| S5 | 0.000000 | 0.000631 |
| X1 | 0.000000 | 0.106061 |
| X2 | 1.000000 | 0.000000 |
| X3 | 0.000000 | 0.000000 |

ROW SLACK OR SURPLUS DUAL PRICES

| | | |
|----|----------|-----------|
| 2) | 0.000000 | 0.000000 |
| 3) | 0.000000 | -0.004545 |
| 4) | 0.000000 | -0.006439 |
| 5) | 0.000000 | 0.000000 |
| 6) | 0.000000 | -0.000631 |

NO. ITERATIONS= 1

RANGES IN WHICH THE BASIS IS UNCHANGED:

OBJ COEFFICIENT RANGES

| VARIABLE | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|----------|----------|-----------|-----------|
| | COEF | INCREASE | DECREASE |
| Q | 1.000000 | INFINITY | 0.999834 |
| S1 | 0.000000 | 0.079546 | 0.193178 |
| S2 | 0.000000 | INFINITY | 0.004545 |
| S3 | 0.000000 | INFINITY | 0.006439 |
| S4 | 0.000000 | 0.016666 | 0.013887 |
| S5 | 0.000000 | INFINITY | 0.000631 |
| X1 | 0.000000 | INFINITY | 0.106061 |
| X2 | 0.000000 | 0.407993 | 0.106600 |
| X3 | 0.000000 | 0.050240 | 0.231814 |

RIGHTHAND SIDE RANGES

| ROW | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|-----|-------------|-----------|-----------|
| | RHS | INCREASE | DECREASE |
| 2 | 0.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 3 | 0.000000 | 0.000000 | 26.400000 |
| 4 | 0.000000 | 63.360004 | 0.000000 |
| 5 | 72.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 6 | 1584.000000 | INFINITY | 0.000000 |

Ek-4 Eczane 3 LINDO Çıktısı

LP OPTIMUM FOUND AT STEP 0

OBJECTIVE FUNCTION VALUE

1) 1.000000

| VARIABLE | VALUE | REDUCED COST |
|----------|----------|--------------|
| Q | 1.000000 | 0.000000 |
| S1 | 0.000000 | 0.000000 |
| S2 | 0.000000 | 0.008000 |
| S3 | 0.000000 | 0.011333 |
| S4 | 0.000000 | 0.000000 |
| S5 | 0.000000 | 0.001111 |
| X1 | 0.000000 | 0.186667 |
| X2 | 0.000000 | 0.000000 |
| X3 | 1.000000 | 0.000000 |

ROW SLACK OR SURPLUS DUAL PRICES

| | | |
|----|----------|-----------|
| 2) | 0.000000 | 0.000000 |
| 3) | 0.000000 | -0.008000 |
| 4) | 0.000000 | -0.011333 |
| 5) | 0.000000 | 0.000000 |
| 6) | 0.000000 | -0.001111 |

NO. ITERATIONS= 0

RANGES IN WHICH THE BASIS IS UNCHANGED:

OBJ COEFFICIENT RANGES

| VARIABLE | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|----------|----------|-----------|-----------|
| | COEF | INCREASE | DECREASE |
| Q | 1.000000 | INFINITY | 0.999905 |
| S1 | 0.000000 | 0.140000 | 0.339996 |
| S2 | 0.000000 | INFINITY | 0.008000 |
| S3 | 0.000000 | INFINITY | 0.011333 |
| S4 | 0.000000 | 0.033333 | 0.022220 |
| S5 | 0.000000 | INFINITY | 0.001111 |
| X1 | 0.000000 | INFINITY | 0.186667 |
| X2 | 0.000000 | 0.509995 | 0.210001 |
| X3 | 0.000000 | 0.096998 | 0.289770 |

RIGHTHAND SIDE RANGES

| ROW | CURRENT | ALLOWABLE | ALLOWABLE |
|-----|------------|-----------|-----------|
| | RHS | INCREASE | DECREASE |
| 2 | 0.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 3 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 4 | 0.000000 | 0.000000 | 0.000000 |
| 5 | 45.000000 | 0.000000 | INFINITY |
| 6 | 900.000000 | INFINITY | 0.000000 |

KAYNAKLAR

- Aktan, C. C. (2009). Performans yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 1(1), 25-33.
- Atan, M., & Altan, Ş. (2020). Örnek uygulamalarla çok kriterli karar verme yöntemleri. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Ateş, H. (2007), Belediyelerde Kurumsal Performans Yönetimi: Uygulamada Başarı İçin Öneriler, B.Eryılmaz, M.Eken, M.L.Şen (Ed.), Kamu Yönetimi Yazıları Teoride Değişim Yeniden Yapılanma Sorunlar ve Tartışmalar, (1. Basım) içinde (s.71-99), Nobel Yayın Dağıtım.
- Ateş, H. & Çetin D. (2004), Kamuda Performans Yönetimi ve Performansa Dayalı Bütçe, Muhittin ACAR, Hüseyin ÖZGÜR, (Ed.), Çağdaş Kamu Yönetimi – II (1. Basım) içinde (s.254-285) Nobel Yayın Dağıtım.
- Ayçin, E. (2020). Çok kriterli karar verme: Bilgisayar uygulamalı çözümler, 2.Baskı, Bölüm 19. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Baray Ş.A., Esnaf Ş. (2018). Yöneylem Araştırması (Çeviri Kitap: Taha H.A., Operation Research and Introduction), 10.Baskı, Bölüm 8-13-14, Literatür Yayıncılık.
- Barber, N., Smith, F., & Anderson, S. (1994). Improving quality of health care: the role of pharmacists. Quality in Health care, 3(3), 153.
- Bilgin, Kamil Ufuk (2013), TODAİE Kamu Personel Yönetimi Ders Notları, Ankara.
- Bozkurt, Paşa, (2018), Stratejik Yönetime Katkısı Açısından Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimi, Kamu Yönetimi Tartışmaları, M.Akif ÖZER (Ed.) içinde (1. Basım), Gazi Kitabevi.
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. European journal of operational research, 2(6), 429-444.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2001). Data envelopment analysis: A comprehensive text with models, applications, references and DEA-solver software. Journal-operational Research Society, 52(12), 1408-1409.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2006). Introduction to data envelopment analysis and its uses: with DEA-solver software and references. Springer Science & Business Media.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Zhu, J. (2011). Data envelopment analysis: History, models, and interpretations. In Handbook on data envelopment analysis (pp. 1-39). Springer, Boston, MA.
- Çakır, Melih H. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Özel Hukuk Kişileri Tarafından Yürütülmesi, 1. Baskı, XII Levha Yayıncılık.
- Demir, M., & EKE, E., (2018). Değişen Eczacı Rollerini Bağlamında Hastaların Eczacılık Hizmetleri ile İlgili Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(2), 555-574.
- Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V. V., Sarrico, C. S., & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. European Journal of operational research, 132(2), 245-259.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, <http://www.resmigazete.gov.tr> (Erişim tarihi: 05.12.2020)
- Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr> (Erişim tarihi: 05.12.2020)
- European Court Of Auditors (2017), Performance Audit Manual, Directorate of Audit Quality Control September.
- Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General), 120(3), 253-281.
- Fry, Brian R&Raadschelders, Jos C.N (2017), Max Weber'den Dwight Waldo'ya Kamu Yönetimi, (Çeviri Editörü:Doç. Dr.Oktay KOÇ), Anı Yayıncılık.
- Haksever, C. (Ed.). (2000). Service management and operations. Pearson College Division.
- Kebeli, A. (2012). Kamu İç Denetiminde Kurumsal Performans Denetimi. TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Dönem Projesi.

- Prokopenko, J. (2005). Verimlilik Yönetimi: Uygulamalı El Kitabı (Çev. Baykal, O., Atalay, N., & Fidan, E.). Ankara: MPM Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2015), İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, Erişim tarihi: 05.12.2020), <http://www.titck.gov.tr>.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr>. (Erişim tarihi: 05.12.2020)
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr>. (Erişim tarihi: 05.12.2020)
- Sherman, H. D., & Zhu, J. (2006). Service productivity management: Improving service performance using data envelopment analysis (DEA). Springer science & business media. WHO (2019), The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region.
- Türk Eczacılar Birliği, (2020), Türkiye Serbest Eczane Sektör Analizi, Ankara: Bağcı, H, Atasever M., 5 Aralık 2020, <http://www.teb.org.tr>.
- Yıldırım, B. F., & Önder, E. (2018). Çok kriterli karar verme yöntemleri, 3. Baskı, Dora Basım-Yayın Dağıtım.

J T P H

JOURNAL OF THEORY AND PRACTICE IN HEALTHCARE

3 issues per year

Isnn: 2718-0794 print issn: 2757-5861

Volume: 1 Issue: 2 January 2021

Use of Data Mining in Healthcare: Investigation of Graduate Thesis
in Turkey

Sema DÖKME YAĞAR

Importance of Breastfeeding According to Object Relations Theory,
Attachment Theory and Transactional Analysis

İrem ÖZEL BİLİM

Corruption in Health Care Delivery: Perceptions of Corruption by
Students in Health Care Management Department

Deniz Tugay Arslan

World Health Organization, Before and During COVID-19:
Preparations, Efforts and Criticisms

Mustafa Said Yıldız

Community's View on Foster Family Service: The Case of Konya
Province

Hasan Hüseyin TEKİN, Merve TEKİN

Productivity Management In Healthcare Institutions: Example Of
Pharmacy

Serkan PARILDAR, Orhan PARILDAR, Burak AYDOĞDU